



**Escuela de
Obstetricia y
Puericultura
Campus San Felipe**

“Empoderamiento y adherencia frente al tratamiento en gestantes con diabetes gestacional”

Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Director

Fabian Pardo Vásquez

Estudiantes

Carla Arias Mena

Nury Astete Ramírez

Tabata Cheuquepán Rojas

Valeria Cifuentes Lobos

Estefania Parra Barra

Nery Pino Codoceo

San Felipe, 2023

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, expresamos nuestra más sincera gratitud a todas las usuarias que estuvieron dispuestas a entregar su tiempo e información para que este estudio se pudiera realizar, las cuales demostraron la mayor disposición hacia nosotras.

Queremos agradecer a la Universidad de Valparaíso por darnos la oportunidad de investigar más a profundidad nuestra carrera y a todos los docentes que brindaron sus conocimientos junto con su apoyo para que nosotras llegáramos hasta aquí.

Agradecemos a nuestra profesora de cátedra de seminario de tesis, la cual siempre estuvo dispuesta a responder nuestras dudas y guiarnos durante toda la elaboración de este escrito. A nuestro profesor tutor, por su expertis en el área, que continuamente resolvía nuestras inquietudes y también al docente que nos compartió sus instrumentos de investigación con la mejor voluntad para poder aplicarlos en el nuestro.

También queremos agradecer al director del Hospital San Camilo, por autorizarnos a realizar este estudio dentro de sus instalaciones y darnos acceso a la población del Valle del Aconcagua.

Para terminar, agradecemos a nuestras familiares y amigos, los cuales fueron un apoyo constante en la realización de esta tesis, siendo pilares fundamentales en los momentos de más estrés.

DEDICATORIA TESIS

Queremos dedicar esta tesis a nuestras familias por ser una fuente de inspiración y motivación en este viaje que es la educación superior, en especial a nuestros padres por su dedicación y sacrificio, contribuyendo en nuestro crecimiento personal y profesional con su apoyo incondicional.

También a nuestros amigos por siempre entregarnos contención en los momentos de estrés y alegría en este extenso y retador camino, siendo un aliento constante y una fuente de apoyo, confianza y soporte.

“Un buen padre vale por cien maestros”

-Jean Jacques Rousseau, filósofo francés.

INDICE TESIS

ABREVIATURAS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	4
1.1 Marco Conceptual	4
1.2 Antecedentes del problema: Diabetes gestacional en Chile	6
1.3 Antecedentes teóricos.....	7
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	18
2.1 Pregunta de investigación	18
2.2 Objetivo general.....	18
2.3 Objetivos específicos	18
2.4 Matriz de operacionalización de objetivos	19
Tabla 1.A. Identificar las acciones que las gestantes han tomado frente al tratamiento, tanto en adherencia como en empoderamiento para controlar la diabetes gestacional.....	19
Tabla 1.B. Determinar el porcentaje de gestantes que presenta adherencia o empoderamiento frente a su tratamiento y factores que colaboran.....	20
Tabla 1.C. Averiguar si el nivel de adherencia es directamente proporcional al grado de empoderamiento de las usuarias respecto al tratamiento de la diabetes gestacional.	21
CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO.....	22
3.1. Enfoque y alcance	22
3.2. Diseño general	22
3.3. Población y Muestra.....	22
Figura 1: Fórmula para cálculo del tamaño muestral de gestantes con diabetes gestacional.	23
3.4. Fuente/s de Información	23
3.5. Instrumento/ s de Recolección de Datos.....	24
3.6. Variables	27
3.7. Análisis Estadístico	27
3.8. Consideraciones Éticas	28
3.9. Análisis de Datos	30
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	32
4.1 Traducción de la Encuesta	32

Figura 2: Flujograma del proceso de traducción de encuesta de empoderamiento.	32
4.2 Resultados encuestas	33
Tabla 2. Grupo etario y edad gestacional de las gestantes.	34
Figura 3: Pregunta 1 En los últimos 7 días, ¿cuántos días siguió el plan de alimentación recomendado?	35
Figura 4: Pregunta 2 En los últimos 7 días, ¿cuántos días se saltó alguna comida y/o colación?	36
Figura 5: Pregunta 3 En los últimos 7 días, ¿cuántos días respetó la cantidad de comida recomendada?	37
Figura 6: Pregunta 4 En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió alimentos altos en grasa (queso, embutidos, pan dulce, alimentos fritos) y/o productos lácteos enteros?	38
Figura 7: Pregunta 5 ¿En los últimos 7 días, ¿cuántos días usted consumió solamente los alimentos indicados en la lista (hallulla, colisa, marraqueta, baguette, pan amasado o cualquier otro tipo de pan blanco), plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía?).	39
Figura 8: Pregunta 6 Muchas veces las personas consumen algunos alimentos que no están indicados en su plan de alimentación. En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió azúcares concentrados o almidones (refrescos, azúcar, miel, mermelada, chocolate en polvo, bebida azucarada, jugos, pan blanco, plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía, etc.)?	40
Figura 9: Pregunta 7 De la siguiente lista de alimentos: Pomelo, cereza, tomate, nueces, porotos, vegetales verdes como lechuga, acelga, espinaca, zumo de limón, leche entera, leche descremada, leche de avena, leche de almendra, yogurt, aceite de oliva, huevo, carnes, champiñones, moras, cerezas, fresas, mandarinas ¿consumió alguno el día de ayer?	41
Figura 10: Pregunta 8 ¿Con qué frecuencia usted consume alimentos como azúcar, miel, mermelada, chocolate, bebida azucarada, jugos, pan blanco (hallulla, colisa, marraqueta, baguette, pan amasado o cualquier otro tipo de pan blanco), plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía?, a) 2 o más veces en un día, b) Una vez al día, c) 3-5 días a la semana, d) 1 -2 días a la semana, e) 3-5 veces al mes, f) 1 a 2 veces al mes y, g) No los consumo.	42
Figura 11: Pregunta 9 Considerando la última semana, ¿cuántos días ha practicado al menos 30 minutos de actividad física? (Se refiere al total de minutos de actividad continua, incluyendo la caminata).	43
Figura 12: Pregunta 10 Considerando la última semana, ¿cuántos días participó en alguna sesión de ejercicio específica (como nadar, caminar, andar en bicicleta, etc.), diferente a lo que hace en la casa o como parte de su trabajo?	44
Figura 13: Pregunta 1 Sé con qué parte(s) del cuidado de mi diabetes estoy insatisfecho/a..	45

Figura 14: Pregunta 2 Soy capaz de poner mis objetivos para cuidar mi diabetes en un plan realizable.	46
Figura 15: Pregunta 3 Puedo probar diferentes formas de superar los obstáculos para lograr mis objetivos de cuidado de mi diabetes.	47
Figura 16: Pregunta 4 Puedo encontrar maneras de sentirme mejor, aunque tenga diabetes.	48
Figura 17: Pregunta 5 Conozco las formas positivas de sobrellevar el estrés relacionado con mi diabetes.	49
Figura 18: Pregunta 6 Puedo pedir ayuda y apoyo para mí y para cuidar mi diabetes cuando lo necesito.	50
Figura 19: Pregunta 7 Sé lo que me ayuda a mantenerme motivado/a para cuidar mi diabetes.	51
Figura 20: Pregunta 8 Me conozco suficiente como persona para tomar decisiones adecuadas para mí sobre el cuidado de mi diabetes.	52
Figura 21: Porcentaje de gestantes adheridas.....	53
Figura 22: Porcentaje de gestantes empoderadas.....	54
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	55
5.1. Discusión.....	55
5.2. Conclusiones	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS	69
Anexo 1: Flujograma de detección y diagnóstico en el embarazo	69
Anexo 3: Estudio base de obtención de la Encuesta de Adherencia	76
Anexo 4: Carta de aprobación o dispensa Comité de Ética.....	77
Anexo 5: Cartas de Autorización Hospital San Camilo	78
Anexo 6: Consentimiento Informado y/o Asentimiento Informado timbrado	79
Anexo 7: Folleto Informativo	84

ABREVIATURAS

- ALAD: Asociación Latinoamericana de diabetes.
- ARO: Alto riesgo Obstétrico.
- CEC - SSA: Comité Ético Científico - Servicio de Salud de Aconcagua.
- DES: Attitudes Toward Diabetes.
- DI: Decilitros.
- DM: Diabetes mellitus.
- DG: Diabetes gestacional.
- EG: Edad Gestacional.
- ENS: Encuesta Nacional en Salud
- FONASA: Fondo nacional de salud.
- G: Gramos.
- GES: Garantías explícitas en salud.
- IMC: Índice de masa corporal.
- ISAPRE: Instituciones de salud previsional.
- K: Kilos.
- Kg: Kilogramos.
- Mg: Miligramos.
- MINSAL: Ministerio de salud.
- NPH: Neutral Protamine Hagedorn.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PARO: Policlínico de alto riesgo Obstétrico.
- PTGO: Prueba de tolerancia glucosa oral.
- RN: Recién nacido.
- SDSCA: The Summary of Diabetes Self-Care Activities.
- UI: Unidades internacionales
- WHO: World Health Organization

RESUMEN

Introducción: La diabetes gestacional es un padecimiento de la mujer caracterizado por intolerancia a los carbohidratos, esto resulta en hiperglucemia de severidad variable, que se inicia y reconoce durante el embarazo. Esta patología ha ido en aumento en los últimos años, debido al aumento en la incidencia de los factores de riesgo, como la obesidad, la alimentación inapropiada y el sedentarismo que presenta la población.

Es importante enfatizar que, un buen nivel de empoderamiento y adherencia ayuda a que las usuarias con esta afección puedan tener un buen desarrollo durante la gestación, influyendo en la disminución de los riesgos perinatales y obstétricos.

Objetivo: Evaluar el grado de empoderamiento y adherencia que tienen las gestantes de la comuna de San Felipe (Chile) en su tratamiento entregado por el personal de salud.

Método: Este estudio es de carácter cuantitativo, de tipo transversal. Se encuestó a 33 embarazadas en el policlínico de alto riesgo de un Hospital de alta complejidad en el Valle de Aconcagua, Chile, que accedieron voluntariamente a participar de este estudio. Además, se recolectó información a partir de 2 encuestas individuales: una encuesta de Adherencia, que consta de 10 preguntas y una de Empoderamiento, con 8 preguntas, a las cuales se les realizó un análisis numérico, por medio de la herramienta Microsoft Excel®, utilizando medidas estadísticas.

Resultados: Se encontró que, de la población encuestada, un 100% está empoderada, mientras que sólo un 42% está adherida a su tratamiento de diabetes gestacional.

Conclusiones: Se logró identificar en el grupo de estudio que el empoderamiento frente a la patología está presente en las usuarias, pero no siempre la adherencia al tratamiento, lo que indica que no es posible correlacionar estas variables de manera directa con certeza.

Palabras claves: Adherencia, Empoderamiento, Diabetes gestacional.

ABSTRACT

Introduction: Gestational diabetes is a condition in women characterized by carbohydrate intolerance, resulting in hyperglycemia of variable severity, which is initiated and recognized during pregnancy. This pathology has been increasing in the last years, due to the increase in the incidence of risk factors, such as obesity, inappropriate diet and sedentary lifestyle of the population.

It is important to emphasize that a good level of empowerment and adherence helps users with this condition to have good development during pregnancy, influencing the reduction of perinatal and obstetric risks.

Objective: This study evaluated the degree of empowerment and adherence of pregnant women in the commune of San Felipe (Chile) to the treatment provided by health personnel.

Method: This is a quantitative, cross-sectional study. Thirty-three pregnant women were surveyed at the high-risk polyclinic of a high-complexity hospital in the Aconcagua Valley, Chile, who voluntarily agreed to participate in this study. In addition, information was collected from 2 individual surveys: an Adherence survey, consisting of 10 questions and an Empowerment survey, with 8 questions, to which a numerical analysis was carried out using the Microsoft Excel® tool, using statistical measures.

Results: the results show that 100% of the surveyed population is empowered, but only 42% are adherent to their gestational diabetes treatment.

Conclusions: It was possible to identify in the study group that empowerment against pathology is present in the users, but not always adherence to treatment, which leads us to think as a team that these variables cannot be directly correlated with certainty.

Keywords: Adherence, Empowerment, Gestational diabetes.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Conceptual

El problema para investigar se basa en el grado de empoderamiento y adherencia en el tratamiento en mujeres que cursan una diabetes gestacional, que llega a ser relevante en la medida en que ciertos factores pueden repercutir en un buen o mal control de la patología.

El concepto de empoderamiento se utiliza en distintos ámbitos, como en el área social, política y en este caso en particular, el área de salud; con enfoques de promoción – prevención. Además, es utilizado como estrategia en el manejo de las distintas enfermedades crónicas. Aunque la definición de este concepto no ha llegado a un consenso, existen diferentes fuentes bibliográficas que lo describen.

Este concepto según el estudio de Silva C y Martinez ML, el cual implica varios conceptos de diferentes autores “es concebido como un proceso cognitivo, afectivo y conductual. Refiere que el empoderamiento implica un proceso y mecanismos mediante los cuales las personas, las organizaciones y las comunidades ganan control sobre sus vidas” (1)

Además, se menciona “El proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos. (1)

Según el estudio “Concepts and measures of patient empowerment” (2) se define como el proceso donde un individuo obtiene mayor control sobre las decisiones y acciones que influyen en su salud, debido al acceso de información, recursos y oportunidades de participar activamente en su cuidado y sanación.

De acuerdo con la revisión sistemática “Factores de riesgos psicosociales asociados con la diabetes mellitus gestacional” (3) el empoderamiento de una persona puede verse afectado debido a varios factores, por lo que el enfoque de ésta es multidimensional. Los factores socioculturales influyen directamente en el caso de la educación del individuo, dado que este proceso se caracteriza por la capacitación y la entrega de habilidades, a través de la transferencia de conocimientos y recursos (recursos teóricos, físicos, prácticos, entre otros) que realizan los profesionales de la salud junto con los pacientes, en una relación colaborativa y cuyo resultado es un paciente con más capacidad de control y de gestión de la enfermedad, y de tomar decisiones informadas.

Por otro lado, según la World Health Organization (WHO) (4), la adherencia es la medida en que una persona cumple con una indicación/recomendación (tomar medicamentos, seguir una dieta, y/o ejecutar cambios en el estilo de vida) entregada en este caso en particular por un profesional de atención médica. Este concepto implica un problema mundial de gran magnitud (4). Hoy en día, es ampliamente sabido que la falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios esperados para el paciente. “La adherencia requiere la aceptación de las recomendaciones por parte del paciente. El paciente debe ser socio activo con el profesional de la salud en su propio cuidado, en donde la buena comunicación entre ambas entidades sea imprescindible para una práctica clínica eficaz” (4p.4). Al igual que el empoderamiento, hay factores que se asocian a la falta de ella, como lo son los factores socioeconómicos, el régimen del tratamiento (esto hace referencia a la complejidad del tratamiento y al tiempo de duración de este), factores socioculturales como el nivel de educación, falta de recursos, creencias, entre otras; y también la condición de paciente (autonomía física, presencia de una discapacidad mental, etcétera).

La importancia que se le dé al control y cuidado de la patología es proporcionalmente directa a la gravedad de las consecuencias que ésta pudiera tener para la madre y/o para el hijo a corto o largo plazo. Es por esto por lo que se realizará un estudio de tipo cuantitativo

en mujeres diagnosticadas con esta patología, que se enfocará en los factores específicos asociados a las variables de empoderamiento y adherencia.

1.2 Antecedentes del problema: Diabetes gestacional en Chile

Según el Manual de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (5), “la asociación entre diabetes y embarazo en Chile es aproximadamente un 10%. La incidencia de Diabetes mellitus y embarazo aumenta con la edad. Así, mientras en mujeres menores de 20 años la tasa es de 8.3/1.000 (menos del 1%), a los 40-45 años la tasa es de 65/1.000 (7%). Dado que hoy en día la edad a la cual las mujeres se embarazan se ha retrasado, se entiende que exista un aumento de la frecuencia de diabetes durante el embarazo” (5).

En cuanto a Chile, se percibió un aumento en la prevalencia de obesidad con la edad, junto con una fecundidad más tardía (mediana de edad de las mujeres de 31 años el 2011) y al aumento de la prevalencia de diabetes en las mujeres de mayor edad (0,6% y 4,7% en el grupo de 15-24 y 25-44 años, respectivamente) (5), “permiten pronosticar que la diabetes en el embarazo seguirá aumentando en los próximos años, lo que se traducirá en una mayor carga asistencial y demanda por servicios especializados y mayores costos” (5 p. 144).

En Chile, se cuenta con programas que regulan el fortalecimiento de los cuidados prenatales en atención primaria de salud, otorgando controles a todas las usuarias del país. Desde que se diagnostica el embarazo, se realiza una batería o set de exámenes para identificar alguna patología o afección el cual podría alterar el curso de un embarazo fisiológico. Uno de estos exámenes es el de la glucemia, el cual indica que hay una alteración metabólica de la glucosa. Según la Guía Perinatal (6) esto se realiza en el control de ingreso a controles prenatales, que suele ser cuando el feto tiene aproximadamente 7 a 12 semanas de edad gestacional (EG), como también se realiza la PTGO en la segunda mitad del embarazo aproximadamente a las 24-28 semanas de gestación para pesquisar DG.

Una vez que se sospecha y se hace el diagnóstico de DG, se debe derivar a la atención secundaria de salud, específicamente al Alto Riesgo Obstétrico (ARO) o Policlínico de Alto Riesgo (PARO), en donde las embarazadas reciben una atención multidisciplinaria por parte de profesionales médicos gineco-obstetras, diabetólogos, matrones, nutricionistas, entre otros profesionales, que se encargaran de entregar tratamiento y el óptimo seguimiento a las usuarias con DG.

En el Alto Riesgo Obstétrico, se realizan controles de salud para corroborar el bienestar fetal como la realización de ecografías, para evaluar el crecimiento fetal, educación en la madre y la entrega de implementos e insumos para controlar los niveles de glucemia de forma ambulatoria, beneficios que forman parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES), que son un conjunto de beneficios garantizados por ley en Chile para las personas afiliadas a la previsión de salud. Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). De igual forma, el GES de Medicina Preventiva (EMPA), considera dentro de sus ítems, la diabetes gestacional, otorgándole a las gestantes una cobertura del 100% para el examen de glicemia en ayunas, detectando precozmente la patología y previniendo las complicaciones obstétricas, maternas y/o perinatales. (7 y 8) Posterior a este examen dando este como resultado la detección de la patología, es derivado al GES de DG, correspondiente a la garantía número 7, en la que se considera el control y seguimiento obstétrico, tratamiento farmacológico, elementos e insumos como hemoglucotest y exámenes de laboratorio (9). Gracias a las leyes y programas de salud, se logra dar pesquisa de la DG y tratamiento definitivo, el cual puede ser mediante un régimen hipoglucémico/diabetogénico, el uso de insulinas o medicamentos hipoglucemiantes (6).

1.3 Antecedentes teóricos

Diabetes gestacional, “se refiere a cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se manifiesta o se detecta durante el embarazo”(5 p.144). Según la guía perinatal 2015, La

diabetes gestacional es una patología que se presenta generalmente en embarazos con algún factor de riesgo como son la obesidad, malos hábitos alimenticios, sedentarismo y tener diabetes en el embarazo anterior (6). Esto ocurre debido a que según en el embarazo la regulación de los niveles de glucosa se ven alterados según el trimestre de gestación. En el primer trimestre ocurren hipoglucemias pre-comidas, dado que, hay un consumo elevado de glucosa por la unidad fetoplacentaria con un incremento de la producción de insulina materna. Luego en segundo trimestre aumentan las glicemias post prandiales, a causa de la liberación de la hormona placentaria antagonista de la insulina materna lactógeno placentario, cuya finalidad es garantizar un adecuado aporte de glucosa para el correcto desarrollo fetal. (10).

En Chile, “datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003 , indican que la prevalencia de diabetes en el embarazo en mujeres entre 25-44 años fue de 1,2%. No existe un dato actualizado, ya que, este antecedente no fue incluido en la ENS 2009-10. En el año 2010, el 1,3% de los egresos hospitalarios por Embarazo, Parto y Puerperio (CIE-10 O24), tenían el antecedente de diabetes, lo que es una aproximación a la magnitud del problema considerando que en Chile la atención institucional alcanza 99,8%, del cual 68,8% fueron clasificados como DG. La calidad de los registros no permite conocer la proporción de mujeres con DM tipo 1 y 2. Según las estadísticas del Programa Salud de la Mujer en el Sistema Público de Salud, 5,1% del total de mujeres que ingresaron a control prenatal el 2012 tenía diabetes. Entre las clasificadas como de alto riesgo obstétrico, 17,7% tenía el diagnóstico de diabetes ese mismo año. Esta proporción aumentó de 11,9% a 17,7% entre el año 2010 y 2012, respectivamente” (11 p. 13).

Diagnóstico:

“Para el tamizaje de DG durante el embarazo existen dos alternativas: tamizaje según factores de riesgo o tamizaje universal. En Chile se efectúa, además de la glucemia de ayuno al inicio del control prenatal, tamizaje universal con PTGO a todas las mujeres durante el

embarazo en la segunda mitad de la gestación aproximadamente a las 24-28 semanas. La recomendación actual, propiciada por la OMS y adoptada en Chile, es un PTGO con una previa toma de 75 g de glucosa disuelto en 300 CC de agua que debe ser tomaba en menos de 5 minutos, como prueba única (tamizaje y diagnóstico)” (5), el cual debe hacerse ayuno de por lo menos 8 a 12 horas.

Criterios diagnósticos de DMG según manual de obstetricia de la universidad católica de Chile:

- “2 glicemias de ayunas ≥ 100 mg/dL y menor a 126 mg/dl, tomada en dos días diferentes.
- Glicemia ≥ 140 mg/dL a las 2 horas en el TTG con 75 g” (5 p.296).

También podemos encontrar un flujograma descrito en la Guía Perinatal (6) utilizado para diagnosticar la diabetes (Anexo 1). En el primer trimestre se toma una glicemia en ayunas a todas las mujeres embarazadas en territorio chileno, cuando esta nos da un resultado de 100-125 mg/dl, se toma una nueva glucemia a los 7 días, si está nuevamente tiene el mismo valor mencionado anteriormente, se diagnostica diabetes gestacional.

En el segundo trimestre se toma una PTGO en la semana 24-28, lo cual considera una glicemia en ayunas y otra glicemia post carga a las 2 horas de tomado el examen. Cuando el resultado de esta nos da mayor/igual a 100 mg/dl en ayunas y/o mayor/igual a 140 mg/dl a las dos horas post carga, se diagnostica la diabetes gestacional.

En el tercer trimestre, cuando los valores de la PTGO en ayuno y a las dos horas post carga nos entrega valores normales, pero las usuarias presentan factores de riesgo asociados a la patología como:

- Antecedentes de DMG en un embarazo anterior.
- Antecedentes de DM en familiares de 1º grado (madre, padre, y hermanos).
- Mujeres con IMC ≥ 27 al comienzo del embarazo.

- Antecedentes de macrosomía fetal (un hijo de 4000 g o más).
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Crecimiento fetal cercano o mayor al percentil 90 o menor o cercano al percentil.
- Glucosuria positiva.

Se debe tomar una nueva PTGO, aproximadamente a las 30-32 semanas de gestación, cuando esta nos entrega valores alterados en ayuno y/o post carga se diagnostica la DMG.

Tratamiento:

La columna vertebral del tratamiento médico es el monitoreo frecuente en la mujer con diabetes gestacional, esto para realizar un ajuste de la glucemia, mediante la dieta.

El régimen diabetogénico según el Manual de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, consiste en que la usuaria debe consumir de 180-200 gramos de hidratos de carbono por día, fraccionado en 4 comidas al día, más dos colaciones. Las calorías que deben consumir por peso corporal va de 30-35 calorías/kilogramos, con un mínimo de 1800 calorías/día (5).

Una vez diagnosticada esta patología gestacional, se debe comenzar a la brevedad con el tratamiento nutricional, este debe ser adaptado a la realidad socioeconómica, laboral, cultural, hábitos y costumbre de la usuaria. Junto al plan de alimentación se indica monitoreo de las glucemias capilares. La frecuencia y el tipo de control se realizará según la severidad de la alteración de la prueba que llevó el diagnóstico (6).

- A) “Si el diagnóstico se hizo por glicemia de ayunas mayor o igual a 100 mg/dl repetido en primer trimestre realizar 1 control diario alternando ayunas y postprandial.
- B) Si la glicemia basal es normal y sólo el valor a las 2 horas post carga está alterado, la frecuencia mínima es una medición una vez al día, una hora postprandial alternando: post desayuno, post almuerzo, post onces y post cena (si es que se ha elegido la opción de 4 comidas y 2 colaciones) y recomenzar. Esta modalidad permite en 4 días evaluar todos los períodos postprandiales. La instrucción es que

un valor sobre la meta debe repetirse al día siguiente, además de la medición del otro horario programado.

- C) Si la PTGO estuvo alterada en ayunas y a las 2 horas postcarga, efectuar mínimo 2 controles diarios: ayunas y 1 hora postprandial, alternando el horario cada día (similar a B) De acuerdo con la posibilidad de cada mujer, puede alternarse ayunas, antes almuerzo y antes de cena.
- D) Sea cual fuere el esquema inicial, el seguimiento puede determinar un cambio en la frecuencia y tiempos del monitoreo.

Los objetivos del tratamiento nutricional son:

- 1) Minimizar los picos de glicemia y mantener valores dentro de los rangos de la meta, tanto antes como después de las comidas.
- 2) Proveer una ingesta calórica suficiente, que aporte la cantidad de energía apropiada, permita lograr un incremento de peso gestacional adecuado y evite la cetosis materna.
- 3) Asegurar los nutrientes adecuados y seguros para una salud materna y fetal". (6 p.155- 156).

En el caso de que el régimen hipoglicémico/diabetogénico no funcione, y la usuaria se encuentra descompensada, se da inicio al tratamiento farmacológico, el cual puede ser con insulinas y medicamentos hipoglucemiantes (metformina o glibenclamida).

“La insulina está indicada cuando no se alcanzan los objetivos metabólicos en el plazo de dos semanas con tratamiento médico nutricional. La posibilidad de detectar la alteración es mayor mientras más frecuente sea el monitoreo glicémico. En estudios de series clínicas de embarazadas con DMG controladas en centros de alto riesgo obstétrico de la Región Metropolitana, se observó que aquellas mujeres sin automonitoreo y solo con glucemia capilar realizada en ocasión de los controles habituales, la frecuencia del uso de insulina fue de 5% en comparación con aquellas con automonitoreo que aumentó a 44%. Existen distintas aproximaciones para decidir la indicación o inicio de tratamiento con insulina. La

ALAD 2014 (en prensa) la recomienda si 20% o más de los controles durante un período de 2 semanas exceden las metas. Otra forma, es si 2 valores de glucemia de un mismo momento de control (ej. preprandial o postprandial), exceden las metas.

La indicación de insulina debe considerar las características de la mujer y la frecuencia del automonitoreo. La dosis diaria promedio es habitualmente baja, de modo que se recomienda comenzar con 0,1 a 0,2 UI/kg/día para insulina NPH y el esquema inicial dependerá del perfil del control:

- Sólo alterado en ayunas, >100mg/dl: NPH nocturna (0,1 UI/kg/día).
- Sólo alterado después de desayuno: insulina rápida pre-desayuno (2UI media hora antes si glucemia 140-179 mg/dl y 4 UI si >180mg/dl).
- Normal pre y post desayuno, pero sobre meta post almuerzo, post onces y pre-cena: NPH matinal (0,15 UI/kg/día antes del desayuno).
- Sobre meta pre-desayuno, post-almuerzo y pre-cena: NPH pre-desayuno y en la noche (0,2 UI/kg/día: 2/3 antes del desayuno y 1/3 en la noche).
- Según el perfil metabólico de la mujer, puede ser necesario utilizar múltiples dosis de insulina, lo que deberá ser ajustado por un especialista.
- En casos excepcionales, mujeres con horarios de comida impredecibles, el médico especialista podrá indicar Detemir (análogo de acción prolongada), o Lispro o aspártica (análogos ultrarrápidos)” (6 p.159-160).

Tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes:

“Metformina: es una biguanida, su mecanismo de acción es inhibir la gluconeogénesis hepática y aumentar la sensibilidad de los receptores del músculo y tejido graso a la glucosa. La metformina cruza la barrera placentaria en forma significativa, pero existe evidencia que muestra que no tiene efectos adversos fetales, neonatales, ni a 18 meses de vida (incluyendo la lactancia materna). El tratamiento se inicia con 500 mg cada día y es posible aumentarlo hasta 2.000 mg cada día. Se estima que un 38% de mujeres falla al tratamiento con metformina, y requerirá el uso de insulina.

Glibenclamida: es una sulfonilurea de segunda generación, su mecanismo de acción es aumentar la secreción de insulina por las células pancreáticas, la glibenclamida no cruza la barrera placentaria, de modo que no es lógico que tenga efectos adversos fetales. El tratamiento se inicia con 5 mg cada día y puede aumentarse.

En términos generales es posible decir que el control metabólico que se logra con los hipoglucemiantes orales es similar a aquel logrado con insulina, y que la prevención de los efectos de la diabetes sobre el feto es similar, así por ejemplo la incidencia de feto grande para la edad gestacional o hipoglicemia neonatal es la misma en mujeres que usaban insulina o hipoglucemiantes orales” (5 p.299- 300).

Riesgos neonatales:

En el recién nacido, puede existir una serie de consecuencias cuando no se tiene un buen control de la patología, entre estas:

Macrosomía fetal o feto sobre percentil 90: Para entender esta complicación es fundamental comprender que el paso de la glucosa por la placenta es por difusión simple, es decir, que pasa fácilmente, lo cual determina que una hiperglucemia materna indica hiperglucemias fetales. Como respuesta a lo anterior, el feto responde a una hiperinsulinemia secundaria y esta última actúa como una importante hormona de regulación del crecimiento fetal, provocando un crecimiento excesivo del feto, siendo el principal factor para la macrosomía fetal. Por otro lado, se ha observado que el grado de obesidad materna guarda un rol importante, posiblemente asociado a dislipidemia.

Existen complicaciones del parto que se deben principalmente a la macrosomía fetal, como las que se nombran a continuación: distocia y traumatismo neonatal, sufrimiento fetal agudo producto de la distocia de hombros, mayor incidencia de parto instrumental, cesárea y trauma obstétrico en la madre (12).

Complicaciones metabólicas neonatales:

Hipoglucemia en el RN: “Se presenta en el 2 al 4% de los recién nacidos de madre diabéticas, el feto compensa la hiperglucemia con hiperinsulinemia, posterior al nacimiento el aporte de glucosa disminuye, pero el feto mantiene altos niveles de insulina, poniendo en riesgo al recién nacido de realizar una hipoglucemia”(5 p.296). Es por esto por lo que los niveles de azúcar requerirán estar bajo observación durante varias horas hasta que se confirme que no exista un riesgo de hipoglucemia en el recién nacido.

Hiperbilirrubinemia: Corresponde al aumento de la concentración sérica de bilirrubina. Según lo descrito en el manual MSD (13) la hiperbilirrubinemia puede ser producto de una mayor cantidad de eritrocitos, lo que va a generar hemólisis y un posterior aumento de la bilirrubina en sangre asociado. La mayor parte de la bilirrubina se produce por la degradación de hemoglobina, dejando la bilirrubina no conjugada (y otras sustancias). La bilirrubina no conjugada se une a la albúmina de la sangre para ser transportada al hígado, donde es captada por los hepatocitos y conjugada con ácido glucurónico por la enzima uridil-difosfo-glucuronato glucuronosiltransferasa para hacerla hidrosoluble. La bilirrubina se excreta por la bilis hacia el duodeno. En los adultos, las bacterias intestinales reducen la bilirrubina conjugada a urobilina, que es excretada. Los recién nacidos, sin embargo, tienen menos bacterias en su tubo digestivo, por lo que menos bilirrubina se reduce a urobilina y se excreta. También tienen la enzima beta-glucuronidasa, que actúa en la bilirrubina, obteniendo bilirrubina no conjugada. La bilirrubina no conjugada ahora puede ser reabsorbida y se recicla en la circulación. Este proceso se denomina circulación enterohepática de la bilirrubina. El aumento de la bilirrubina en el sistema del recién nacido puede ser tóxica para el sistema nervioso central, debido al paso que puede tener a la barrera hematoencefálica y este paso puede provocar una necrosis tisular y/o alteraciones en la función mitocondrial neuronal, donde se encuentran las siguientes complicaciones: neuropatía auditiva (hipoacusia) y la encefalopatía bilirrubínica o también llamada Kernícterus (12).

Hipocalcemia: Según el autor Vuralli (14) describe que esta complicación se detecta en el 20-40% de los hijos de madre diabética, la cual es la concentración baja de calcio en la sangre del recién nacido (calcio sérico <8 mg/dL), llegando a provocar desde un espasmo

muscular hasta convulsiones. Esta se produce, ya que, el calcio proviene directamente de la madre y al existir una disminución de la hormona paratiroidea producto del aumento de la excreción urinaria de magnesio en la madre, se genera una hipomagnesemia en las gestantes llevando a una hipocalcemia transmitida al feto.

Hipomagnesemia: Según la publicación “Trastornos del magnesio” (15) el 33% de los hijos de madre diabética tipo I lo pueden presentar. Corresponde a un magnesio sérico < 1.5 mg/dL, existiendo una disminución del magnesio en la sangre del recién nacido, se puede producir por una deficiencia de magnesio que presenta la madre producto de la diabetes gestacional y secundario a una hipocalcemia. Sus signos clínicos pueden quedar ocultos ya que son similares a los de la hipocalcemia.

Todos estos riesgos en conjunto hacen que la frecuencia de hospitalización en estos recién nacidos aumenta aproximadamente al 10%.

Complicaciones en la madre

Cesárea: Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (16) es la operación para extraer el feto a través del vientre materno y en el caso de una mujer con diabetes mal controlada las probabilidades de ser requerida aumentan considerablemente, producto del crecimiento excesivo del feto o por descompensación de la madre a causa de la diabetes. A las gestantes que se les realice les tomará más tiempo recuperarse del parto, siendo esta una de las mayores desventajas.

Preeclampsia: Según la Guía Perinatal (6) esto sucede cuando una gestante presenta diversos signos y síntomas como es la presión arterial alta, la presencia de proteína en la orina y el edema en las extremidades superiores e inferiores. Las mujeres con diabetes suelen tener una presión arterial alta con más frecuencia que las mujeres que no la presentan.

La preeclampsia es un problema grave que debe ser vigilado de cerca por un médico a nivel secundario, debido a que una presión arterial alta puede causar daños graves en la madre,

involucrando desde el daño hepático y renal llegando hasta convulsiones o accidentes cerebrovasculares, donde este último se genera producto de un coágulo sanguíneo en el cerebro en la mujer que se puede producir durante el trabajo de parto o en el alumbramiento. Esta enfermedad en el feto puede causar una restricción del crecimiento intrauterino, ya que la preeclampsia genera que el flujo sanguíneo, que va desde la placenta y se dirige hacia el feto, no sea el adecuado y suficiente para el crecimiento correspondiente, lo cual también puede originar otra complicación que es el parto prematuro.

La base de la investigación está planteada a raíz de diversas fuentes que entregaron información científica comprobada y útil para este estudio, aunque a pesar de esto, es importante mencionar que hoy en día no hay muchos estudios ligados directamente a lo que es la adherencia y empoderamiento de las gestantes con DG, por lo que se considera un tema interesante y relevante sobre el cual sobrellevar la investigación.

Debido a lo anterior, el actual proyecto busca medir adherencia y empoderamiento en embarazadas con DG frente a su tratamiento, con el fin de contribuir con información para generar futuras propuestas que favorezcan a la salud de las usuarias.

Como pregunta de investigación se presenta; ¿Las usuarias embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional están empoderadas y/o adheridas al tratamiento entregado por el servicio de salud?

Teniendo en cuenta las bases del estudio, que se asentaron primeramente en la recopilación de datos y en un análisis hipotético de la información pesquisada, se formularon objetivos orientados hacia lo que se desea buscar, investigar, analizar y concluir, donde el objetivo general es evaluar el grado de empoderamiento que obtienen las gestantes frente a su diagnóstico de diabetes gestacional y la adherencia al tratamiento entregado, el cual se desglosó para dar paso a otros objetivos más específicos, los que se desarrollaron en relación a obtener información sobre cómo se han adaptado las gestantes al tratamiento entregado para controlar su diabetes gestacional, el analizar el grado de

empoderamiento y adherencia establecido por la gestante e identificar el rol que ha adquirido la gestante al enterarse de que tiene diabetes gestacional.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Pregunta de investigación

¿Las usuarias embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional están empoderadas y/o adheridas al tratamiento entregado por el servicio de salud.

2.2 Objetivo general

Evaluar el grado de empoderamiento que obtienen las gestantes frente a su diagnóstico de diabetes gestacional y la adherencia al tratamiento entregado.

2.3 Objetivos específicos

- Identificar las acciones que las gestantes han tomado frente al tratamiento, tanto en adherencia como en empoderamiento para controlar la diabetes gestacional.
- Determinar el porcentaje de gestantes que presenta adherencia o empoderamiento frente a su tratamiento y factores que colaboran.
- Averiguar si el nivel de adherencia es directamente proporcional al grado de empoderamiento de las usuarias respecto al tratamiento de la diabetes gestacional.

2.4 Matriz de operacionalización de objetivos

Tabla 1.A. Identificar las acciones que las gestantes han tomado frente al tratamiento, tanto en adherencia como en empoderamiento para controlar la diabetes gestacional.

Nombre Variable	Definición	Indicadores
Adherencia	Acciones que realiza la usuaria relacionada al tratamiento de la patología que resultan en un grado de adherencia hacia este.	- Score
Empoderamiento	Acciones realizadas por la usuaria que generen en ella algún grado de empoderamiento que influyan en el tratamiento de su patología.	- Score

Tabla 1.B. Determinar el porcentaje de gestantes que presenta adherencia o empoderamiento frente a su tratamiento y factores que colaboran.

Nombre Variable	Definición	Indicadores
Adherencia	Identificar factores que influyen en la adherencia hacia el tratamiento por la usuaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje que tiene un score 7 en cada ítem. - Alimentación. - Actividad física.
Empoderamiento	Identificar factores que influyen en el empoderamiento hacia el tratamiento por la usuaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje que tiene un score de 5 puntos en cada ítem. - Satisfacción. - Motivación. - Apoyo.
Porcentaje de gestantes que presentaron adherencia o empoderamiento	Cantidad de gestantes que presentaron adherencia o empoderamiento hacia su tratamiento en base a los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta de adherencia. - Encuesta de empoderamiento.

Tabla 1.C. Averiguar si el nivel de adherencia es directamente proporcional al grado de empoderamiento de las usuarias respecto al tratamiento de la diabetes gestacional.

Nombre Variable	Definición	Indicadores
Relación entre adherencia y empoderamiento	Evaluar entre las gestantes encuestadas si existe una relación que indique que la presencia de adherencia o emprendimientos en ellas pueda ayudar a desarrollar el concepto contrario.	- Correlación entre adherencia y empoderamiento.

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Enfoque y alcance

La investigación fue en base a un estudio de tipo cuantitativo. Además, los datos obtenidos fueron analizados desde un alcance descriptivo, siendo explicados y entregados en un estudio estadístico descriptivo de los porcentajes y proporciones de las variables estudiadas.

3.2. Diseño general

Esta investigación fue cuantitativa, transversal, descriptiva, debido a que las herramientas que se querían utilizar para obtener los datos fueron encuestas con respuestas guiadas y predispuestas, lo cual permitía conseguir resultados numéricos, que fueron obtenidos entre las fechas de julio y septiembre del 2023, donde se tenía planificado almacenar y no modificar de ninguna manera estos datos para luego describir los resultados de las variables de empoderamiento y adherencia al tratamiento en usuarias con diabetes gestacional.

3.3. Población y Muestra

Población:

La población en la que se encuentra enfocado este estudio corresponde a gestantes con un embarazo único diagnosticadas de diabetes gestacional que estén cursando su tercer trimestre y que además presenten controles en el Hospital San Camilo. También deben aceptar participar en el proyecto y cumplir con los criterios previamente establecidos de selección en el año 2023.

Muestra:

En San Felipe se estableció que el 10,1% de embarazadas entre los años 2015 y 2021 presentaron diabetes gestacional, lo que nos da un total de 200 embarazadas diabéticas al

año. Por lo que, para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizaron estos números con un margen de error del 20%, un 10% de pérdida y un 95% de confianza (Ver Figura 1).

Obteniendo una muestra calculada para la investigación de 27 usuarias, las cuales deben cumplir los siguientes criterios de inclusión establecidos: ser gestantes que estén diagnosticadas con diabetes gestacional, ser mayores de 18 años, recibir atención en el Hospital San Camilo, ser portadoras de un feto único y estar en el tercer trimestre de gestación. Mientras que, en los criterios de exclusión las mujeres que no pueden participar del proyecto son aquellas que tienen condiciones de salud que les impiden responder las encuestas y las que no hablan español, es decir, presentan una barrera idiomática.

Para obtener la muestra necesaria, se hizo uso de un sistema de turnos, donde las estudiantes acudieron al Hospital San Camilo, quienes facilitaron la información de las usuarias que se presentaban durante el día, logrando así identificar a las personas que cumplieran con los requisitos necesarios para esta investigación.

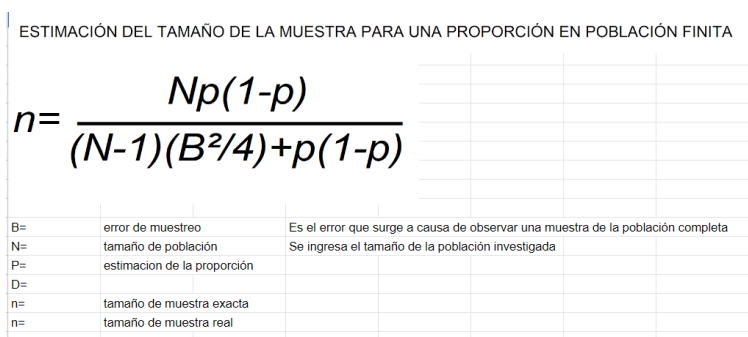


Figura 1: Fórmula para cálculo del tamaño muestral de gestantes con diabetes gestacional.

3.4. Fuente/s de Información

Las mujeres gestantes que fueron encuestadas durante la investigación son pertenecientes al policlínico de ginecología del Hospital San Camilo, San Felipe, Chile.

3.5. Instrumento/ s de Recolección de Datos

En la presente investigación, los instrumentos de recolección de datos que se emplearon fueron dos encuestas, que fueron aplicadas a las gestantes que cumplieran con los criterios descritos necesarios, las cuales fueron obtenidas de estudios realizados anteriormente, y se encuentran a disposición de uso público. Ambas encuestas constan de preguntas cerradas y se aplicaron a una muestra representativa de la población, donde la primera estaba enfocada en el empoderamiento y la segunda en la adherencia que tienen al tratamiento.

La técnica utilizada permitió obtener información más amplia y de carácter sustancial, cuyos resultados indican numéricamente cuál es el nivel de empoderamiento y adherencia de las usuarias, así como los factores que afectan su actitud frente a la patología.

Las encuestas empleadas son (Ver Anexo 2):

- The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) versión simplificada, cuestionario adherencia al tratamiento.

La encuesta de adherencia es una versión simplificada de la elaborada por Toobert DJ, Hampson SE y Glasgow RE (17), la cual fue modificada para un estudio realizado por los autores Jorge Pozo T, Danitza Contreras S, Ivette Zamalloa C. e Ítalo Vacarezza P (Anexo 3). La cual, se validó en una población perteneciente al Hospital San Camilo, San Felipe, y consta de 10 preguntas sobre el estilo de vida de la población objetivo.

Para determinar si las gestantes se encontraban adheridas o no al tratamiento de diabetes gestacional, se asignó un puntaje numérico a cada pregunta. En algunas de estas se concentró un valor de 0,5 puntos, debido a que varias preguntas hacían referencia a un aspecto a medir, como son el caso, de la pregunta 1-3, 5-6 y 7-8, mientras que la pregunta 2 y 4 que no tienen relación con otra en particular se les asignó un valor de 1 punto a cada una.

Las respuestas que se consideraron apropiadas en cada una de las preguntas de tipo cuantitativa variaban de acuerdo con el tema en cuestión, siendo la cantidad de 6 - 7 días

la respuesta pertinente para las preguntas 1 y 5, en el caso, de la pregunta 3, la respuesta correspondiente era de 7 días, y para las preguntas 2,4 y 6 era una cantidad 0-1 días.

Para las preguntas con variables cualitativas (7-8), se estableció en la primera que es dicotómica el “sí” como respuesta, mientras que, en la segunda al ser de alternativas, se determinó desde la letra b-g como respuesta óptima.

En las preguntas 9 y 10 de la encuesta de adherencia fue necesario que se realizara un análisis de diversos estudios para poder generar un score adecuado para éstas, donde se encontró lo siguiente: “Las mujeres embarazadas deben acumular al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada cada semana, con el objeto de obtener beneficios para su salud y al mismo tiempo reducir la posibilidad de complicaciones durante la gestación”(19), lo que llevó a la conclusión de que la puntuación para las preguntas sería de 1 para las gestantes que obtuvieron la respuesta de 6-7 días.

El puntaje necesario para considerar a las usuarias adheridas al tratamiento fue ≥ 4 puntos.

- Attitudes Toward Diabetes – DES.

La encuesta de empoderamiento fue creada por Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DMG (20). Esta cuenta con un total de 8 preguntas, que están centradas en datos relacionados con la propia percepción de la gestante respecto a su actitud hacia el tratamiento frente a la diabetes gestacional. A diferencia de la encuesta de adherencia, la de empoderamiento se encuentra en inglés, por lo que se realizó un proceso de validación para poder utilizarla en el idioma español.

Se realizó la asignación de puntaje numérico a las respuestas entregadas, resultando estas con un puntaje del 1 al 5, siendo la representación de “totalmente en desacuerdo” como 1 punto, y “totalmente de acuerdo” como 5 puntos. Al sumar el puntaje de cada usuaria nos dio como resultado un puntaje mínimo de 8 puntos y un puntaje máximo de 40 puntos en las respuestas de las encuestadas, utilizando un puntaje de corte de 24 puntos para

considerar, sobre este puntaje, que la usuaria presentaba “empoderamiento frente a su enfermedad”.

En el Hospital San Camilo San Felipe, específicamente en el sector del Policlínico de Ginecología, se realizaron encuestas a las usuarias asistentes en forma presencial entre los meses de julio, agosto y septiembre, con el fin de obtener los datos requeridos.

En primera instancia, se llevó a cabo la selección de usuarias comprobando que cumplan con los criterios de inclusión, donde posteriormente, se les consultó si deseaban participar del proyecto. Una vez que las usuarias aceptaron ser partícipes, se les mostró y explicó en detalle un consentimiento informado, y a continuación se les realizó la entrega de una Tablet donde encontraron ambas encuestas; se les permitió leer las preguntas y responder respecto a su propia experiencia frente al tratamiento de la diabetes gestacional que llevaban cursado hasta ese momento. Luego, al finalizar ambas encuestas, se les hizo entrega de un folleto informativo sobre la adherencia y empoderamiento frente al tratamiento de la diabetes gestacional, junto con su consentimiento informado correspondiente.

Cabe mencionar que las usuarias que lamentablemente no participaron fueron por diversos motivos, como es el hecho de que no tuvieran más de una semana de diagnóstico de diabetes gestacional, que no fueran capaces de contestar las encuestas tanto por su idioma como por alguna discapacidad, entre otros. De igual forma, se les realizó la entrega de un folleto informativo, para que logran desarrollar un conocimiento y reflexión más profundo respecto a estos términos y la relevancia que tienen para lograr un tratamiento eficaz para con la diabetes gestacional durante su embarazo.

3.6. Variables

Las variables utilizadas en esta investigación fueron un total de cuatro, siendo éstas de carácter cuantitativo discretas. Entre estas, se aprecian la Edad y EG. La primera, hace referencia a la edad cronológica de la mujer gestante, la cual es medida en años de vida (del nacimiento al momento que se realizó las encuestas), mientras que la segunda, tiene que ver con el número de días transcurridos desde el momento de la concepción hasta la fecha actual en un embarazo, expresados en semanas y días. Por otra parte, encontramos también las variables de porcentaje de adherencia (capacidad de una persona para mantener o seguir recomendaciones u objetivos sobre un tema en particular) y puntaje de empoderamiento (Proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven).

3.7. Análisis Estadístico

El análisis de datos fue realizado mediante la aplicación Microsoft Excel®, distribuyéndose en dos documentos y designando uno de estos para cada encuesta respectiva del estudio. Se inició el análisis de datos con la encuesta de empoderamiento, ubicando las variables consideradas en la primera hoja Microsoft Excel®, seguida de la transcripción de las respuestas realizadas por las usuarias en la segunda hoja y terminando con el análisis de los datos en la tercera hoja. Luego, se siguió con un análisis por cada pregunta, en la cual se obtuvo el promedio, desviación estándar, mínimo, máximo y frecuencia relativa a cada respuesta. El análisis continuó con la organización de los datos en tablas, 3 en particular; la primera indicando la edad de las usuarias y su edad gestacional, la segunda, la información obtenida de cada pregunta de las encuestas (promedio, desviación estándar, mínimo y máximo) y en la tercera, se indican los datos de cada pregunta relacionados a la frecuencia relativa. Para terminar, se realizaron gráficos de barras por cada pregunta.

El análisis de los resultados de la encuesta de adherencia se inició de la misma manera que la encuesta anterior, ubicando las variables consideradas en la primera hoja Microsoft

Excel®, seguida de la transcripción de las respuestas realizadas por las usuarias en la segunda hoja y terminando con el análisis de los datos en la tercera hoja. Al analizar los datos, se utilizaron dos enfoques distintos, puesto que, esta encuesta poseía preguntas de tipo cuantitativas y cualitativas. En las primeras variables mencionadas, se calculó el promedio, desviación estándar, máximo, mínimo y frecuencia relativa de cada respuesta, mientras que en las de tipo cualitativo, pregunta n° 7 y 8, se evaluó la frecuencia absoluta y relativa de cada una. El análisis siguió, de igual manera que la encuesta anterior, con el orden de los datos en tablas, siendo en este caso 2, en una de ellas indica la edad de las usuarias y edad gestacional y en la segunda la información obtenida de cada pregunta de la encuesta, terminando con la realización de gráficos de barras por cada pregunta.

3.8. Consideraciones Éticas

Las estudiantes asistieron al establecimiento de salud, el cual es un Hospital de Alto Riesgo en el Valle de Aconcagua, en un transcurso de tiempo que partió del mes de julio hasta septiembre del año 2023, para la aplicación de las encuestas en la sala de espera del Policlínico de Ginecología, posterior a la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua (Anexo 4) y de la autorización por parte del servicio de salud correspondiente (Anexo 5).

Las encuestas se aplicaron a todas las usuarias que aceptaron participar de manera voluntaria del estudio y cumplían con los criterios de inclusión.

Una vez en las dependencias, se les informó a las usuarias lo que implica la participación en la investigación, acerca de los objetivos, y logrando que las pacientes pudieran decidir si participar o no, con un conocimiento previo. También se les entregó un consentimiento informado (Anexo 6), respetando los conceptos éticos en todo momento. Se procedió a responder las preguntas que tuvieron las participantes. Cuando fue aceptada la participación por la usuaria, se procedió a la firma del consentimiento informado en presencia de un testigo de fe.

Al momento de aplicar las encuestas a las usuarias, éstas podían realizar preguntas a los investigadores presentes en caso de no entender alguna pregunta, recordando a la usuaria que toda información obtenida será guardada de manera anónima. Además, se podrán retirar de la investigación en cualquier momento sin afectar la atención de salud por la cual están asistiendo al servicio de salud.

Finalizando la encuesta se hizo entrega de un folleto informativo sobre lo que es adherencia y empoderamiento frente al tratamiento de diabetes gestacional, con el objetivo de que las usuarias tomen conciencia frente a estos conceptos (Anexo 7).

AUTONOMÍA: Si la mujer embarazada con diabetes gestacional decide no seguir participando, por el motivo que ella estime conveniente, no se le obligará o presionará para mantener su participación. Se respetará su derecho de autonomía.

Las respuestas obtenidas del sujeto de investigación no pueden ser influenciadas ni manipuladas por el investigador.

ANÁLISIS DE RIESGOS: Rechazo/miedo a ser juzgada: Las participantes pueden sentirse juzgadas por algunas preguntas de las encuestas, lo cual les puede generar rechazo a la participación voluntaria del estudio. Este riesgo se minimizó con la correcta educación previa a las participantes sobre el estudio, remarcando la confidencialidad de sus datos para la investigación.

BENEFICIOS: En cuanto a esta investigación, es importante mencionar que hubo beneficios directos para la participante, aunque no obtuvieron una remuneración económica u otros por participar en esta investigación. Sin embargo, el hecho de que la usuaria se informara y poseyera más conocimientos al momento de que las estudiantes educaran al finalizar las encuestas, podía ayudar a que las gestantes desarrollaran una reflexión frente a la adherencia o empoderamiento, influyendo en la diabetes gestacional cursada y llegando así a disminuir las complicaciones en el embarazo. En resumen, se pudo contribuir a aumentar

el grado de interés de la usuaria por su patología y que ésta pudiera cambiar la conducta hacia su tratamiento.

Dicho esto, también, a las futuras usuarias, quisieran o no participar del proyecto, se les hizo entrega del folleto educativo y se beneficiaron con la información pesquisada a partir de los resultados obtenidos.

JUSTICIA: En cuanto a términos de justicia, dentro de lo que es la búsqueda de equidad de cargas y beneficios, el estudio no supuso ningún costo para la encuestada, ni entregó pagos monetarios u otros beneficios a las participantes. Respecto a la búsqueda del criterio de justicia, y el metodológico de diversidad, se intencionó, en la medida de lo posible, la inclusión de participantes de distintas características (sexo, origen étnico u otro que emerja).

Todas las usuarias tuvieron una previa educación sobre qué trata el estudio y definición de palabras claves, pudiendo llegar así todas con la misma base de conocimiento al momento de responder las preguntas de las encuestas que se aplicaron.

A todas las usuarias se les aplicaron las mismas encuestas, una de adherencia y otra de empoderamiento frente a la diabetes gestacional. El conocimiento previo que tuvieran de la patología a estudiar podía variar de acuerdo con el acceso que había tenido cada usuaria al tratamiento y control de su gestación.

3.9. Análisis de Datos

La estadística descriptiva (23, 24) es una disciplina que se encarga de recoger, almacenar, ordenar, realizar tablas o gráficos y calcular parámetros básicos sobre el conjunto de datos, como medidas de tendencia central y distribución de frecuencias. De esta forma, podemos realizar el análisis, el resumen y la presentación de los resultados relacionados con un conjunto de datos derivados de una muestra o de toda la población.

En lo que se refiere al método para realizar este análisis, luego de aplicadas las encuestas antes mencionadas se utilizó un análisis de estadística descriptiva bivariado que comprendía las variables de empoderamiento y adherencia, las cuales fueron de carácter cuantitativo y cualitativo. A partir de éstas, se estudió una muestra que, en este caso, fueron 33 mujeres embarazadas en tratamiento por diagnóstico de diabetes gestacional, obteniendo frecuencias relativas y/o absolutas como resultado, junto con la media, el mínimo y el máximo.

Se utilizó como instrumento principal la herramienta Microsoft Excel®, donde se dispusieron las variables asociadas a la edad de las participantes, su edad gestacional y las respuestas a cada pregunta de las encuestas en cuestión, generando una tabla para cada pregunta y dentro de la cual se calculó la frecuencia relativa representada en gráficos de barra.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Traducción de la Encuesta

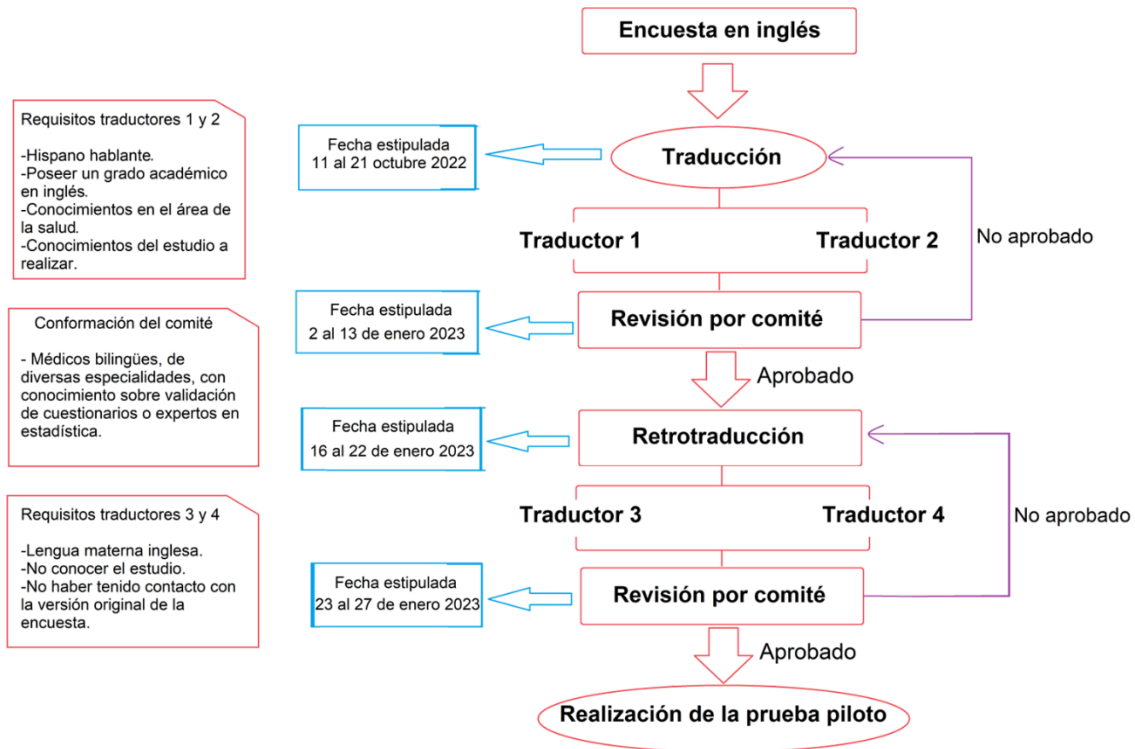


Figura 2: Flujograma del proceso de traducción de encuesta de empoderamiento.

Con respecto al tema de la traducción de estas encuestas analizadas (Figura 2), se solicitó la traducción a dos profesoras de inglés que tuvieran conocimiento en terminología médica de forma paralela. Posteriormente, las dos traducciones fueron revisadas por un comité de expertos en el tema a investigar y que tuvieran manejo del idioma inglés, para luego proceder realizar la traducción en reversa dos personas que: fueran nativas en inglés, que no tuvieran conocimiento del estudio y que no hubieran tenido contacto con la encuesta original. El resultado de esta segunda traducción fue revisado nuevamente por el comité de expertos para asegurar la mantención de la integridad de la encuesta traducida.

Posterior a ello, para la validación de la encuesta se realizó una prueba piloto en la cual fueron encuestadas diez mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión descritos en el protocolo y que no fueran parte de la muestra del estudio. Se les preguntó su edad y semanas de gestación, las cuales resultaron ser diversas. Para realizar la encuesta se utilizaron dos métodos, por medio de una versión online realizada por las estudiantes encargadas de la tesis y otra de forma física aplicada en el Hospital San Camilo. Las encuestadas respondieron en un tiempo promedio de 5 minutos, desde el momento de la explicación de la encuesta hasta terminar el formulario, entregando al finalizar, su opinión sobre la comprensión de las preguntas y la dificultad para dar una respuesta. Sus observaciones fueron incluidas en las versiones finales de los instrumentos, quedando éstos validados para su aplicación.

El proceso de traducción por medio de este flujograma se determinó en base a un documento donde se describe con detalle la elaboración y validación de un cuestionario (25). Luego de realizar la traducción junto con la prueba piloto, se comprobó la fiabilidad del instrumento por medio del cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.899, indicando que existe una alta consistencia en los ítems que se abordan en la encuesta.

4.2 Resultados encuestas

La muestra total fue de 33 gestantes, en ella se mencionan 2 variables: edad materna representada en años y edad gestacional (semanas), las cuales son analizadas a continuación.

Las gestantes encuestadas tienen una edad que va desde los 20 hasta los 40 años, siendo el promedio de edad de 31 ± 5 años.

Con respecto a la edad gestacional, el promedio estuvo en $34 \pm$ semanas. El mínimo en edad gestacional fue de 28,57 semanas y el máximo de 38,57 semanas (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Grupo etario y edad gestacional de las gestantes.

Datos	Promedi o	Desviació n	Mínim o	Máxim o
Edad	31,39	5,11	20	40
EG + DÍAS	34,74	2,69	28,57	38,57

Nota: Elaboración propia

Encuesta de Adherencia

1. Referente a la pregunta 1 (Figura 3), 19 gestantes cumplieron el plan de alimentación recomendado en los últimos 7 días, 8 lo siguieron solo por 6 días, 4 por 5 días y una solo por 4 días. Una de las gestantes no aplicaba para la pregunta, dado que, aún no había tenido control con el/la nutricionista.

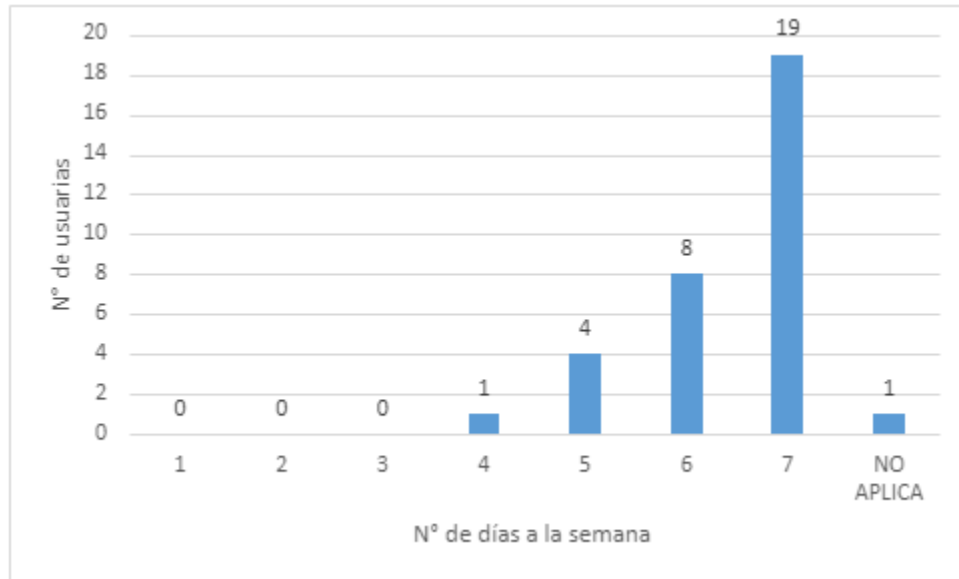


Figura 3: Pregunta 1 En los últimos 7 días, ¿cuántos días siguió el plan de alimentación recomendado?

2. Respecto a la pregunta 2 de la encuesta de adherencia (Figura 4) se observa que, de un total de 33 personas, 18 colocaron respuesta 0, lo que significa que no se saltan almuerzos y colaciones en los 7 días de la semana. Por otro lado, 16 personas marcaron una alternativa distinta a 0; siendo así que 3 usuarias se saltaron sus comidas en un día; 7 en dos días; una en 4 días; 3 en 6 días y 2 en 7 días.

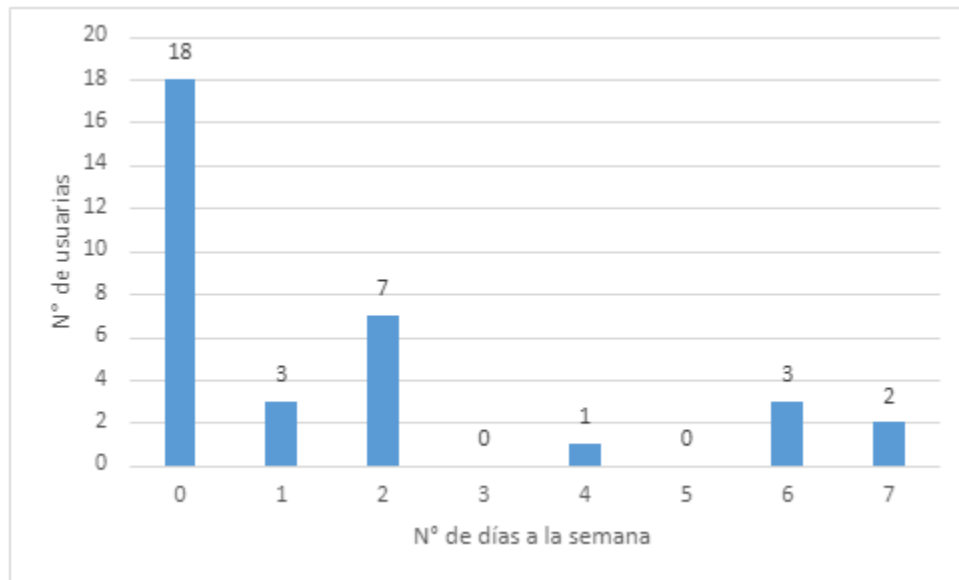


Figura 4: Pregunta 2 En los últimos 7 días, ¿cuántos días se saltó alguna comida y/o colación?

3. Referente a la pregunta 3 (Figura 5), se logra apreciar a partir del gráfico, que la mayor parte de las gestantes encuestadas, 21 en concreto, respetó la cantidad de comida recomendada durante los últimos 7 días. El resto, no logró respetar la cantidad de comida en la semana, dándonos que, una gestante no respetó la cantidad de comida recomendada en tres días, cinco no lo hicieron en cinco días; y cinco en seis días. Importante mencionar que una de las gestantes no aplica para esta pregunta de la encuesta, puesto que, no había tenido control aún con el/la nutricionista, implicando que no tuviera su plan de alimentación diario.

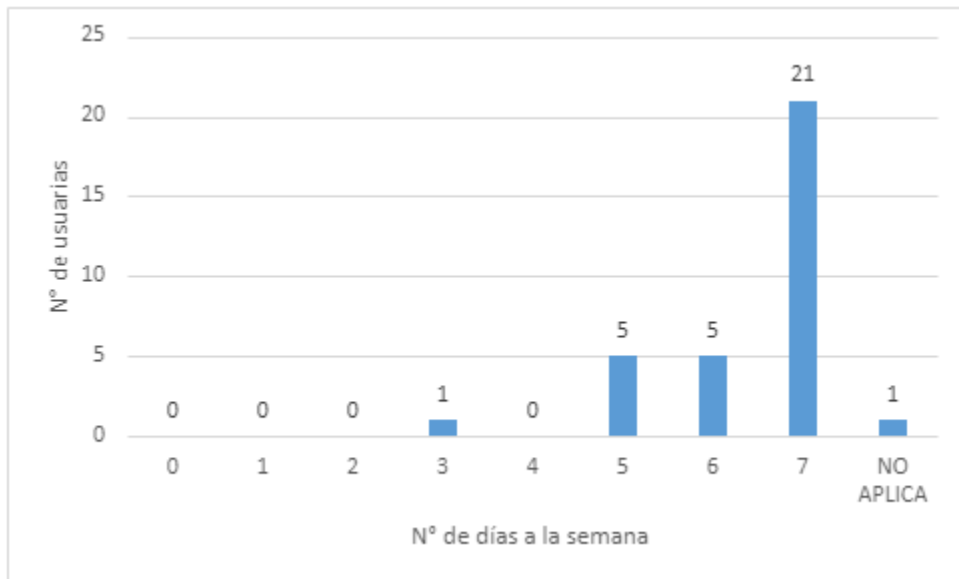


Figura 5: Pregunta 3 En los últimos 7 días, ¿cuántos días respetó la cantidad de comida recomendada?

4. Analizando la pregunta 4 (Figura 6), de las 33 encuestadas, 21 gestantes respondieron de 0-1 día, siendo el grupo mayoritario. También, se indica que 11 personas no consumieron alimentos altos en grasas (queso, embutidos, pan dulce, alimentos fritos) y/o productos lácteos enteros durante una semana, 10 usuarias se saltaron el tratamiento en 1 día y, por otro lado, 5 usuarias no cumplieron con la dieta en 2 días; 1 en 5 días y 4 en 7 días.

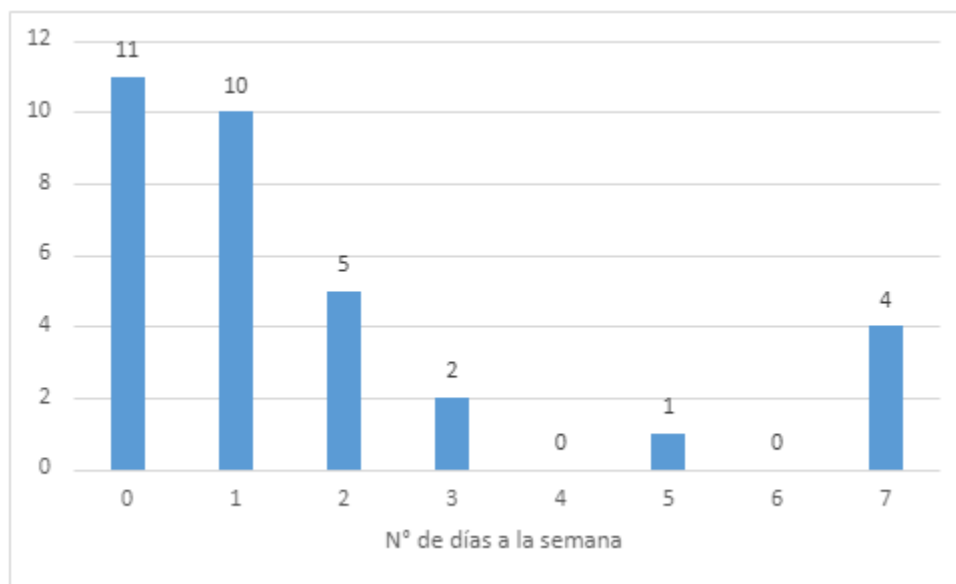


Figura 6: Pregunta 4 En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió alimentos altos en grasa (queso, embutidos, pan dulce, alimentos fritos) y/o productos lácteos enteros?

5. Dentro del análisis que se puede hacer respecto a la pregunta 5 (Figura 7), es posible visualizar a partir del gráfico, que la mayoría de las gestantes encuestadas, 16 en concreto, no consumieron los alimentos indicados en la lista (Alimentos altos en azúcares concentrados o almidones) dentro de esos últimos 7 días. Cinco gestantes consumen este tipo de alimento en un día; tres en dos días; una en cuatro días; tres en seis días y cinco en toda la semana.

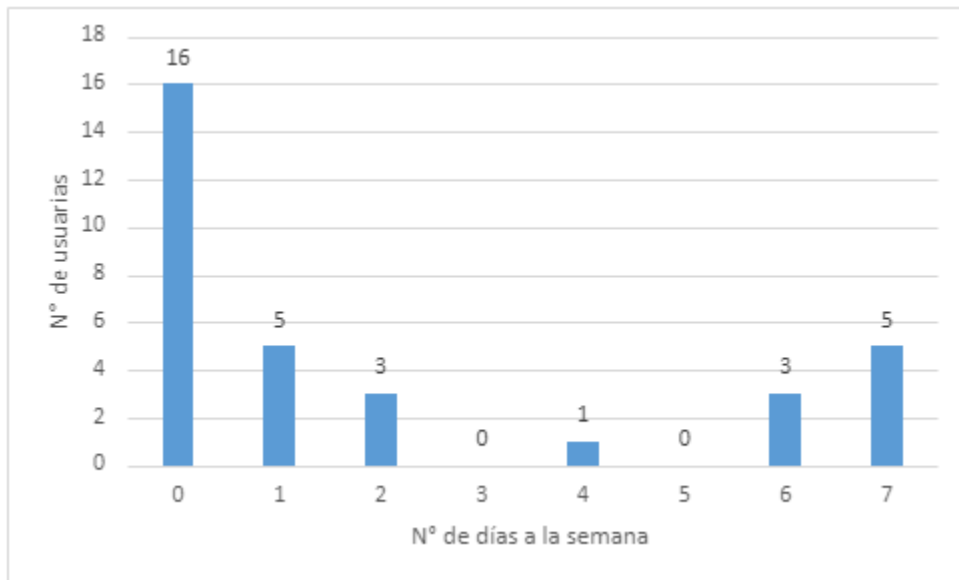


Figura 7: Pregunta 5 ¿En los últimos 7 días, ¿cuántos días usted consumió solamente los alimentos indicados en la lista (hallulla, colisa, marraqueta, baguette, pan amasado o cualquier otro tipo de pan blanco), plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía?).

6. En la pregunta 6 (Figura 8), se observó que solo 13 gestantes no han consumido azúcares concentrados, mientras que el resto de las encuestadas, 20 gestantes, han consumido alimentos que no están presentes en su plan de alimentación. De estas, 10 usuarias consumieron este tipo de alimento en un día; cuatro en dos días; dos en 4 días; una en 6 días; y tres en 7 días.

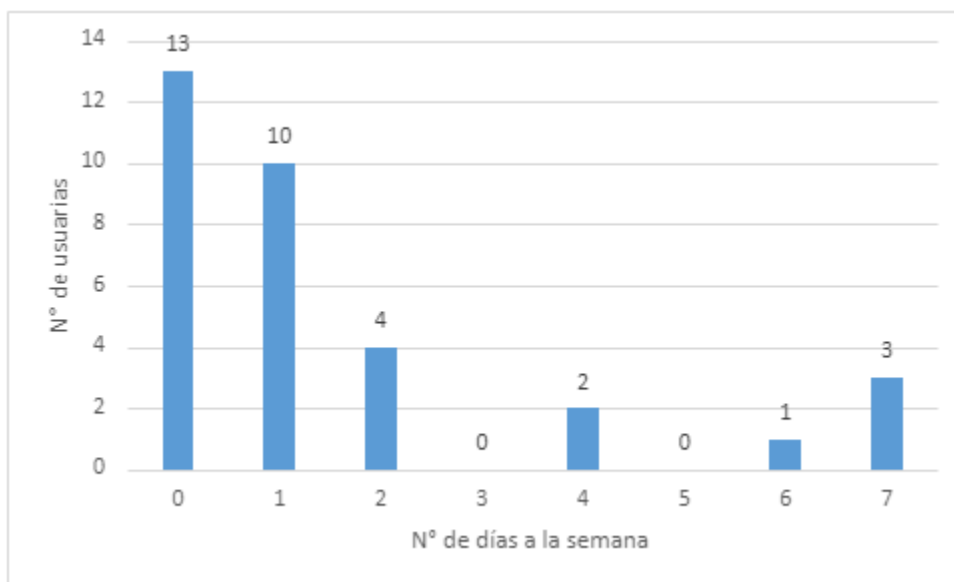


Figura 8: Pregunta 6 Muchas veces las personas consumen algunos alimentos que no están indicados en su plan de alimentación. En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió azúcares concentrados o almidones (refrescos, azúcar, miel, mermelada, chocolate en polvo, bebida azucarada, jugos, pan blanco, plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía, etc.)?

7. Lo que podemos observar en la pregunta 7 (Figura 9) es que el total de las usuarias, o sea, las 33 encuestadas contestaron de forma unánime que el día anterior habían consumido alguno de los alimentos mencionados en la lista descrita, con ello respetando las indicaciones entregadas por los profesionales de la salud.

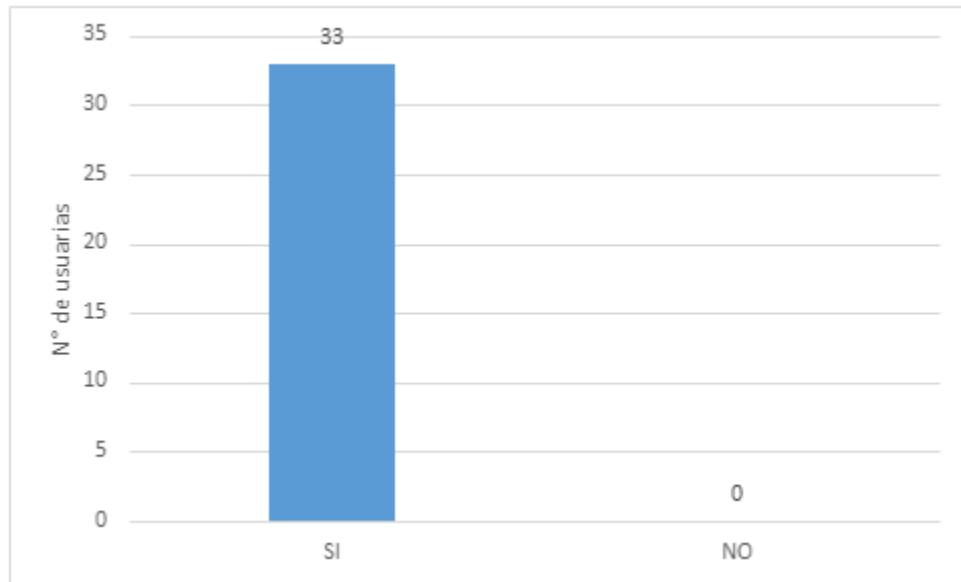


Figura 9: Pregunta 7 De la siguiente lista de alimentos: Pomelo, cereza, tomate, nueces, porotos, vegetales verdes como lechuga, acelga, espinaca, zumo de limón, leche entera, leche descremada, leche de avena, leche de almendra, yogurt, aceite de oliva, huevo, carnes, champiñones, moras, cerezas, fresas, mandarinas ¿consumió alguno el día de ayer?

8. De la pregunta 8 (Figura 10), analizando el gráfico, se aprecia que 8 gestantes no consumen los alimentos de la lista, también se observa que 2 usuarias consumen este tipo de alimento 2 o más veces al día; cuatro una vez al día; dos lo hicieron tres a cinco días a la semana y cinco de una a dos veces al mes. Mientras, que la mayoría de las usuarias, en concreto 12 respondieron que consumen alimentos alto en azúcares por lo menos una a dos veces a la semana.

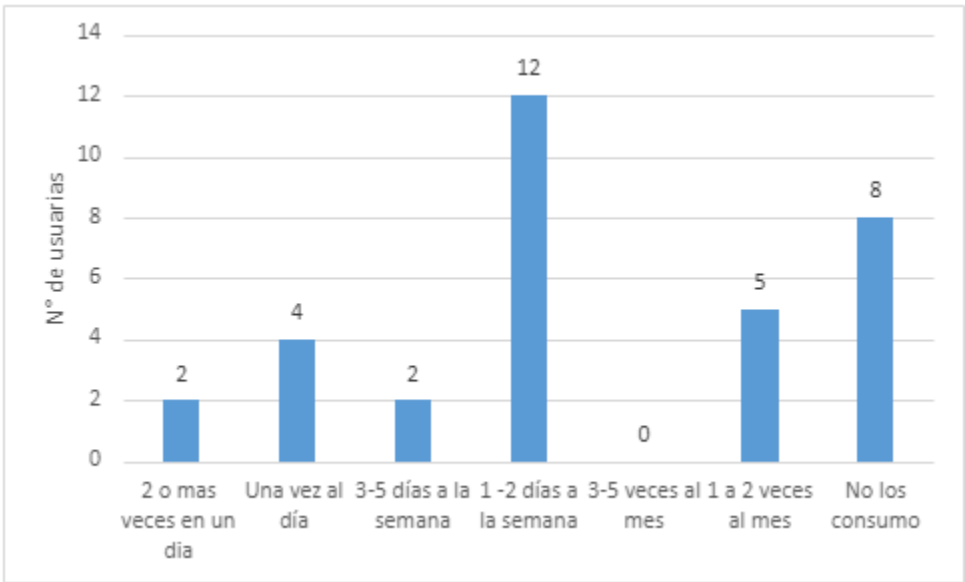


Figura 10: Pregunta 8 ¿Con qué frecuencia usted consume alimentos como azúcar, miel, mermelada, chocolate, bebida azucarada, jugos, pan blanco (hallulla, colisa, marraqueta, baguette, pan amasado o cualquier otro tipo de pan blanco), plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía?, a) 2 o más veces en un día, b) Una vez al día, c) 3-5 días a la semana, d) 1 -2 días a la semana, e) 3-5 veces al mes, f) 1 a 2 veces al mes y, g) No los consumo.

9. Los resultados obtenidos en la pregunta 9 son variados, solo 12 gestantes realizan ejercicios todos los días de la semana, mientras que 3 personas no realizan ningún tipo de actividad física; dos solo lo realizan un día; una persona selecciono dos días; nueve en tres días, una en cuatro días y una en 6 días.

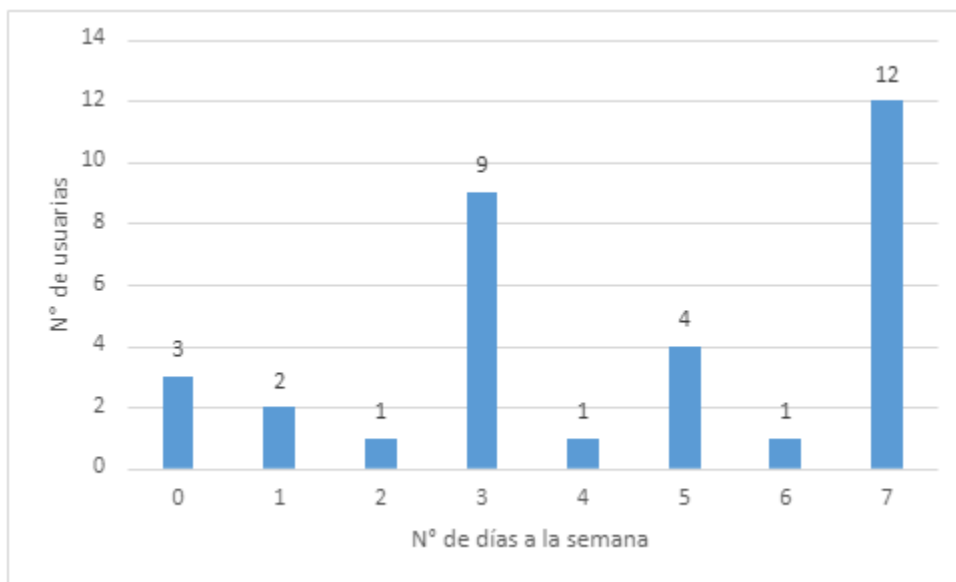


Figura 11: Pregunta 9 Considerando la última semana, ¿cuántos días ha practicado al menos 30 minutos de actividad física? (Se refiere al total de minutos de actividad continua, incluyendo la caminata).

10. Respecto a la pregunta 10 de adherencia, se observó que 15 gestantes no realizaron ningún tipo de actividad física en la última semana, no obstante, la población restante de 18 personas hizo más días de actividad física, siendo desglosado en; 4 personas que hicieron 1 día de ejercicio; 2 gestantes que hicieron 2 días; 3 personas que hicieron 3 días; 1 persona que hizo 5 días, finalizando con 8 personas que realizaron 7 días actividad física.

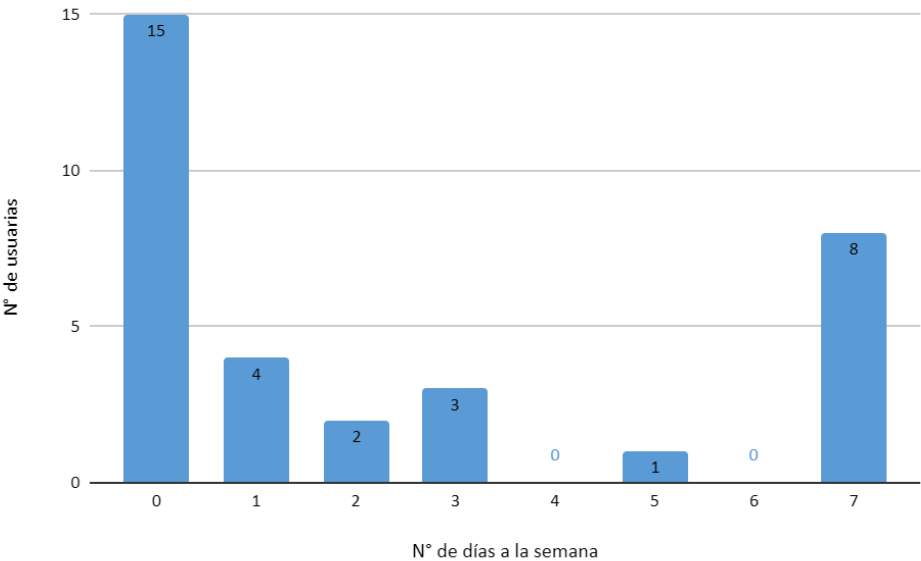


Figura 12: Pregunta 10 Considerando la última semana, ¿cuántos días participó en alguna sesión de ejercicio específica (como nadar, caminar, andar en bicicleta, etc.), diferente a lo que hace en la casa o como parte de su trabajo?

Encuesta de Empoderamiento

1. Con respecto a la pregunta número 1 (figura 13) de la encuesta de empoderamiento, al analizar su gráfico se logró apreciar que, del total de encuestadas, 20 son totalmente conscientes sobre qué parte del cuidado de su condición no son satisfactorias para ellas o cuales las mantienen insatisfechas, 8 de las encuestadas están algo de acuerdo con esta afirmación, 1 es neutra y 3 están en desacuerdo con ésta.

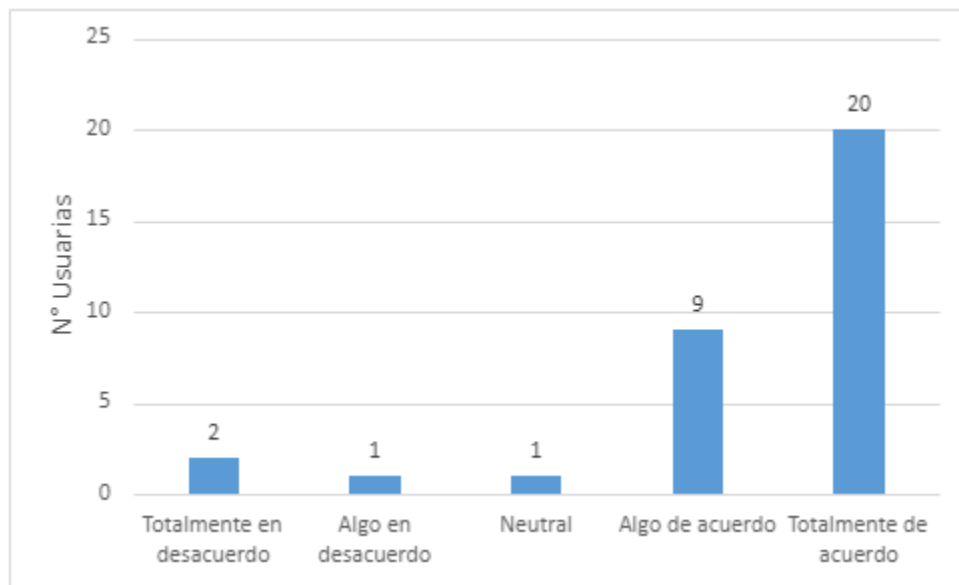


Figura 13: Pregunta 1 Sé con qué parte(s) del cuidado de mi diabetes estoy insatisfecho/a.

2. De acuerdo con lo que podemos observar (Figura 14), del total de usuarias; 24 contestaron que estaban totalmente de acuerdo con el enunciado, ósea, que pueden identificar cuáles son sus objetivos respecto a su patología y cómo llevarlos a cabo de forma funcional. Mientras que 7 estaban solo algo de acuerdo, 1 neutral y otra algo en desacuerdo.

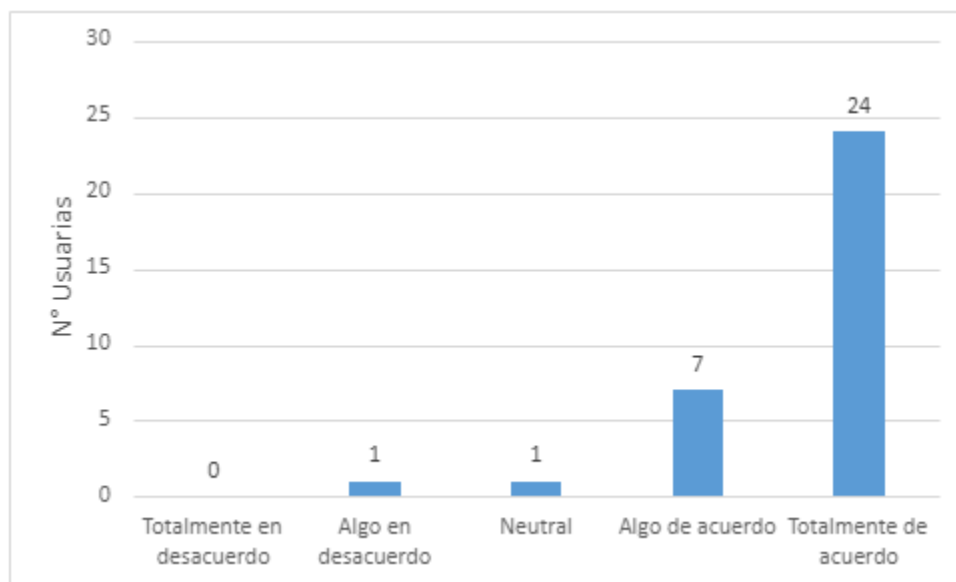


Figura 14: Pregunta 2 Soy capaz de poner mis objetivos para cuidar mi diabetes en un plan realizable.

3. Al analizar las respuestas de la pregunta 3 (Figura 15) se logra observar que la gran mayoría, concretamente 26 de las gestantes es capaz de superar los obstáculos que se le presentan y priorizar el cuidado de su diabetes; seis están algo de acuerdo y una algo en desacuerdo.

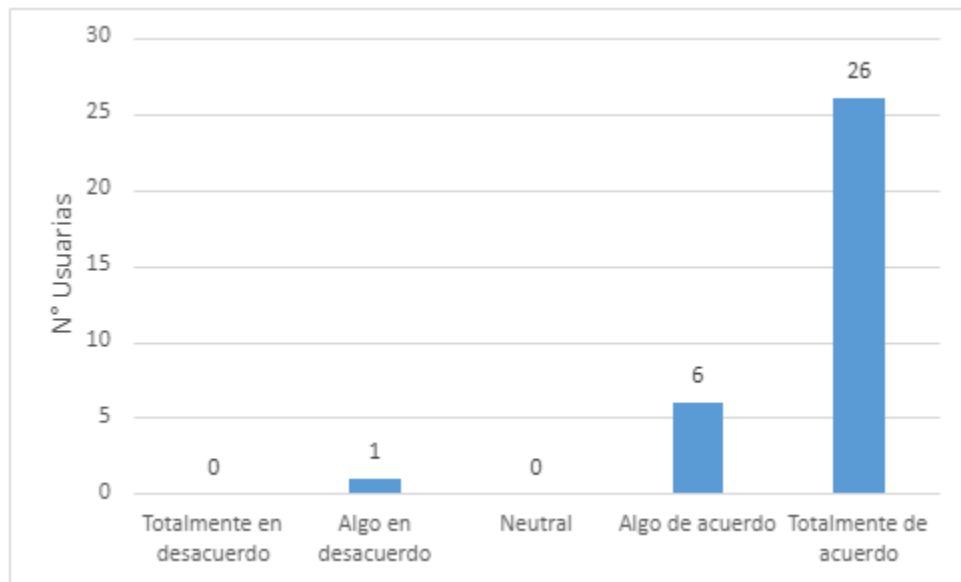


Figura 15: Pregunta 3 Puedo probar diferentes formas de superar los obstáculos para lograr mis objetivos de cuidado de mi diabetes.

4. Analizando la pregunta 4 (Figura 16), es posible determinar que, de las gestantes encuestadas, 24 de ellas sentían que podían encontrar la manera de sentirse mejor, aunque tuvieran diabetes. Respecto al resto de las gestantes, hubieron 6 que estuvieron algo de acuerdo, 2 que tenían una posición neutral al respecto, y 1 que estaba algo en desacuerdo.

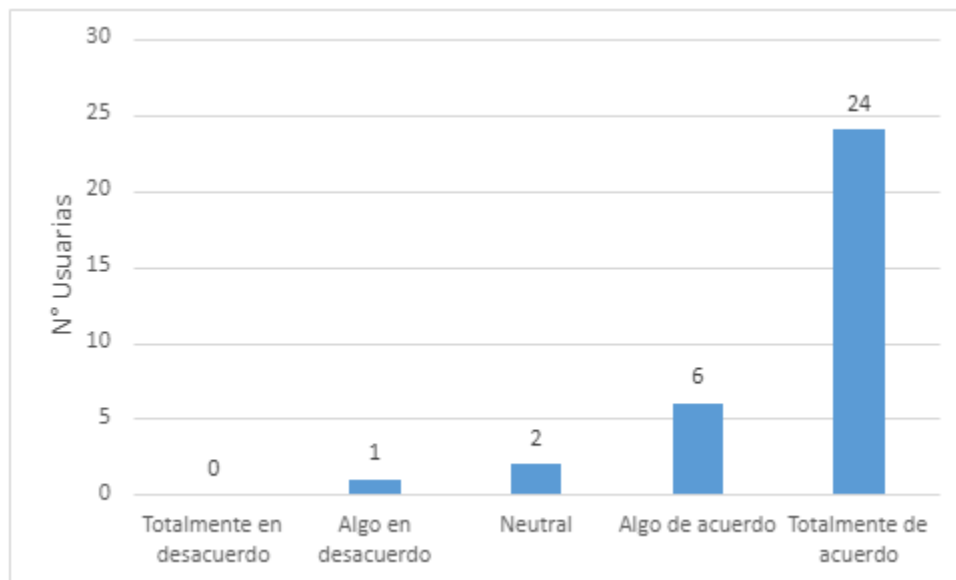


Figura 16: Pregunta 4 Puedo encontrar maneras de sentirme mejor, aunque tenga diabetes.

5. Respecto a la pregunta 5 (Figura 17), se observa a partir del gráfico, que la mayoría, en concreto 13 de las gestantes encuestadas, estaba totalmente de acuerdo con que conoce las formas positivas de sobrellevar el estrés asociado a la diabetes. Aun así, la sigue una cantidad no menor de gestantes, en específico 9, que solo estaban algo de acuerdo con esto, 6 que se sentían en una posición neutral al respecto, y 5 que estaban en total desacuerdo.

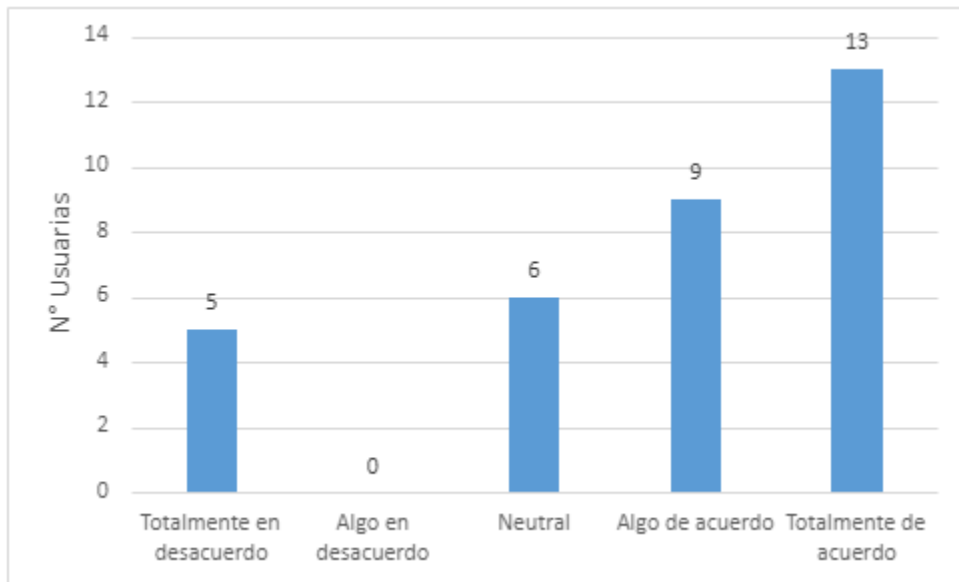


Figura 17: Pregunta 5 Conozco las formas positivas de sobrellevar el estrés relacionado con mi diabetes.

6. Con respecto al siguiente gráfico (Figura 18), podemos determinar que 28 usuarias presentan redes de apoyo con las que pueden contar si presentan alguna dificultad relacionada a la diabetes que cursan durante el embarazo, mientras que 5 de ellas no pueden asegurarlo por completo y están algo de acuerdo.

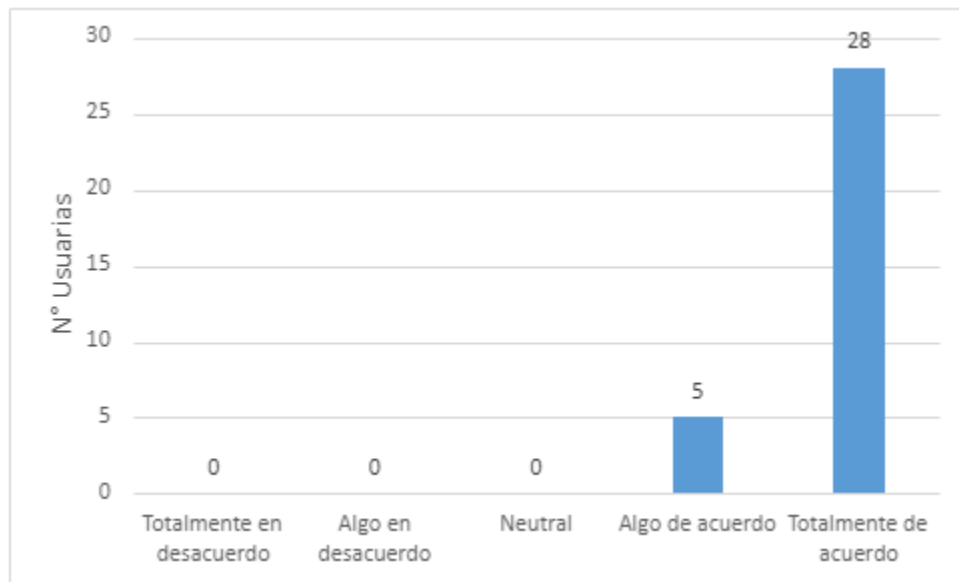


Figura 18: Pregunta 6 Puedo pedir ayuda y apoyo para mí y para cuidar mi diabetes cuando lo necesito.

7. Respecto a la pregunta 7 (Figura 19), podemos decir que un total de 28 usuarias conocen métodos o técnicas para lograr mantener una buena disposición con el tratamiento de su diabetes, aunque 3 se encuentran neutrales sobre esto y 2 están algo de acuerdo.

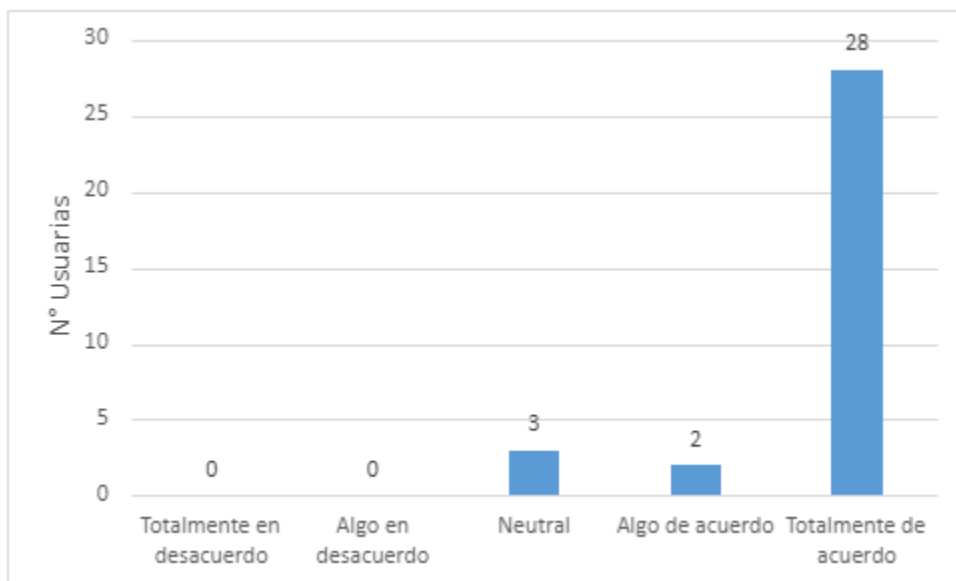


Figura 19: Pregunta 7 Sé lo que me ayuda a mantenerme motivado/a para cuidar mi diabetes.

8. La pregunta 8 (Figura 20), que tiene relación con el autoconocimiento y la capacidad de tomar decisiones acertadas con respecto al cuidado de su condición de salud, tenemos que 29 usuarias parte está totalmente de acuerdo con conocerse lo suficiente como persona para tomar decisiones adecuadas sobre el cuidado de la diabetes, mientras que 3 gestantes marcaron la pregunta algo de acuerdo; y 1 en postura neutral.

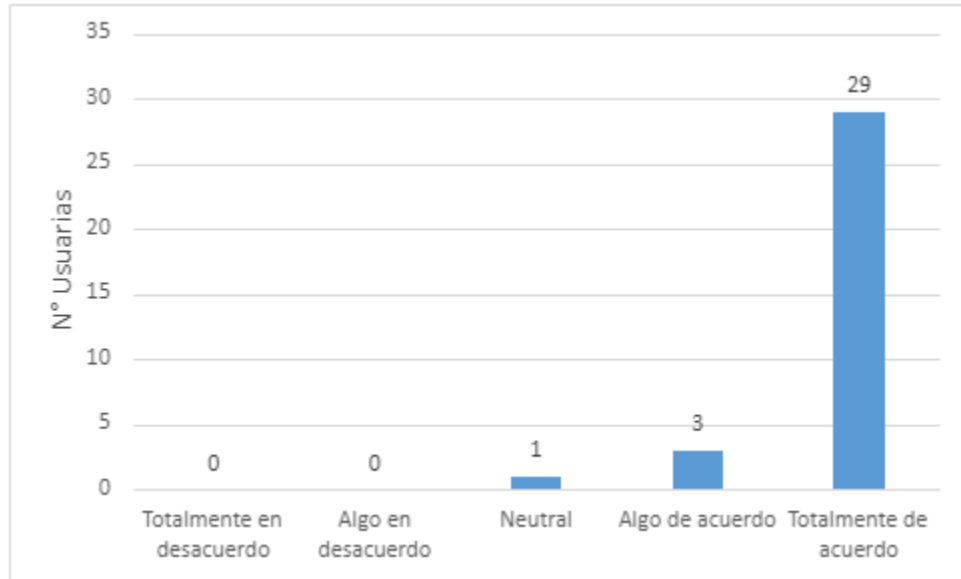


Figura 20: Pregunta 8 Me conozco suficiente como persona para tomar decisiones adecuadas para mi sobre el cuidado de mi diabetes.

En el siguiente gráfico (Figura 21) se puede apreciar el resultado final de la encuesta de adherencia donde un 58% se encuentra no adherida a su tratamiento, lo que representa la mayor parte de la muestra, mientras que, por otro lado, se observa que un 42% de las usuarias están adheridas a su tratamiento.

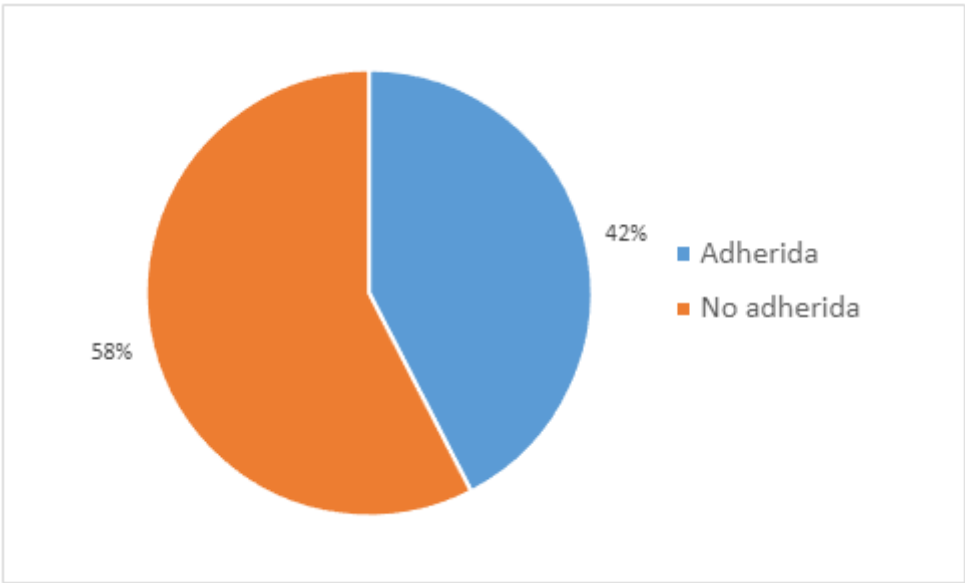


Figura 21: Porcentaje de gestantes adheridas.

De acuerdo con los resultados finales de la encuesta de empoderamiento se puede observar en el siguiente gráfico (Figura 22) que, de un total de 33 gestantes, todas se encontraban empoderadas.

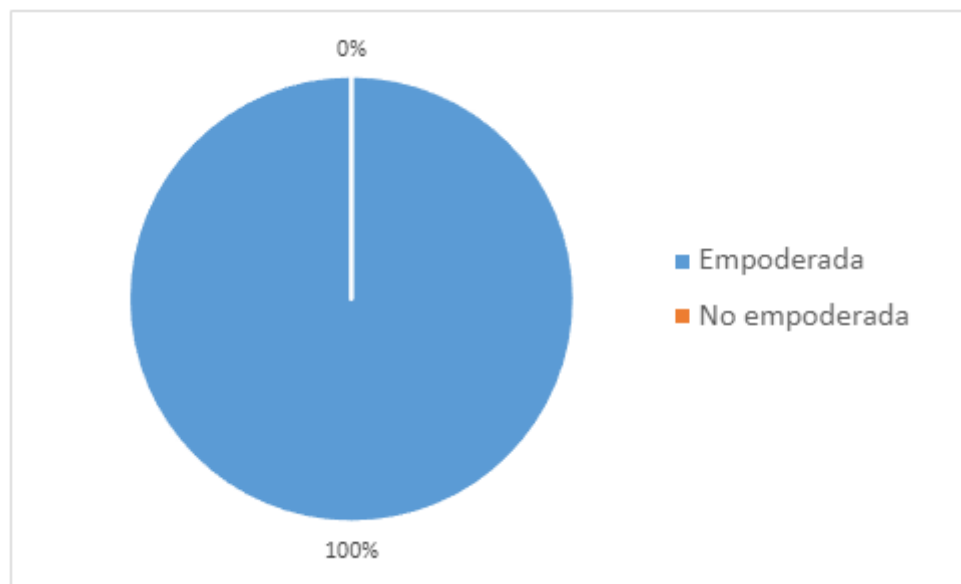


Figura 22: Porcentaje de gestantes empoderadas.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

5.1. Discusión

En base a los datos obtenidos con la encuesta de adherencia, se puede observar que, a pesar de que un número importante de gestantes, en específico 14 (42.42%), se considera adherida a su tratamiento. La mayor parte de las encuestadas mostraron una mala adherencia, con un total de 19 (57,58%) concluyendo que no implementan correctamente el plan de alimentación recomendado, en parte por el consumo alimentos altos en grasas, azúcares concentrados, almidones, entre otros.

De forma similar, Balas-Nakash M. y cols. (26) describieron el nivel de adherencia a través de un Programa de Terapia Médica y Nutricia en gestantes con diabetes, la cual fue mediada por tres diferentes métodos asociándose a su control glucémico, basado en un análisis entre el año 2005-2007, donde la muestra contó con 69 gestantes entre los 22-42 años. Dentro de los métodos utilizados, uno fue un cuestionario semejante al efectuado en esta tesis, hecho que dio como resultado que estas presentaban una adherencia del 55%, sin diferencias por tipo de diabetes.

Con respecto a las acciones realizadas por las usuarias que son posibles inferir del cuestionario efectuado en cuanto a adherencia, las que ayudaron enfrentar el tratamiento y controlar de mejor forma su diabetes gestacional, se encuentran la realización de actividad física de por lo menos 30 minutos diarios con un mínimo de 6 a 7 días a la semana. De las gestantes encuestadas solo 7 (21%) cumplieron con esto, lamentablemente no se encontraron estudios con los que comparar estos resultados. En relación con el estudio de recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías prácticas clínicas (19), este recalca la importancia de que las usuarias se mantengan activas físicamente durante el tratamiento para evitar complicaciones durante el embarazo, donde se espera que ejerciten a la semana un promedio de 150 minutos. Además de lo planteado anteriormente, también se reflejan acciones en cuanto a su plan

alimenticio, ya que, estas consumen sólo ciertos alimentos buenos para su salud, a horas del día definidas con anterioridad y en porciones fijas.

Se debe tener en cuenta que la baja adherencia puede conllevar a riesgos potenciales. Como se mencionó anteriormente en este estudio, a pesar de que se presentaron participantes que son adherentes, una gran parte de estas no lo están, situación que como resultado nos lleva a una serie de posibles consecuencias en la gestante y el neonato durante y después de la gestación. Se encontraron dos estudios en los que se visualiza la importancia de una buena adherencia al plan alimenticio.

El primer estudio fue de Abokaf H. y cols. (27) en el que se buscaba evaluar si la exposición intrauterina a la diabetes gestacional generaba un aumento de morbilidad endocrina a largo plazo; esto por medio de un estudio de cohorte retrospectiva. La muestra consistió en 12.642 recién nacidos, cuyos partos debían encontrarse entre los años 1988-2014. Esta recopilación de datos dio como resultados recién nacidos que estuvieron más expuestos a esta patología y que pasaron más tiempo hospitalizados con diagnósticos de morbilidad endocrina.

El segundo estudio fue de Torres RM. y cols. (28), el cual tenía por objetivo la evaluación de una dieta con 52% de hidratos de carbono, así como el impacto de esta en el control de la diabetes gestacional; esto mediante un estudio de tipo analítico y longitudinal que se efectuó a 31 pacientes entre los años 2005-2006 a partir de la semana 24-26 de gestación. Como resultado se observó que, se pasó de un 14% de usuarias que seguían la dieta recomendada de forma inicial a un 65% de participantes adherentes a su dieta, generando un mayor apego a la ingestión energética y macronutrientes, lo que hizo que disminuyeran los fetos macrosómicos y que aumentaran los partos normales. Asimismo, permitió una ganancia materna de peso adecuada según las recomendaciones, y mejoró las concentraciones de glucosa en sangre y hemoglobina glucosilada, enfatizando así la importancia de una buena adherencia al plan alimenticio.

Frente a la encuesta de empoderamiento, el 100% de las gestantes encuestadas se consideran empoderadas respecto a las preguntas analizadas, puesto que cumplen con el conocimiento para satisfacer el cuidado y los objetivos del tratamiento para su DG. Por otro lado, se logra observar que en algunas preguntas existe un porcentaje menor de mujeres gestantes que, de acuerdo con sus respuestas, pudiesen poner en riesgo el tener un buen empoderamiento frente al tratamiento, dado que se observa que hay mujeres que no son conscientes sobre el cuidado de su condición, lo que puede llevar a que se mantengan insatisfechas durante el transcurso de su enfermedad. También se presenta el hecho de que no se sintieran capaces de desarrollar los objetivos que ayudan a su cuidado, lo que se considera fundamental para presentar un empoderamiento en la patología. Además, se logró observar que hay gestantes que se mantienen con un estrés constante por no saber cómo sobrellevar la diabetes. Se incluye también que, algunas mujeres no presentaron el apoyo adecuado para continuar como corresponde el tratamiento. Con todo lo anterior, hay gestantes que corren el riesgo de perder la motivación frente al tratamiento, generando consigo una pérdida de la continuidad de éste y exponiéndose a una descompensación causada por la diabetes, arriesgando la salud tanto de la mujer gestante como la del feto durante y después del embarazo.

Por otra parte, se logró inferir algunas acciones tomadas gracias a las respuestas obtenidas en la encuesta de empoderamiento que podrían dar lugar acciones propias, ya que, algunas preguntas se centraban en el actuar de la usuaria frente al cuidado de su patología, y mostraba que las gestantes son capaces de enfrentar los obstáculos que se les presentaban en el transcurso del tratamiento, aceptar ayuda cuando es necesario y plantearse objetivos a futuro, permitiendo mejorar su salud actual y a largo plazo.

Como dice March C. (29) un usuario de la salud que se encuentra empoderado es capaz de tomar decisiones, puede satisfacer sus necesidades personales, resolver problemas pensando de forma crítica, manteniendo así estabilidad en su vida y salud, esto por medio de la información y el conocimiento que le permiten comprender su enfermedad y

tratamiento generando así que pueda llevarlo a cabo. Lamentablemente no se encontraron estudios similares que midieran el empoderamiento en diabetes gestacional con los cuales comparar los resultados obtenidos.

Existe también un estudio en el que se estableció que la adherencia con relación a recomendaciones dietéticas suele ser menor que la adherencia al tratamiento médico, siendo la falta de motivación una barrera importante. De acuerdo con esto, se plantea asimismo que la medición de la adherencia en particular debería abordar diferentes áreas, combinando metodologías, tomando en cuenta factores de tipo psicosocial, motivacional, de barrera y de autoeficacia, los cuales pueden tener un efecto en la adherencia de la usuaria en el tratamiento. Teniendo en cuenta que algunos de estos se evalúan en torno al empoderamiento, factores como las redes de apoyo y la percepción emocional de las usuarias respecto a su tratamiento, se pudo observar que no tiene un impacto mayor en la adherencia, debido a que las usuarias indicaron tener plena conciencia de lo que las ayuda a sobrellevar esta patología, así como tener apoyo en situaciones de dificultad y aún con esto no encontrarse adheridas.

En relación con la motivación mencionada anteriormente, también se evaluó este aspecto como parte del empoderamiento, y aunque en su mayoría las usuarias refieren conocer maneras de mantenerse motivadas y cumplir con los objetivos que se propusieron, esta no tiene un efecto relevante en la adherencia que ellas presentan; incluso muchas no son capaces de respetar las recomendaciones dietéticas que les fueron establecidas, aspecto fundamental en su tratamiento.

A pesar de que los cuestionarios empleados en el curso de la investigación fueron aplicados de manera independiente, se abordan ciertas áreas que muestran interrelaciones según estudios previos. En el caso del cuestionario de adherencia, aunque se enfoca principalmente en el manejo de la dieta y ejercicio físico de la usuaria en cuestión, no se considera en el puntaje para determinar la adherencia de las gestantes encuestadas. Por

otro lado, en el cuestionario de empoderamiento se exploraron factores cruciales, como el apoyo social, la autoeficacia, la insatisfacción, el estrés, entre otros.

En un estudio previo (4) se observó que la autoeficacia y el apoyo social estaban correlacionados de forma positiva con la adherencia que presentan las gestantes a las recomendaciones médicas en pacientes con diabetes. También la autoeficacia se asocia particularmente con una mejor adherencia a las pautas dietéticas y actividad física.

Específicamente, se ha descrito en la literatura (30, 31) que factores como la insatisfacción con la gestión de la enfermedad, junto con el estrés, pueden influir en la percepción de empoderamiento, estableciendo que el manejo efectivo de estos aspectos psicosociales se relaciona con una mayor sensación de control y empoderamiento en la autogestión de la patología.

Lamentablemente, conforme a los resultados obtenidos en la presente investigación no es posible establecer de manera concluyente una relación clara entre estos factores mencionados ni el impacto que tienen, para indicar cómo influyen estos en el desarrollo de empoderamiento y adherencia al tratamiento de la DG. Este hecho se atribuye a que la totalidad de la muestra de usuarias encuestadas presentan empoderamiento (100%), mientras que de la misma población encuestada se obtuvo un resultado diferente respecto a la adherencia, ya que, un porcentaje de estas estaban adheridas mientras que el otro no, dándonos resultados inciertos al respecto.

En relación al estudio de estrategia terapéutica en el paciente diabético (3), se establece que el empoderamiento del paciente puede facilitar la adherencia, lo cual difiere según los resultados obtenidos de las dos encuestas efectuadas en la investigación, donde es coherente señalar que las variables no presentaron relación entre sí, puesto que, por un lado, se logró apreciar que del total de la población entrevistada, una parte se encuentra adherida a su tratamiento, tomando en cuenta el score de corte que nos da que solo 14 (42,42%) de las usuarias estaban adheridas a este, mientras que, guiándonos por la encuesta de empoderamiento y considerando el puntaje de corte requerido para establecer

que una usuaria estaba empoderada, se obtuvo que el 100% de las encuestadas lo estaba frente a su enfermedad. Por lo tanto, podemos identificar en el estudio que, a pesar de que el total de las usuarias estaba empoderada, esto no estaba directa o indirectamente relacionado con la adherencia al tratamiento de estas, y, en consecuencia, lo que sugiere que ninguna de las variables tiene un efecto relevante en la otra.

Dentro de las limitaciones que presentó esta investigación se encuentran, como primera instancia, la barrera idiomática de algunas usuarias, en su mayoría de origen haitiano, puesto que resultaba mucho más difícil acceder a ellas. Además, solo se pudo obtener acceso a usuarias para llevar a cabo la investigación en un Hospital de Alto Riesgo perteneciente al Valle de Aconcagua, ya que, a pesar de que en un principio se tenía la intención de trabajar con dos hospitales, desafortunadamente solo se recibió respuesta a la solicitud efectuada por parte de uno, estableciendo una población objetivo menor.

También es importante mencionar que, durante la investigación, se presentaron dificultades asociadas a la escasez de literatura bibliográfica, respecto a información referente a adherencia y empoderamiento en gestantes con diabetes gestacional, además de que la mayoría de los documentos utilizados se encontraban en otro idioma; por lo general, en inglés. Por último, el presente estudio solo evaluó la adherencia según el plan alimenticio y su cumplimiento, por lo que no se consideró los controles de glucemia, adherencia a los controles, tratamientos con insulinas, factores motivacionales, psicosociales y de barrera que pueden influir.

Por otra parte, entre las fortalezas, se destaca la buena disposición de las gestantes participantes de la investigación, como del personal de salud presente en el área del Policlínico de Ginecología, incluyendo a doctores, matronas, técnicos en enfermería, etc.

Además, se contó con la constante retroalimentación y apoyo de expertos de la Universidad de Valparaíso en el área de análisis, facilitando de esta forma, el desarrollo del estudio y acceso expedito para lograr llegar a la población objetivo y las encuestas necesarias para llevarlo a cabo. Finalmente, la organización del equipo de investigadores fue fundamental

para lograr la realización de las encuestas dentro del plazo propuesto, logrando así reunir la cantidad de encuestas necesarias para la muestra.

Se proyecta que esta investigación sea una base para futuros estudios sobre esta área, considerando que existe una mayor prevalencia de factores de riesgo en la población, como lo son la relación entre DG y el aumento de la edad en la que una mujer queda embarazada; teniendo en cuenta también la mayor postergación de la maternidad (fecundidad tardía), la falta de estilos de vida saludables, entre otros factores.

Considerando que en este estudio se presenta la perspectiva de las usuarias sobre el sistema de salud desde a perspectiva de las personas que viven con una enfermedad crónica del embarazo, es importante que se siga estudiando el área abordada, eventualmente a nivel regional y/o nacional con el fin de tener un alcance mayor en términos de población. Además, con los resultados de esta investigación se busca poder entregar más recursos a lo que son las estrategias de adherencia y empoderamiento, ambas utilizadas con el objetivo de concientizar a la población respecto a la importancia de los tratamientos en el área de la salud y para, idealmente, respaldar intervenciones educativas y de promoción en salud en torno a estos términos.

La diabetes gestacional puede ser una experiencia emocionalmente angustiada para la mayoría de las mujeres. En un estudio (32) realizado en embarazadas que presentaban la patología, y en el que se indagaba acerca de las experiencias relacionadas a la patología y el cuidado de esta, las gestantes describieron sentirse valoradas solo con el objetivo de producir un recién nacido sano, y que, de no cumplir con los comportamientos requeridos para lograrlo, se sentían de cierta forma, castigadas; esto tuvo un impacto negativo en la salud psicológica y física de las mujeres, a largo plazo. Dado lo anterior, se establece la necesidad de reorientar a las gestantes con el objetivo de generar una instancia en que estas puedan ser capaces de tener un empoderamiento y adherencia óptimos en su tratamiento y así mejorar la experiencia en el embarazo, garantizando de esta forma, que las mujeres estén comprometidas y atentas a su propia salud. Es muy importante enfatizar

en este punto la relevancia que tiene el que los profesionales prioricen no solo la salud del niño, sino también la de las usuarias, influyendo positivamente en que estas características se potencien. Además, es fundamental hacer un análisis crítico respecto a los métodos con que se evalúan estas dos variables, puesto que, si bien se analizan factores necesarios, ya sea en la encuesta de adherencia como en la de empoderamiento, no se interioriza a profundidad sobre determinantes que tienen una alta influencia en los resultados; con esto hacemos referencia a los ámbitos psicosocial, motivacional, entre otros. Se hace necesaria la integración de estos para el abordaje de las gestantes y también en la realización de otros estudios.

5.2. Conclusiones

Es importante establecer que, aspectos como la alimentación adecuada, la actividad física, las redes de apoyo y la adquisición de conocimientos acerca del por qué y para qué es

importante respetar la dieta, son fundamentales a la hora de evitar el desarrollo de complicaciones durante y después de la gestación, en especial si dicho embarazo cursa con patologías como la diabetes gestacional.

En la actualidad, es bastante frecuente que las gestantes desarrollen DG, instancia que demanda el cumplimiento de dietas y estilos de vida acordes para la regulación de la morbilidad, junto con controles periódicos en la unidad de policlínico de alto riesgo obstétrico (PARO/ARO), nutricionista, entre otros.

En este contexto, el objetivo de esta investigación se centró en evaluar el grado de empoderamiento que obtenían las gestantes frente a su diagnóstico de diabetes gestacional y la adherencia al tratamiento entregado, basándonos en la experiencia de la usuaria con su tratamiento hasta el momento. De los resultados obtenidos en esta investigación, es posible concluir que, si bien se aprecia un buen nivel de empoderamiento en las usuarias, no se puede decir lo mismo de la adherencia, sobre todo en las mujeres de mayor edad, que mencionaron tener más dificultades para el seguimiento del plan de alimentación. Esto y la falta de actividad física fueron los principales indicadores que nos llevaron a establecer la falencia que había en cuanto a esta variable; por lo que no existe un grado de relación directa entre empoderamiento y adherencia, es decir, un buen empoderamiento no asegura una buena adherencia al tratamiento adscrito.

De acuerdo con estos datos, hay que recalcar que es de suma relevancia evaluar en un futuro los factores que colaboran con el desarrollo de una buena adherencia en las usuarias frente a la DG, como pueden ser la importancia que le dan a los tratamientos y/o cambios en su estilo de vida, la voluntad de hacer cambios significativos en su alimentación o la disposición de dar tiempo de su día a ejercitarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva C, Martínez ML. Empoderamiento: Proceso, nivel y contexto. Psykhe, Santiago de Chile [Internet]. 2004 [citado el 24 de enero de 2024];13(2):29–39. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07182228200400020003

2. Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2016 [consultado el 10 de diciembre de 2022];50(4):667–74. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6Wq35FprvvvLWTCGDy3QBKD/?lang=en>
3. Maury-Mena SC, Marín-Escobar JC, Mendoza-Charris H, et al. Factores de riesgo psicosocial asociados con la diabetes mellitus gestacional. Revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2023 [Consultado el 10 de diciembre de 2023];88(3):167–82. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262023000300167&script=sci_arttext
4. Sabaté E, World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. [Consultado el 10 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=B085041C159AFD4BF74270A8A6A843EF?sequence=1>
5. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Medicina.uc.cl. 13va edición 2022 [Consultado el 10 de mayo de 2023]. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf
6. Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile, Guía Perinatal [Internet]. Minsal.cl: 1ra edición y publicación 2015 [Consultado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
7. MINSAL. EMPA [Internet] minsal.cl [consultado el 21 de enero de 2024]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/empa>

8. MINSAL. Examen Medicina Preventiva [Internet] minsal.cl [consultado el 21 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/examen-medicina-preventiva/>
9. MINSAL. Diabetes Mellitus Tipo 2 [Internet] minsal.cl [Consultado el 10 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/7>
10. Lesmes A., Roa J, et al. Emergencias en ginecoobstetricia y reanimación avanzada obstétrica [Internet]. Santiago de Cali, Colombia: Quintero L.; 2014 [Consultado el 21 de enero de 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.salamandra.edu.co/MATERIAL%20ACADEMICO/Emergencias%20en%20Ginecobstetricia%20y%20Reanimaci%20Avanzada%20Obst%20trica.pdf>
11. MINSAL Gobierno de Chile, Departamento Enfermedades no Transmisibles, Departamento Ciclo Vital. Guía Diabetes y Embarazo [Internet]. Minsal.cl: María Cristina Escobar Fritzsche; 2014 [consultado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/GUIA-DIABETES-Y-EMBARAZO_web-14-11-2014.pdf
12. Tapia J, González A. Neonatología - 4 edición. Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 2018.
13. Dysart K. Hiperbilirrubinemia neonatal [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2021 [Consultado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hiperbilirrubinemia-neonatal>
14. Vuralli D. Hipocalcemia en el período neonatal y la infancia [Internet]. Intramed.net; 17 de noviembre de 2019 [Consultado el 10 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=95109>
15. Gomella T, Eyal F, Bany-Mohammed F. Trastornos del magnesio (hipomagnesemia, hipermagnesemia) [Internet]. 8e ed. McGraw-Hill Education; 2020 [consultado el 10

- de diciembre de 2022]. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2928§ionid=249583416>
16. Centers for Disease Control and Prevention. Diabetes gestacional y embarazo [Internet]. Cdc.gov. 2020 [consultado el 19 de abril de 2023]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/diabetes-gestational.html>
 17. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care [Internet]. 2000 [consultado el 25 de abril de 2023];26(5):1641–2. Disponible en:
<https://diabetesjournals.org/care/article/23/7/943/23875/The-summary-of-diabetes-self-care-activities>
 18. Vega G, Ávila J, Vega A, et al. Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. European Scientific Journal [Internet]. mayo de 2014 [Consultado el 10 de mayo de 2023];10(15):523–5. Disponible en:
<https://core.ac.uk/reader/236413540>
 19. Gallo-Galán LM, Gallo-Vallejo MÁ, Gallo-Vallejo JL. Recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías prácticas clínicas. Atención Primaria [Internet]. 2023 [Consultado el 10 de diciembre de 2023]; 55(3): 102553. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722002736?via%3Dihub>
 20. Anderson R, Fitzgerald J, Gruppen L, et al. The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF). Diabetes Care [Internet]. 2003 [consultado el 25 de abril de 2023];26(5):1641–2. Disponible en:
<https://diabetesjournals.org/care/article/26/5/1641/24519/The-Diabetes-Empowerment-Scale-Short-Form-DES-SF>
 21. Anderson RM, Funnell MM, Nwankwo R, et al. Evaluation of a problem-based, culturally specific, patient education program for African Americans with diabetes.

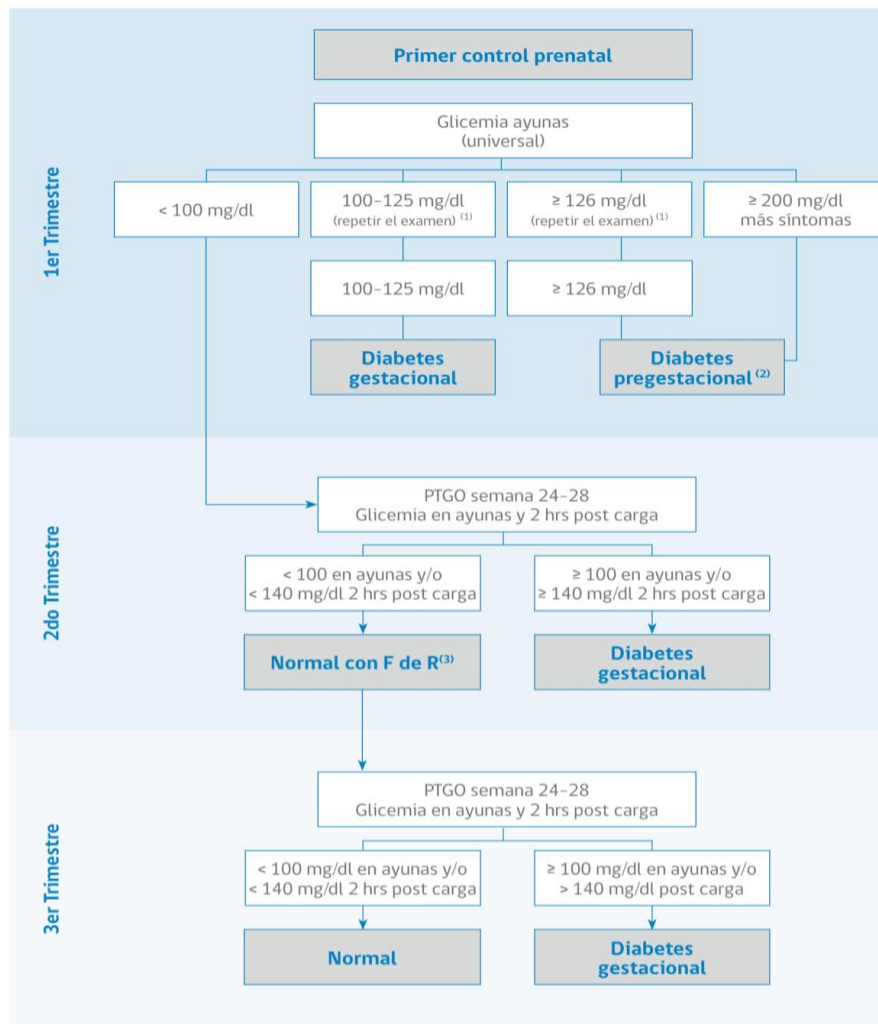
- Diabetes 50(Suppl. 2) [Internet]:2005 [Consultado el 25 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7508502_Evaluating_a_problem-based_empowerment_program_for_African_Americans_with_diabetes_Results_of_a_randomized_controlled_trial
22. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, et al. The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* [Internet]. 2000 [Consultado el 28 de abril de 2023];23(6):739–43; Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/23/6/739/22020/The-Diabetes-Empowerment-Scale-a-measure-of>
23. López JF. Estadística descriptiva [Internet]. *Economipedia*; 2019 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/estadistica-descriptiva.html>
24. Ortega C. Estadística descriptiva: Qué es, objetivo, tipos y ejemplos [Internet]. *QuestionPro*. 2021 [Consultado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/estadistica-descriptiva/>
25. Roig AE, Bertomeu PF, González EL, et al. Elaboración y validación de un cuestionario para la valoración de proyectos de aprendizaje-servicio. *Rev Mex Investig Educ* [Internet]. 2016 [Consultado el 30 de noviembre de 2023];21(70):929-49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5694177>
26. Balas-Nakash M, Rodríguez-Cano A, Muñoz-Manrique C, et al. Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutricia en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico. *Rev Invest Clin* [Internet] 2010 [Consultado el 30 de noviembre de 2023];62(3):235-243. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn103g.pdf>
27. Abokaf H, Shoham-Vardi I, Sergienko R, et al. In utero exposure to gestational diabetes mellitus and long-term endocrine morbidity of the offspring. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2018 [Consultado el 10 de diciembre de 2023];144:231–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2018.09.003>

28. Torres RM, Citlaly C, Aguirre R, et al. Influencia de una dieta individualizada en el control de la diabetes mellitus gestacional. *Ginecol Obstet Mex* [Internet] 2008 [Consultado el 11 de diciembre de 2023];76(12):722-29. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0812e.pdf>
29. March Cerdà JC. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015 [Consultado el 10 de diciembre de 2023];30(1):1–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-pacientes-empoderados-una-mayor-confianza-S1134282X15000056>
30. Balcázar-Nava P, Gurrola-Peña GM, Moysén-Chimal A, et al. Análisis de las propiedades psicométricas de la diabetes empowerment scale (des-If-s) en español. *Duazary* [Internet]. 2016 [Consultado el 10 de diciembre de 2023];13(2):95-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5121/512164587004/html/>
31. Sánchez FBR, Cánovas JS, Carmona JM, et al. Estrategia terapéutica en el paciente diabético (I). Empoderamiento del paciente y formación. Objetivos terapéuticos. Estilo de vida, alimentación, vacunación y consejos al paciente diabético. *Medicine* [Internet]. 2020 [Consultado el 10 de diciembre de 2023];13(17):943–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220302250>
32. Parsons J, Sparrow K, Ismail K, et al. Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [Consultado el 10 de diciembre de 2023];18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1657-9>

ANEXOS

Anexo 1: Flujograma de detección y diagnóstico en el embarazo

Flujograma: Detección y diagnóstico de diabetes en el embarazo



⁽¹⁾ Opcional: Solicitar HbA1C junto con el 2º examen de glicemia y/o PTGO.

⁽²⁾ Toda diabetes diagnosticada en 1º trimestre se considera DPG.

⁽³⁾ Factores de riesgo de DG (Tabla x).

1

Fuente: Guía Perinatal 2015

⁴ Fuente: Guía Perinatal 2015.

Anexo 2: Instrumento/s de recolección de datos

Anexo. Cuestionario adherencia al tratamiento.			
Dieta	Nivel de comprensión	Aplica	Observaciones
1.- En los últimos 7 días, ¿cuántos días siguió el plan de alimentación recomendado? 0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	Sí____ NO____	
2.- En los últimos 7 días, ¿cuántos días se saltó alguna comida y/o colación? 0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	Sí____ NO____	
3.- En los últimos 7 días, ¿cuántos días respetó cantidad de comida recomendada? 0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	Sí____ NO____	
4.- En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió alimentos altos en grasa (queso, embutidos, pan	0 1 2 3 4 5 6 7	Sí____ NO____	

<p>dulce, alimentos fritos) y/o productos lácteos enteros?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>			
<p>5.- ¿En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió solamente los alimentos indicados en la lista? (Junto con la pregunta 8 vale 1 punto)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>SÍ___ NO___</p>	
<p>6.- Muchas veces las personas consumen algunos alimentos que no están indicados en su plan de alimentación. En los últimos 7 días, ¿cuántos días consumió azúcares concentrados o almidones (refrescos, azúcar, miel, mermelada, chocolate en polvo, bebida azucarada, jugos, pan blanco, plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía, etc.)?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>SÍ___ NO___</p>	

<p>7.- De la siguiente lista de alimentos: Pomelo, cereza, tomate, nueces, porotos, vegetales verdes como lechuga, acelga, espinaca, zumo de limón, leche entera, leche descremada, leche de avena, leche de almendra, yogurt, aceite de oliva, huevo, carnes, champiñones, moras, cerezas, fresas, mandarinas ¿consumió alguno el día de ayer?</p> <p>SÍ___ NO___</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>SÍ___ NO___</p>	
<p>8.- ¿Con qué frecuencia usted consume alimentos como azúcar, miel, mermelada, chocolate, bebida azucarada, jugos, pan blanco (hallulla, colisa, marraqueta, baguette, pan amasado o cualquier otro tipo de pan blanco), plátano, papa, choclo, zanahoria, betarraga, mango, piña, sandía?</p> <ul style="list-style-type: none"> . 2 o más veces en un día . Una vez al día . 3-5 días a la semana . 1 -2 días a la semana 	<p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>SÍ___ NO___</p>	

<ul style="list-style-type: none"> . 3-5 veces al mes . 1 a 2 veces al mes . No los consumo 			
Ejercicio	Nivel de comprensión	Aplica	Observaciones
9.- Considerando la última semana, ¿cuántos días ha practicado al menos 30 min de actividad física? (Se refiere al total de minutos de actividad continua, incluyendo la caminata) 0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	Sí___ NO___	
10.- Considerando la última semana, ¿cuántos días participó en alguna sesión de ejercicio específica (como nadar, caminar, andar en bicicleta, etc.), diferente a lo que hace en la casa o como parte	0 1 2 3 4 5 6 7	Sí___ NO___	²

Fuente: Jorge Pozo et al. Efectividad de la terapia de dieta y ejercicio en pacientes diabéticas gestacionales tratadas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital de San Camilo, San Felipe. (Ver anexo 3).

de su trabajo? 1 2 3 4 5 6 7	0			
---------------------------------	---	--	--	--

Encuesta de Empoderamiento

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutral	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En general, yo creo que...					
Sé con qué parte(s) del cuidado de mi diabetes estoy insatisfecho/a.					
Soy capaz de poner mis objetivos para cuidar mi diabetes en un plan realizable.					
Puedo probar diferentes formas de superar los obstáculos para lograr mis objetivos de cuidado de mi diabetes.					
Puedo encontrar maneras de sentirme mejor aunque tenga diabetes.					
Conozco las formas positivas de sobrellevar el estrés relacionado con mi diabetes.					
Puedo pedir ayuda y apoyo para mí y para cuidar mi diabetes cuando lo necesito.					
Sé lo que me ayuda a mantenerme motivado/a para cuidar mi diabetes					
Me conozco suficiente como persona para tomar decisiones adecuadas para mí sobre el cuidado de mi diabetes					

²⁰ Fuente: Anderson R, Fitzgerald J, Gruppen L, et al. The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF). Diabetes Care [Internet]. 2003 [consultado el 25 de abril de 2023];26(5):1641–2. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/26/5/1641/24519/The-Diabetes-Empowerment-Scale-Short-Form-DES-SF>

Anexo 3: Estudio base de obtención de la Encuesta de Adherencia



Efectividad de la terapia de Dieta y Ejercicio en pacientes diabéticas gestacionales tratadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de San Camilo, San Felipe



Jorge Pozo T.¹, Danitza Contreras S.¹, Nette Zamalloa C.¹, Italo Vaccarezza P.²
 Filiación: 1.-Universidad de Valparaíso, Escuela de Medicina, Campus San Felipe, Chile.
 2.- Hospital de San Camilo, San Felipe, Chile.

Summary
Introducción: La diabetes gestacional se ha convertido en un importante problema de salud, siendo el abordaje inicial la terapia con dieta y ejercicio. Este estudio evalúa si la práctica de esta terapia durante dos semanas logra controlar los niveles de glucemia en diabéticas gestacionales. **Metodología:** Investigación de tipo cuantitativa, observacional, cohorte, longitudinal y retrospectiva. El estudio tiene un número de 27 pacientes atendidas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital San Camilo (HOSCA), San Felipe, Chile. Durante el periodo septiembre-diciembre del 2018, las pacientes participantes se dividieron en un grupo adherente y otro no adherente a la terapia. Los datos fueron recolectados de las fichas clínicas de las pacientes, tomando los niveles de glucemia antes y después del tratamiento. Además, a cada paciente se le aplicó un cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento. Los datos obtenidos fueron procesados mediante métodos estadísticos descriptivos. **Resultados:** Los valores de glucemia de las pacientes sometidas a terapia disminuyeron desde un valor promedio de 152,57 mg/dL a uno de 102,28 mg/dL, el promedio de la glucemia no alcanzó la euglicemia. La adherencia al tratamiento no farmacológico por las diabéticas gestacionales fue de 57% y mientras que un 43% fue no adherente. **Conclusiones:** Los resultados observados en el grupo estudiado sugieren que la terapia de dieta y ejercicio durante 2 semanas no es efectivo para alcanzar la euglicemia en las diabéticas gestacionales, aun cuando su correcta adherencia permite disminuir la brecha hacia los valores normales.

Introducción
 La diabetes gestacional es conocida como la intolerancia a la glucosa de gravedad variable con inicio o primer reconocimiento durante la gestación y se está instalando como una complicación común en el embarazo, con una prevalencia mundial de 17,8%, mientras que en Chile existe una prevalencia del 1,3% de diabéticas en el embarazo, de los cuales el 66,8% corresponde a diabetes gestacional, he aquí la relevancia del tema. Para su diagnóstico se realiza una Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO) entre las semanas 24 y 28 de gestación a toda embarazada con una glucemia normal en el tercer trimestre de embarazo; si la glucemia en ayunas es ≥ 2 a 100 mg/dL o a las 2 horas post-carga es ≥ 140 mg/dL, se hace el diagnóstico de DG. El tratamiento inicial consiste en una terapia no farmacológica con dieta y ejercicio. Así mismo, es importante mencionar también que la adherencia al tratamiento juega un rol importante en el cumplimiento de la terapia. En consideración con lo anteriormente mencionado, es de la mayor importancia verificar y contrastar con resultados de otros autores si el tratamiento de dieta y ejercicio durante 2 semanas es una terapia efectiva para alcanzar los niveles de glucosa considerados como normales en las diabéticas gestacionales atendidas en la Unidad de ARO del HOSCA, San Felipe durante el año 2018.

Hipótesis:
 La práctica de un protocolo de Dieta y Ejercicio durante 2 semanas es efectiva en restablecer la glucemia a valores normales en mujeres diabéticas gestacionales atendidas en la Unidad de ARO del HOSCA, en San Felipe.

Objetivo:
 Evaluar si la práctica de un protocolo de Dieta y Ejercicio durante 2 semanas son efectivas en restablecer la glucemia a valores normales en mujeres diabéticas gestacionales atendidas en la Unidad de ARO del HOSCA, en San Felipe durante el año 2018.

Métodos
 El diseño del estudio es de tipo cuantitativa, observacional, cohorte, longitudinal y retrospectivo. El estudio incluyó un número de 27 pacientes diabéticas gestacionales atendidas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital San Camilo (HOSCA), San Felipe, Chile, durante el periodo septiembre-diciembre del 2018. Los criterios de selección se muestran en la tabla 1. Las pacientes participantes se dividieron en un grupo adherente al tratamiento conformado por 15 pacientes y otro no adherente conformado por 12 pacientes. Los datos fueron recolectados de las fichas clínicas de las pacientes, tomando los niveles de glucemia antes y después del tratamiento con la previa firma del consentimiento informado. Además, a cada paciente se le aplicó un cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento. Luego de haber obtenido todos los datos, estos fueron procesados mediante métodos estadísticos descriptivos con una significancia estadística de $p > 0,05$.

Criterios de selección	
Inclusión	Exclusión
Embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional	1) Embarazadas con diagnóstico de diabetes tipo 1 y 2 previo al embarazo.
	2) Diabéticas derivadas a tratamiento farmacológico.
	3) Preeclampsia o síndromes hipertensivos en cualquiera de sus clasificaciones
	4) Enfermedades autoinmunes.

Tabla 1. Criterios de selección de pacientes

Tabla 2 Características generales	
Rango de Edad	%
25 a 29	29%
30 a 34	29%
35 a 39	14%
40 a 44	29%
IMC	%
18,5 a 24,9	0%
25 a 29,9	43%
30 a 34,9	29%
35 a 39,9	0%
>40	29%

Tabla 2. Características generales de las participantes del estudio.

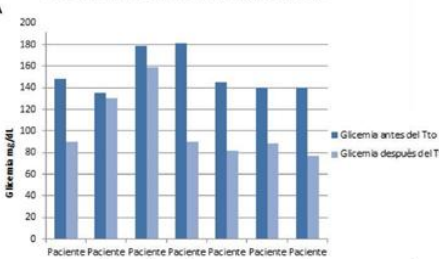


Figura 1 Valor de glucemias antes y después del tratamiento No Farmacológico en las pacientes diabéticas gestacionales, los valores fueron obtenidos de las fichas clínicas de las pacientes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital de San Camilo, San Felipe, Chile, entre el mes Septiembre -Diciembre del año 2018. Las barras azules son el valor de glucemia de la prueba de tolerancia a la glucosa (PTGO) con la cual se realizó el diagnóstico de diabetes gestacional y las barras rojas son el valor de glucemia capilar que se toma en el control en la Unidad de ARO de HOSCA, luego de dos semanas con tratamiento no farmacológico.

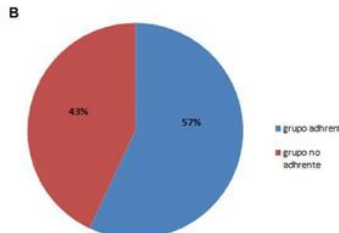


Figura 2. Frecuencia adherencia según el cuestionario de adherencia al tratamiento no farmacológico, realizado a las pacientes diabéticas gestacionales atendidas en la unidad de ARO del HOSCA, San Felipe, Chile, entre el mes Septiembre -Diciembre del año 2018 en base a 7 pacientes diabéticas gestacionales de las cuales 4 pacientes se consideraron adherentes porque obtuvieron un puntaje 27 puntos y 3 pacientes se consideraron no adherentes porque obtuvieron un puntaje 50 puntos.

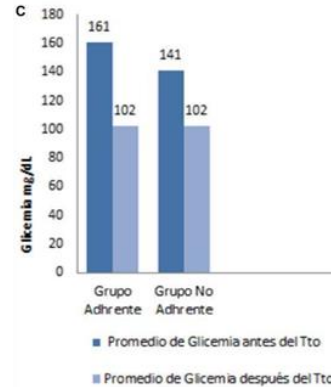


Figura 3.- Valor de glucemias antes y después del tratamiento No Farmacológico en las pacientes diabéticas gestacionales que adhiere y no adhiere al tratamiento, la adherencia al tratamiento no farmacológico fue medida con el cuestionario aplicados a las pacientes atendidas en la unidad de ARO del HOSCA, San Felipe, Chile, entre el mes Septiembre -Diciembre del año 2018. Las barras azules son el promedio de glucemia de la PTGO en las pacientes diabéticas gestacionales adherentes y no adherentes, y las barras rojas son el promedio de glucemia capilar luego de 2 semanas de tratamiento no farmacológico en las pacientes diabéticas gestacionales adherentes y no adherentes.

Resultados
 Los resultados muestran que los valores de glucemia de las pacientes diabéticas gestacionales atendidas en la unidad de ARO del HOSCA, de San Felipe que estaban siendo tratadas con dieta y ejercicio por dos semanas disminuyeron de un valor promedio de 152,57 mg/dL de glucemia a un valor de 102,28 mg/dL, siendo esta variación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) sin embargo, este valor promedio no alcanzó el valor considerado como euglicemia. De acuerdo al cuestionario, el 57 % de pacientes diabéticas gestacionales se consideraron adherentes al tratamiento no farmacológico, mientras que el 43% se consideró no adherente. En aquellas pacientes que adhirieron y no adhirieron al tratamiento no farmacológico la disminución en los promedios de glucemias no fue estadísticamente significativa.

Conclusion
 Se concluye de forma preliminar a partir de los resultados del estudio que la terapia con dieta y ejercicio por dos semanas no es suficientemente efectiva para las pacientes consideradas en el estudio, puesto que a pesar de la disminución de los niveles de glucemia, estas no alcanzan el rango considerado como normal. Sin embargo, se debe considerar las distintas limitaciones que presentó el estudio, debido a que influyeron en los resultados. Es importante considerar lo último sobre todo para las futuras investigaciones.

Referencias
 1-ANISAL Guía Diabetes y Embarazo (Guía del MINSA). Disponible en http://web.minsal.cl/registro-contenido/201511/GUIDA-DIABETES-Y-EMBARAZO_web-14-11-2014.pdf Consultado el 30 de Julio de 2017.
 2-Ballas M, Rodriguez A, Muñoz C, Valquez P, Parichat O. "Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutricional en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico". Revista de Investigación Clínica. Vol. 62, Núm.3, Mayo Junio 2010. 22 (3): 235-243.
 3-Jalil R. The role of exercise in reducing the risk of gestational diabetes mellitus in obese women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015, 28, 123-132.

Agradecimientos: a nuestro Tutor Jorge Pozo por ser un agente facilitador en la ejecución del proyecto, a las pacientes que participaron del estudio, al equipo de trabajo de la Unidad de ARO del HOSCA, De San Felipe y al Profesor Hernán Alcaíno de la Universidad de Valparaíso Campus San Felipe, por la buena disposición para ayudarnos en el análisis estadístico del estudio.

Contact: Jorge Pozo T. E-mail: jorge.pozo@uvv.cl

Anexo 4: Carta de aprobación o dispensa Comité de Ética



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
EU, IGCS/ ghc

San Felipe, 21 de Abril de 2023.

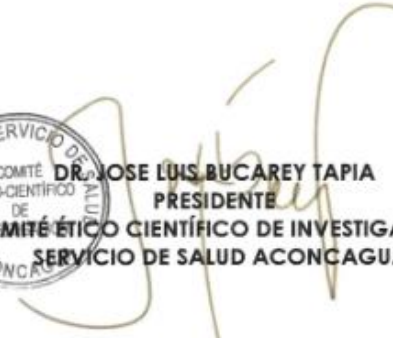

Carta-C.E.C 15/2023

Estimado:
Fabián Pardo Vásquez
Investigador Principal
Presente

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó versión 2 del estudio: **"Empoderamiento y adherencia frente al tratamiento en gestantes con diabetes gestacional"**.

En este contexto, se informa que se definió **APROBADO**, debido al cumplimiento de los aspectos científicos metodológico y éticos, revisados por este comité.

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.



DR. JOSE LUIS BUCAREY TAPIA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE INVESTIGACIÓN
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Distribución:

✓ Oficina de Partes CEC-SSA

Anexo 5: Cartas de Autorización Hospital San Camilo

SERVICIO SALUD ACONCAGUA
HOSPITAL SAN CAMILO
DIRECCION
DEPTO IAAS/CALIDAD

DE: DR RODRIGO GONZALEZ ESCOBAR
DIRECTOR HOSPITAL SAN CAMILO

A: FABIAN PARDO VASQUEZ
INVESTIGADOR PRINCIPAL

REF: Autorización para la realización de trabajos de investigación

Se informa a Ud. que el estudio denominado: "Empoderamiento y adherencia frente al tratamiento en gestantes con diabetes gestacional" ha cumplido con los requisitos exigidos para la realización de una investigación en el Hospital San Camilo.

Este estudio realiza investigación en seres humanos, por lo que requiere aprobación por CEA del SSA.

Por lo tanto y considerando los antecedentes entregados al Depto. de IAAS/Calidad, se autoriza su ejecución en el establecimiento.

Le solicitamos se contacte con el departamento de IAAS/Calidad para coordinar el inicio de la investigación.



DR. RODRIGO GONZALEZ ESCOBAR
DIRECTOR
HOSPITAL SAN CAMILO



ANDREA LORIE CASTILLO
JEFA DEPTO IAAS/ CALIDAD
HOSPITAL SAN CAMILO

SAN FELIPE, 30 de Junio de 2023

CC. Encargada RAD HOSCA
ARCHIVO
DEPTO IAAS/CALIDAD

Anexo 6: Consentimiento Informado y/o Asentimiento Informado timbrado

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO _____ /

ANEXO N° 11. C

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: "Empoderamiento y adherencia frente al tratamiento en gestantes con diabetes gestacional".

Versión N°: 1

Investigador Responsable: Fabián Pardo Vásquez.

Patrocinante: Escuela de Obstetricia y Puericultura.

Unidad Ejecutante: Carrera de Obstetricia y Puericultura Campus San Felipe.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en una investigación científica.

Tome el tiempo que estime conveniente para decidir, lea cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee al investigador o al personal del estudio que se encuentre presente.

El o los objetivos de la investigación y su duración

- Objetivo general:
 - Evaluar el grado de empoderamiento que obtienen las gestantes frente a su diagnóstico de diabetes gestacional y la adherencia al tratamiento entregado.
- Objetivos específicos:
 - Identificar las acciones que las gestantes han tomado frente al tratamiento, tanto en adherencia como en empoderamiento para controlar la diabetes gestacional.
 - Determinar el porcentaje de gestantes que presenta adherencia y/o empoderamiento frente a su tratamiento y factores que colaboran.
 - Averiguar si el nivel de adherencia es directamente proporcional al grado de empoderamiento de las usuarias respecto al tratamiento de la diabetes gestacional.
- El tiempo o duración en la cual se aplicará este proyecto es de ocho meses.

Aspectos de la atención médica a la que tiene acceso con la investigación.

- La participación de mi persona en esta investigación no me otorgará acceso a ningún tipo de atención médica puesto que el propósito de este estudio es solo la recopilación de información con respecto al tratamiento en base a mi percepción personal.

El o los procedimientos de la investigación incluyendo la participación específica del sujeto.

- La forma en el que este proyecto se llevará a cabo es a través de 2 encuestas, una extraída de un estudio de habla inglesa que fue correctamente traducida por profesionales al idioma español y la segunda que se tuvo que validar mediante un proceso de traducción por un comité bilingüe. Las preguntas efectuadas tendrán el propósito de obtener información con respecto a mi tratamiento en lo que refiere a adherencia y empoderamiento, la aplicación de esta no debería ser mayor a 30



minutos. Tendré que contestar la encuesta de 10 preguntas asociadas a la alimentación y la otra en la que sólo responden con un sí o un no.

- El propósito de esta encuesta es la recopilación de información para un posterior análisis e interpretación de resultados llegando así a una conclusión final.

El o los riesgos y eventos adversos posibles (de estar presentes, como los minimizará):

- Rechazo/miedo a ser juzgada: Podría sentirme juzgada por alguna pregunta de las encuestas, o me podría generar rechazo a la participación voluntaria del estudio. Este riesgo se puede minimizar con mi correcta educación previa sobre el estudio, y remarcando la confidencialidad de mis datos para la investigación.

Beneficios esperados para el sujeto y para la sociedad:

- El hecho de que se me informe y posea más conocimientos por la educación que obtendré de las estudiantes al finalizar la encuesta, puede ayudar a que desarrolle una reflexión frente a la adherencia o empoderamiento, influyendo en la diabetes gestacional qué curso, logrando llegar a disminuir las complicaciones en el embarazo.
- Aumentar el grado de interés por mi patología y pudiendo cambiar la conducta hacia mi tratamiento.
- Se me hará entrega de un folleto educativo, participe o no en el estudio.
- Se beneficiarán las futuras usuarias con la información pesquisada a partir de los resultados obtenidos.



Usos potenciales de los resultados.

- Generar una fuente de información para el personal de salud con el propósito final de que sean conscientes de la situación en la comuna de San Felipe en cuanto a diabetes gestacional y su tratamiento.
- Creación de futuras propuestas para la situación actual de las gestantes con diabetes gestacional con el propósito final de mejorar la salud de estas usuarias.

Garantía de acceso a la información nueva relevante.

- Podré contar con acceso a la información que se presentará en este proyecto, mis resultados y conclusiones, si es que lo estimo pertinente, esto a través del correo electrónico y número telefónico al final de este consentimiento.

Garantía de protección a la privacidad y respeto de la confidencialidad en el tratamiento de los datos personales con mención de la metodología a usar para ello

- Durante el proceso de recolección de información entregada por mi, se mantendrán en estricta confidencialidad todos los datos personales y demás que yo entregue al equipo encargado de la investigación. Acotar que, por lo demás, toda la información recopilada será enteramente anónima y recolectada en el computador de una de las integrantes en las dependencias de la carrera de

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO _____ /

Obstetricia y Puericultura en el campus San Felipe. Todo lo que se recolecte se conservará por un periodo de 3 años y será utilizado sólo con fines de aprendizaje.

Consigne que la participación es Voluntaria:

- La participación en el siguiente estudio es voluntaria, es decir, me puedo retirar en cualquier momento, sin implicar ningún tipo de riesgo para mí. Además, no se me dará compensación económica si decidiera participar.

Preguntas:

- Si tengo preguntas acerca de esta investigación científica puedo contactar o llamar a Fabián Pardo Vásquez, Investigador Responsable del estudio, al teléfono +56 9 81930967.

- Si tengo preguntas acerca de mis derechos como participante en una investigación Científica, puedo llamar a Adriana Rojas, secretaria ejecutiva del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 34-2493499 (anexo Minsal 343499) o al mail: adriana.rojasp@redsalud.gov.cl.



Declaración de consentimiento.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicación por ello.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMA

<i>Participante</i> : <i>Firma</i> <i>Fecha:</i>	<i>Investigador:</i> <i>Firma:</i> <i>Fecha:</i>
--	--

<i>Director de Institución/Testigo de fe:</i> <i>Firma:</i> <i>Fecha:</i>

Declaración de consentimiento.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicación por ello.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMA

<i>Participante:</i>
<i>Firma:</i>
<i>Fecha:</i>

<i>Investigador:</i>
<i>Firma:</i>
<i>Fecha:</i>

<i>Director de Institución/Testigo de fe:</i>
<i>Firma:</i>
<i>Fecha:</i>

Anexo 7: Folleto Informativo

Complicaciones

Complicaciones en el Recién nacido:

- o Feto grande.
- o Baja de azúcar.
- o Aumento de la bilirrubina.
- o Disminución del calcio.
- o Baja de magnesio.

Complicaciones en la madre:

- o Cesárea en las mujeres mal controladas.
- o Presión arterial alta.
- o Diabetes mellitus tipo 2, post parto.

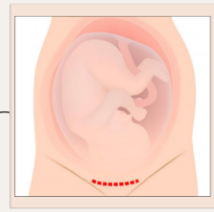
TIPS
¿Como apoyar el cuidado de su salud?

- Asistir a todos sus controles médicos.
- Cumplir y entender la dieta que se le entrega en el hospital/CESFAM.
- Ser responsable con los horarios de sus alimentos y medicaciones.
- Realizar actividad física con regularidad.

ADHERENCIA Y EMPODERAMIENTO EN DIABETES GESTACIONAL

Referencias Bibliográficas
www.simbiozia.com/empoderamiento-del-paciente
www.educainflamatoria.com/adherencia-y-seguimiento/adherencia-terapeutica

Logos: Universidad de Valparaíso CHILE, Obstetricia puericultora, Acreditada 6 Años 2017-2023



¿Qué es la diabetes gestacional?

Se refiere a cualquier grado de intolerancia a la glucosa (azúcar) que se manifiesta o se detecta durante el embarazo.



¿Qué es empoderamiento médico?

Proceso donde un individuo obtiene mayor control sobre las decisiones y acciones que influyen en su salud, debido al acceso de información, recursos y oportunidades de participar activamente en su cuidado y sanación.

¿Qué es adherencia al tratamiento?

El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, es acorde con las recomendaciones dadas por el profesional sanitario.

¿Porqué es importante el empoderamiento y la adherencia en la Diabetes gestacional?

La persona empoderada, al estar mejor informada de su situación actual, puede tomar mejores decisiones para mejorar su estado. Así mismo, una buena adherencia al tratamiento indicado va a permitir una disminución y/o regulación de la diabetes. Ambos factores influyen significativamente a impedir complicaciones que pueden resultar fatales.

