



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

MAYERLI KATHERINE RINCÓN ROMERO

Universidad Nacional de Colombia
Convenio con Universidad de Santander UDES
Facultad de Enfermería
Bucaramanga, Colombia
2016

AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

MAYERLI KATHERINE RINCÓN ROMERO

Tesis o trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister de Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular

Directora:
Enf, MSc. KATYA ANYUD CORREDOR PARDO
Profesora Facultad de Enfermería

Línea de investigación
Autocuidado para la Salud Cardiovascular

Universidad Nacional de Colombia
Convenio con Universidad de Santander UDES
Facultad de Enfermería
Bucaramanga, Colombia

2016

*A Dios, por su amor eterno,
por todas las bendiciones que me ha otorgado
Especialmente por su presencia en mi vida.*

*A mi familia por ser ejemplo
de responsabilidad y apoyo incondicional.*

*A mis padres, personas que amo con todo mi corazón,
gracias por estar allí, por apoyarme a pesar de todas las dificultades,
por demostrarme con su ejemplo que la vida aun continua
y la persistencia vence la derrota.*

*A mi hermana, por ser mi cómplice de vida y apoyo incondicional,
a pesar de la distancia eres mi orgullo.*

*A mi hijo, Joaquín Alejandro
la fuente de mi motivación y amor verdadero.*

Mayerli Katherine

Agradecimientos

La investigadora expresa sus agradecimientos a la directora de tesis y docente de la Universidad Nacional de Colombia, Katya Anyud Corredor por su paciencia, por su dedicación y por ofrecer la oportunidad de aprender y consolidar una de las metas más importante para la vida profesional.

A la profesora Viviana Céspedes por sus palabras de motivación y por su acompañamiento en este proceso de formación

A Claudia Torres Contreras por su amistad, sus conocimientos, apoyo valiosos, sin la fuerza de sus palabras y su sapiencia el cumplimiento de esta meta no hubiera sido posible.

Al profesor Humberto Mayorga por su conocimiento y su apoyo en el análisis estadístico de los datos; sus enseñanzas de valor inmenso para la vida profesional.

Al Profesor Luis Carlos Orozco, en memoria de sus aportes invaluable, su incondicional asesoría y apoyo.

A la Universidad Nacional de Colombia y a la Facultad de Enfermería por ser fuente de educación con calidad.

A Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga y al Comité de Ética Institucional, quienes apoyaron a la realización de la investigación.

A los participantes, razón de ser del cuidado y la profesión de enfermería, para quienes estuvo diseñada esta investigación. A todas y cada una de las personas que hicieron posible esta meta.

Resumen

La presente investigación permitió determinar la relación entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros. El tipo de diseño fue un estudio cuantitativo descriptivo correlacional donde la muestra estuvo constituida por 178 personas, quienes fueron entrevistadas en el momento de la consulta de enfermería previo o posterior al control programado de riesgo cardiovascular. Para la caracterización sociodemográfica, funcionalidad y estado mental, se aplicó la ficha de caracterización de paciente crónico. La adherencia terapéutica se evaluó con un instrumento validado basado en la etiqueta de resultado del Nursing Outcomes Classification y se aplicó la Escala General de Autoeficacia. Con los datos obtenidos se describieron los principales hallazgos sociodemográficos, donde se muestra una media de 11.5 de años de diagnóstico de diabetes tipo 2. Los participantes del estudio en mayor proporción fueron mujeres; la media de edad para este estudio fue de 67.2 años para ambos sexos. La adherencia terapéutica se describe entre: *en ocasiones manifestada* y *con frecuencia manifestada*, con una media de 3.68. Se encontró menor adherencia a los aspectos: cumple actividades prescritas (41.6% nunca cumple), supervisa los efectos secundarios del tratamiento (64.6% nunca supervisa) y reconoce las complicaciones de ser diabético (47.2% no las reconoce). El 91% de la muestra presentó altos niveles de autoeficacia. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la autoeficacia general y la adherencia terapéutica. Se describe una relación significativa entre el cumplimiento de la actividad prescrita y la autoeficacia ($p < 0.000$).

Palabras Claves: cumplimiento de la medicación, conductas saludables, autoeficacia, diabetes mellitus tipo 2, enfermería (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

This investigation allowed us to establish the relationship between perceived general self-efficacy and therapeutic adherence in adults with type 2 diabetes mellitus attending to Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros. The design type was a quantitative, descriptive, correlational study with a sample consisting of 178 individuals, who were interviewed during nursing consultation before or after programmed cardiovascular risk control. For sociodemographic, functionality and mental state characterization, the characterization datasheet of chronic patient was applied. The therapeutic adherence was assessed by using a validated instrument based on result label of Nursing Outcomes Classification, and the General Scale of Self-Efficacy was applied. The main sociodemographic findings were described with data gathered, where a mean of 11.5 years of type 2 diabetes diagnostic were recorded. The study participants were mainly women, with a mean age of 67.2 for both genders in this study. The therapeutic adherence was described as follows: *occasionally manifested* and *frequently manifested*, with a mean of 3.68. A lower adherence to the following items were found: prescribed activities fulfillment (never fulfills, 41.6%), supervision of treatment side effects (never oversees, 64.6%) and recognizing of complications of being a diabetic (do not recognizes them, 47.2%). In 91% of the sample high levels of self-efficacy were seen. No statistically significant relationships between general self-efficacy and therapeutic adherence were found. A significant relationship between fulfillment of prescribed activity and self-efficacy was described (p 0.000).

Keywords: adherence to medication, healthy behaviors, self-efficacy, type 2 diabetes mellitus, nursing (Source: DeCS, BIREME).

Contenido

| | Pág. |
|---|------|
| 1. Marco de referencia | 19 |
| 1.1 Área problema | 19 |
| 1.2 Justificación | 23 |
| 1.2.1 Significancia social | 23 |
| 1.2.2 Significancia disciplinar | 27 |
| 1.2.3 Significancia teórica | 30 |
| 1.3 Área temática..... | 33 |
| 1.3.1 Fenómeno..... | 33 |
| 1.3.2 Línea de investigación..... | 33 |
| 1.3.3 Pregunta de investigación | 33 |
| 1.4 Objetivos..... | 33 |
| 1.4.1 Objetivo general | 33 |
| 1.4.2 Objetivos específicos..... | 34 |
| 1.5 Hipótesis de la investigación | 34 |
| 1.6 Definición de conceptos | 34 |
| 1.6.1 Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)..... | 34 |
| 1.6.2 Adherencia terapéutica..... | 35 |
| 1.6.3 Autoeficacia general percibida..... | 36 |
| 2. Marco de teórico | 37 |
| 2.1 Adherencia terapéutica en personas con DM2..... | 37 |
| 2.2 Autoeficacia en persona con DM2 | 40 |
| 2.2.1 Supuestos de la teoría de mediano rango de autoeficacia | 44 |
| 2.3 Autoeficacia y adherencia terapéutica en DM2 | 45 |
| 2.4 Desarrollo de conceptos centrales desde la crítica de las piezas de investigación seleccionadas..... | 47 |
| 3. Marco de diseño | 50 |
| 3.1 Diseño de la investigación | 50 |
| 3.1.1 Universo..... | 50 |
| 3.1.2 Población | 50 |
| 3.1.3 Muestra | 51 |
| 3.2 Fases de la investigación..... | 52 |
| 3.2.1 Recolección de los datos..... | 52 |
| 3.2.2 Consideraciones éticas | 53 |
| 3.2.3 Confidencialidad y privacidad de la información suministrada | 55 |
| 3.2.4 Operacionalización de las variables | 55 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.3 | Instrumentos de recolección de la información..... | 60 |
| 3.3.1 | Escala de autoeficacia general percibida..... | 60 |
| 3.3.2 | Encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-P | 61 |
| 3.3.3 | Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1609..... | 63 |
| 3.3.4 | Procesamiento de la información y análisis estadístico..... | 68 |
| 3.3.5 | Riesgos del diseño y sesgos de la investigación..... | 68 |
| 3.4 | Mecanismos de socialización y divulgación de los resultados | 69 |
| 3.5 | Almacenamiento de los registros..... | 70 |
| 4. | Resultados | 71 |
| 4.1 | Características sociodemográficas de la muestra del estudio | 71 |
| 4.2 | Adherencia terapéutica con la etiqueta conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1609. | 75 |
| 4.3 | Nivel de autoeficacia percibida en personas con diabetes mellitus tipo 2..... | 78 |
| 4.4 | Relación existente entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2..... | 81 |
| 4.5 | Discusión de Resultados..... | 83 |
| 4.5.1 | Variables sociodemográficas, estado cognitivo y funcionalidad | 83 |
| 4.5.2 | Relación entre Autoeficacia y Adherencia terapéutica de las personas con DM2 del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros..... | 86 |
| 4.5.3 | Proyecciones de utilidad en los escenarios de la práctica disciplinar | 90 |
| 5. | Conclusiones y recomendaciones | 91 |
| 5.1 | Conclusiones..... | 91 |
| 5.2 | Recomendaciones..... | 93 |
| 5.3 | Limitaciones del estudio | 94 |
| | Bibliografía | 96 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1. Criterios diagnósticos para DM2..... | 35 |
| Tabla 2. Síntesis de piezas investigativas que correlacionan la adherencia y la autoeficacia en DM2 | 48 |
| Tabla 3. Variables centrales del estudio..... | 56 |
| Tabla 4. Variables sociodemográficas, funcionalidad y estado cognitivo..... | 57 |
| Tabla 5. Indicadores de resultado etiqueta conducta terapéutica: enfermedad o lesión .. | 66 |
| Tabla 6. Descripción Variables Sociodemográficas de las personas con DM2..... | 72 |
| Tabla 7. Condiciones de los participantes | 74 |
| Tabla 8. Prueba de normalidad para la adherencia terapéutica | 75 |
| Tabla 9. Distribución Indicadores de resultado para Adherencia terapéutica | 76 |
| Tabla 10. Matriz de relación entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica y sus componentes..... | 83 |

Lista de gráficas

| | Pág. |
|--|------|
| Gráfico 1. Distribución Variable Autoeficacia General..... | 78 |
| Gráfico 2. Distribución del Puntaje de Autoeficacia General..... | 79 |
| Gráfico 3. Autoeficacia por Niveles..... | 80 |
| Gráfico 4. Análisis por ítems escala de autoeficacia general | 81 |

Lista de anexos

| | Pág. |
|--|------|
| Anexo A. Modelo del consentimiento informado..... | 113 |
| Anexo B. Aval Comité de Ética Universidad Nacional | 116 |
| Anexo C. Aprobación del Comité de Ética de la IPS | 117 |
| Anexo D. Autorización de la autora para uso del instrumento "Conducta Terapéutica: enfermedad o lesión" 1609 | 119 |
| Anexo E. Modelo del instrumento de recolección de datos "Conducta Terapéutica: enfermedad o lesión" 1609 | 120 |
| Anexo F. Autorización de los autores para el uso de la "Escala de Autoeficacia General" | 123 |
| Anexo G. Escala de Autoeficacia General..... | 124 |
| Anexo H. Autorización para el uso de la ficha "Caracterización de la Persona con Enfermedad Crónica" | 125 |
| Anexo I. Encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica | 126 |
| Anexo J. Presupuesto de la investigación | 129 |
| Anexo K. Cronograma de actividades | 130 |
| Anexo L. Modelo del folleto educativo | 132 |

Lista de símbolos y abreviaturas

DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2

ECV: Enfermedades Cardiovasculares

OMS: Organización Mundial de la Salud

ECV: Enfermedad Cerebrovascular

EVP: Enfermedad Vasular Periférica

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

ACV: Accidente Cerebrovascular

ECN: Enfermedad Crónica no Trasmisible

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

TIC's: Tecnologías de la Información y la Comunicación

K-S: prueba Kolmogorov-Smirnov

VSENT: Vida Saludable y Enfermedades no Transmisibles

Introducción

La autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 - DM2 son un fenómeno complejo de gran importancia para la disciplina de enfermería, porque implica el entendimiento de un problema de salud pública el cual encierra múltiples factores donde además, posee una naturaleza compleja donde los comportamientos desempeñan un rol importante. Por lo tanto, se considera a la adherencia terapéutica en personas con DM2 un problema aún no resuelto, siendo objeto de interés para los profesionales de la salud investigar sobre los factores que pueden favorecer la adherencia terapéutica.

El análisis exhaustivo de literatura científica de enfermería y de otras disciplinas sociales y de la salud, señala la influencia de factores psicosociales en la persona para ser adherente al tratamiento y a conductas orientadas al control de la DM2; es por esto que el abordaje de enfermería le ha apuntado al estudio de conceptos como la autoeficacia y la adherencia terapéutica en esta población.

Por lo tanto, la ejecución de este estudio se realiza en primera instancia a través de un acercamiento al perfil epidemiológico mundial y nacional para entender la creciente prevalencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles - ECNT del nuevo milenio, que enmarca las preocupaciones del gobierno y las entidades de salud, debido al diagnóstico y tratamiento tardío; otro aspecto es la complejidad para establecer una medida de control que permita disminuir las cifras de morbilidad y mortalidad asociada a las complicaciones.

De esta forma, en la significancia social del presente estudio se destaca la vivencia de las personas con DM2 debido al impacto en los años de vida productivos perdidos, la discapacidad que generan las complicaciones y el incremento de los costos al sistema de salud, a la familia y a la persona. Además, el aporte a la significancia disciplinar se

fundamenta en el interés para el mejoramiento de la práctica de enfermería buscando una mayor adherencia terapéutica. En la significancia teórica se destaca la importancia de estudiarla desde una perspectiva multifactorial y establecer su relación con la autoeficacia, con el propósito de fortalecer los vacíos del conocimiento para orientar futuras intervenciones de enfermería que mejoren el comportamiento adherente en las personas con DM2.

De otra parte, este estudio consta de cinco capítulos donde en el primero se presenta el marco referencial compuesto por el área temática, la justificación, el problema, la pregunta de investigación, los objetivos y los supuestos teóricos que guían el planteamiento de los fenómenos de estudio contemplados en el desarrollo del marco teórico.

El segundo capítulo aborda las bases conceptuales y teóricas que fundamentan el estudio y revisa el abordaje disciplinar de la autoeficacia y la adherencia terapéutica en el contexto de la DM2 con base en la evidencia científica.

En el tercer capítulo se presenta el marco de diseño donde se describe la estrategia para el desarrollo de la investigación, el tipo de estudio, los criterios de inclusión y exclusión poblacional, la descripción de los instrumentos, la operacionalización de variables, la definición de hipótesis y el marco de consideraciones éticas que guían los principios bioéticos de la investigación.

En el capítulo cuatro se presenta el proceso estadístico para el análisis de la información, los resultados de la investigación y la discusión que se realiza en contraste con los planteamientos teóricos del presente estudio, con fundamento en la literatura relacionada con el fenómeno.

En el quinto y último capítulo se describen las conclusiones, las limitaciones y recomendaciones del estudio, presentando los aportes puntuales y significativos al conocimiento en enfermería, así como posibles orientaciones para futuras investigaciones no sólo disciplinares, sino en general de personas con DM2 de la Institución Prestadora de Salud - IPS Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

1. Marco de referencia

1.1 Área problema

Las enfermedades responsables de más muertes en el mundo son las denominadas no transmisibles o enfermedades crónicas, las cuales ascienden anualmente a 38 millones de personas, donde el 75% (28 millones) se producen en los países de ingresos bajos y medios⁽¹⁾. Dentro de estas enfermedades se destaca la DM2 la cual es considerada la epidemia del siglo XXI y que no solo repercute sobre la calidad de vida del individuo y su familia, sino que además impacta social y económicamente a los servicios de salud y la sociedad en general⁽²⁾. La Organización Mundial de la Salud - OMS advierte que la DM2 ocupa el segundo lugar como factor de riesgo causante de muerte por Enfermedades Cardiovasculares - ECV con un 6%, precedido por la hipertensión arterial⁽³⁾ y afecta entre un 10% y 15% de la población adulta de América Latina y el Caribe⁽⁴⁾.

A nivel mundial se estima un incremento en la prevalencia de diabetes de 285 millones (6,4%) en el año 2010 a casi 439 millones (7,7%) en el año 2030; en Latinoamérica que incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos diez años, mucho más de lo esperado por el simple crecimiento poblacional⁽⁵⁾.

Colombia no es ajena a este fenómeno dado que existe una elevada morbimortalidad y carga por Enfermedades Crónicas no Transmisibles - ECNT. Según el estudio realizado por Ashner⁽⁶⁾, la prevalencia en el país de DM2 oscila entre el 4% y el 8%. El mestizaje, el envejecimiento y los factores asociados a la urbanización son los principales determinantes de la epidemia de DM2; sin embargo, se espera que ésta tenga un mayor

impacto en la medida en que los cambios del estilo de vida sigan el ejemplo de los parámetros norteamericanos⁽⁶⁾.

Un estudio desarrollado por el Instituto Nacional de Salud⁽⁷⁾ indica que las tasas de mortalidad ajustadas por género para pacientes con DM2 han reportado una disminución desde el año 2010 al 2014 para el género masculino, pero las mujeres registraron tasas de incidencia mayor para el periodo de observación: mujeres 2010 con el 17% - mujeres 2014 con el 15%; hombres 2010 con el 15% - hombres 2014 con el 13%, lo cual probablemente se asocie a la efectividad de las campañas de sensibilización hacia una tendencia en la disminución de la mortalidad.

En lo que respecta al departamento de Santander, datos preliminares del Observatorio de Salud Pública de Santander⁽⁸⁾ - OSPS y a partir del estudio factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander STEPwise–2015, señalan que de cada 100 santandereanos 6 tienen diagnóstico de DM2, siendo mayor la prevalencia de esta enfermedad en personas de 45 a 64 años; además, 9 de cada 100 atenciones realizadas en instituciones de salud a adultos mayores de 60 años fueron generadas a causa de la DM2, observándose la doble de frecuencia en mujeres. Según el Ministerio de Salud⁽⁹⁾ en el análisis de situación de salud del 2015, la prevalencia nacional de DM2 fue de 3.51% y el departamento de Santander reportó una cifra superior con el 4.5%.

Por otra parte, en la problemática de la DM2 es importante analizar que ésta tiene un comportamiento variable geográficamente, caracterizado por baja prevalencia en áreas rurales de países en vía de desarrollo como Colombia y presenta una alta prevalencia en aquellos grupos poblacionales que adoptan patrones y estilos de vida occidentales⁽¹⁰⁾. Su comienzo y su característica de presentación lenta, hace que el momento real de inicio de la enfermedad sea difícil de establecer.

Es bien sabido que existe una fase larga preclínica y que prácticamente por cada persona diagnosticada con DM2 existe otra sin diagnóstico, concluyéndose alarmantemente que la mitad de la población diabética mundial se encuentra sin diagnosticar⁽¹¹⁾. Se calcula que la población con DM2 consume entre un 4% a 15% del gasto sanitario global y que un paciente diabético consume de 2 a 6 veces más recursos directos que los individuos de similar edad y sexo con otras enfermedades crónicas, por

lo que la prevalencia de DM2 es definida como uno de los principales determinantes del coste medio anual sanitario por paciente⁽¹²⁾, además de los costes indirectos en los que se incluyen los días de baja perdidos y/o las incapacidades permanentes⁽¹³⁾.

Por lo anteriormente expuesto, la DM2 representa un problema de salud pública debido a la elevada prevalencia, el elevado coste económico, las comorbilidades que genera entre las que se destaca la enfermedad cardiovascular, afectación en la calidad de vida y disminución de la sobrevida y capacidad funcional. El estudio de Medina, Camacho y Ixehuatl⁽¹⁴⁾ determinó que la asociación entre el sobrepeso y la elevada glicemia conlleva a que 37.1% de los adultos diabéticos estén en alto riesgo de sufrir algún evento cardiovascular.

La presencia de complicaciones desde el diagnóstico inicial es un panorama preocupante, ya que entre el 16% y el 21% de los adultos con DM2 presentan retinopatía, del 12% al 23% nefropatía y del 25% al 40% neuropatía⁽¹⁵⁾, seguidas de problemas macrovasculares (enfermedades coronarias, Enfermedad Cerebrovascular - ECV, Enfermedad Arterial Periférica - EAP) que traen como desenlace muertes prematuras.

Las previsiones de la OMS estiman para el año 2030 un promedio de 366 millones de diabéticos en todo el mundo, una dimensión de auténtica epidemia con una probada existencia de un gradiente socioeconómico inversamente proporcional en la morbimortalidad de las personas con DM2, que es el doble entre los pertenecientes al nivel social más bajo respecto a los del nivel más elevado⁽¹⁶⁾; la proyección para dicho año se estima que la DM2 en el mundo sea la séptima causa de muerte⁽¹⁷⁾.

De otra parte y como otro aspecto relevante de la problemática en estudio, conforme a lo que se muestra en la literatura las personas con factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares o diagnosticadas con enfermedad crónica, presentan baja adherencia terapéutica en especial a los componentes no farmacológicos como el ejercicio, la dieta, hábitos como fumar e ingerir alcohol entre otros. De acuerdo a Velandia y Rivera⁽¹⁸⁾, la falta de adherencia se da por una interrelación de factores, entre los que se destacan los derivados de la persona, factores económicos y socioculturales; otros derivados de la

enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como los derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

En Santander estudios como el de Figueroa y Gamarra⁽¹⁹⁾ realizado en Bucaramanga determinó que la no adherencia al tratamiento sigue siendo multifactorial porque describe una prevalencia de no adherencia al tratamiento del 65.6%, donde el 68% correspondió a mujeres y el 62% en los hombres, asociada a factores clínicos como el uso inapropiado de la terapia farmacológica, no realizar la dieta prescrita y una mayor duración de la enfermedad.

Un estudio desarrollado por Hoyos, Anteaga y Muñoz⁽²⁰⁾ determinó que, desde la visión de los cuidadores familiares, la adherencia al tratamiento de las personas con DM2 es escasa, siendo múltiples los factores que influyen en ella, como: la percepción subjetiva de la enfermedad, la condición socioeconómica, la imposición de esquemas de tratamiento, la alimentación, la calidad de la atención que se presta en las instituciones de salud, entre otros.

Es así que, se evidencia la importancia de continuar investigando y de generar propuestas que modifiquen de forma favorable en perfil epidemiológico en este departamento en cuanto a la prevalencia de DM2 y se reconozca la necesidad de formular planes y estrategias a nivel nacional, regional e institucional, a partir de los hallazgos de estudios como el presente.

Esto en razón a que los aspectos mencionados hasta el momento, permiten analizar de forma crítica el perfil epidemiológico de la DM2, el cual demuestra la importancia de generar intervenciones exitosas para ser llevadas a la práctica en estas personas, para que no sólo dependan de estrategias del sector salud sino que en ellas se involucren otros sectores y programas que permitan incrementar la adherencia terapéutica a los tratamientos de largo plazo, considerando de forma significativa aspectos desde lo individual, familiar y social.

Dado que, si realmente se quiere impactar sobre la mortalidad debida a las causas descritas, se deben orientar las distintas actividades en la detección y control de los factores de riesgo modificables, tarea que requiere del esfuerzo mancomunado del sector

salud y de otros sectores, gobierno, comunidad entre otros⁽²¹⁾, que influyen en el cotidiano de las personas buscando cambios significativos y favorables para la salud de esta población.

Además y debido a que, enfermería debe liderar el desarrollo del conocimiento para atender las necesidades y hacer parte activa en la formulación de estrategias para mejorar la adherencia terapéutica de las personas con DM2, se observa la necesidad de aportar conocimiento que facilite la reducción de las cifras tan alarmantes de morbilidad (dadas por ingresos a urgencias, hospitalizaciones, re consultas a pesar de que existe un programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular de atención a pacientes con enfermedad crónica) a través del desarrollo de investigaciones como la presente dada la escasa publicación en el país que describan la relación entre los fenómenos de estudio.

Por todo lo anteriormente citado y dada la ausencia de investigaciones en las IPS de la ciudad de Bucaramanga en las cuales se identifiquen los niveles de la autoeficacia y la adherencia terapéutica y su posible relación, en personas con DM2, el presente trabajo tiene como propósito analizar si existe o no relación entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en personas con DM2 en una IPS de Bucaramanga, Santander.

1.2 Justificación

La realización se hace pertinente a partir de la valoración de la significancia social, disciplinar y teórica, las cuales se describen a continuación.

1.2.1 Significancia social

Las implicaciones que tiene el vivir con una enfermedad crónica como la DM2 son demandantes no solo para el individuo sino también para la familia, la sociedad y el sistema de salud, y por ello es necesario abordar los fenómenos de estudio a fin de contribuir en la disminución de las tasas de morbilidad en el entorno de la

Institución Prestadora de Salud - IPS Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

Esto en razón a que en Colombia se gasta en salud un promedio de US\$326 por persona con DM2 (costo directo), lo que equivale a un 4.4% de lo que se gasta en los Estados Unidos, y a un 14.3% de lo que se gasta en España⁽²²⁾. Los costos directos e indirectos se distribuyeron según el curso de la enfermedad de la siguiente manera: un 47% por el tratamiento de la diabetes (medicamentos), un 24% por enfermedades cardíacas y coronarias, un 15% por accidentes cerebrovasculares, un 9% por amputaciones, un 3% por nefropatías y un 2% por retinopatías. De manera que las complicaciones macrovasculares constituyeron el 86% de los costos directos anuales y el 95% de los indirectos⁽²³⁾.

Un estudio de Romero et. al.⁽²⁴⁾ desarrollado a partir de una revisión de los registros del sistema de información de transacciones de diferentes Entidades Promotora de Salud - EPS, y tomando los valores reales pagados por una muestra de aseguradores a pesos colombianos del año 2014, señala que una persona con DM2 y bajo tratamiento de insulina gasta en promedio (medicamento, aguja y jeringa) la suma de \$51.467.00 al mes, es decir, \$617.604.00 al año; y el costo del manejo en urgencias de un episodio de hipoglucemia es de \$731.230.00.

Con esto se confirma que la DM2 bajo inadecuados controles, conduce a graves complicaciones, a la presentación de comorbilidades y a la muerte prematura. Además que, dadas las altas cifras en el departamento respecto al consolidado nacional, como lo indicó el Ministerio de Salud⁽⁹⁾ (Colombia: 3.51% y Santander: 4.5%), a futuro se podría convertir en un problema de salud con efectos negativos a nivel social y económico que conllevan a controles y tratamientos especializados cuando se asocian a complicaciones, más aún si se considera la falta de diagnóstico en las etapas tempranas de la enfermedad.

De otra parte, estudios como los de Vargas⁽⁵⁾ y la Organización Panamericana de la Salud⁽²⁵⁾ coinciden en afirmar que las enfermedades de origen macrovascular, Enfermedad Coronaria (EC), Enfermedad Cerebrovascular (ECV) y Enfermedad Vascular Periférica (EVP) son significativamente más frecuentes en el diabético; se ha encontrado

que cerca de las dos terceras partes de los fallecimientos en diabéticos se deben a Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Insuficiencia Cardíaca Congestiva y/o ECV.

A pesar de tener a disposición una gran variedad de herramientas para hacer frente a la enfermedad con tratamientos farmacológicos eficaces disponibles en el mercado, tecnología avanzada, estrategias educativas y preventivas que cada vez son mejores, el incremento de las cifras claramente indica que se está perdiendo la batalla de proteger a las personas frente a la diabetes y sus complicaciones que producen discapacidad y riesgo para la vida⁽²⁶⁾.

El Observatorio de Diabetes de Colombia⁽²¹⁾ indica que prevalencia de DM2 en el país llega a un porcentaje cercano al 7% que representa aproximadamente 2.500.000 colombianos, cifras altamente preocupantes porque la prevalencia mundial en el 2014 según la OMS⁽¹⁷⁾ era de 4.7%, por lo que en el 2012 se decidió incluir esta enfermedad en el Plan Decenal de Salud Pública⁽²⁷⁾ (2012-2021) con el objetivo de reducir en un 25% los casos de mortalidad prematura por diabetes en pacientes entre los 30 a 70 años, en el marco de la Dimensión VII sobre Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles (VSET), con estrategias, metas e indicadores específicos.

Dentro de las estrategias se encuentra la promoción, el fomento y el monitoreo de estrategias de divulgación entre la población para disminuir la incidencia de DM2 y sus complicaciones; sin embargo y a pesar de estas políticas, es escasa la publicación en la literatura científica sobre la experiencia en programas para DM2 en Colombia y en Santander dado que, las intervenciones identificadas no se ajustan a la definición del modelo de atención.

Por lo tanto, se observa la necesidad de explorar varios escenarios para mejorar los programas existentes y construir modelos de atención de personas con DM2 a partir de hallazgos como los del presente estudio en los que se busca relacionar la autoeficacia con la adherencia terapéutica en esta población. Tales escenarios exceden la actividad clínica e involucran a pacientes, familia, aseguradores, prestadores, comunidad y tomadores de decisiones⁽²⁸⁾ para lograr la prevención y control de las ECNT en Colombia.

La mayoría de las enfermedades crónicas son controlables; sin embargo, se observa que muchos de los pacientes crónicos no se adhieren al tratamiento por razones de diversa índole que contemplan aspectos personales ya sean de tipo intrínseco o extrínseco, que influyen en el pronóstico y por ende en las posibles complicaciones que cursan con la enfermedad. Al considerar las complicaciones, estas pueden ser prevenibles si la persona con DM2 adquiere conductas de adherencia basadas en la aceptación del cambio en su estilo de vida, hacia acciones encaminadas a lograr una alimentación sana y ejercicio como pilares del cuidado de su salud desde el momento de presentar los primeros signos de alarma y/o alteraciones glicémicas⁽²⁹⁾.

Con base en lo citado anteriormente la DM2 tiene importancia para el país por aspectos como: lo crónico de la enfermedad, la presencia de complicaciones derivadas del control ineficaz de la misma, la carga de la enfermedad para el país y para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual resulta de vital importancia.

La información obtenida igualmente facilita el desarrollo de guías y estrategias de prevención y atención integral, porque la DM2 es una enfermedad que afecta la sociedad y la vida de las personas desde las dimensiones físicas, biológicas, psicológica y social. Es así como los aportes sociales con este proyecto de investigación se basan en los siguientes aspectos:

- Aportar significativamente al conocimiento disciplinar y teórico de enfermería buscando elementos para la práctica de atención de personas con DM2, ya que permitirá conocer el comportamiento de la autoeficacia y así determinar si se favorece la adherencia terapéutica en el contexto de la IPS donde se desarrolló la investigación.
- Los resultados permitirán orientar estrategias y programas a fin de proporcionar una atención integral que eleve la dignidad humana.
- La relevancia para la IPS Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros radica en describir la situación de adherencia terapéutica de las personas con MD2 vinculados en el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Cardiovascular.

- Al describir y analizar la autoeficacia general de las personas con DM2 los profesionales de salud, que laboran en la IPS, pueden contribuir a mantener o diseñar nuevas estrategias e intervenciones tendientes a prestar una mejor atención basada en la calidad y fortalecimiento de estos factores protectores, incluyendo la autoeficacia de la persona con enfermedad crónica, con la consideración de ser una enfermedad de alto costo de interés en salud pública y de gran demanda de servicios de salud especializados.

Por último, permite nuevo conocimiento en las variables sociales y psicológicas de la adherencia como la autoeficacia en las personas con DM2, aspectos que contribuyen a generar aportes en las guías de manejo a nivel institucional y de forma significativa se conviertan en un referente para el departamento de Santander.

1.2.2 Significancia disciplinar

Enfermería es una disciplina con gran avance en los últimos tiempos logrado por la construcción de nuevo conocimiento, basada en la investigación de las situaciones de su práctica profesional e identificadas desde la revisión de la teoría existente, lo que permite describir lo que se conoce y se desconoce del fenómeno de estudio para brindar cuidado a las personas sanas o enfermas dentro de su ciclo vital.

La autoeficacia y adherencia en personas con DM2 es un fenómeno de esta disciplina porque abarca las dimensiones del cuidado de enfermería, en el entendimiento de la experiencia de salud en búsqueda del bienestar de las personas que viven con una patología crónica y que se enfrentan a tratamientos para el resto de la vida. Es así que se requieren profesionales de enfermería que atiendan las respuestas humanas de los individuos, familias y comunidades en forma integral, a través de conductas promotoras de la salud que han sido relacionadas que han sido ampliamente referidas por la literatura, como lo es la actividad física prescrita, hábitos de vida (manejo del estrés, equilibrio entre actividad y reposo, tabaquismo, consumo de alcohol entre otros) y dieta saludable

Es por esto que se considera pertinente para enfermería el involucrar más aspectos psicosociales de la motivación en relación a las conductas de salud, como la

autoeficacia. De esta forma, se podrán realizar intervenciones educativas y asistenciales en las personas con DM2, que estimulen las percepciones de autoeficacia hacia su condición de salud o enfermedad; esto tendrá un importante rol en la adherencia a terapias y cuidados de enfermería.

En el marco del concepto dado por la WHO/PAHO respecto a la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”⁽²⁵⁾. De igual forma, autores como Gertler⁽³⁰⁾ relacionan aspectos motivacionales con el éxito de los tratamientos, indicando que un resultado terapéutico deseado depende la participación activa y voluntaria del paciente así como de su compromiso para generar prácticas de cuidado.

En este sentido para la disciplina de enfermería, diferentes conceptos que van desde el autocuidado y la autoeficacia, han permitido el desarrollo investigativo y disciplinar. Estos elementos son inherentes al ser humano y percibidos como un deber y un derecho consigo mismo y la sociedad. Por tanto, usarlos en la formulación de estrategias permite responder a las metas y prioridades de los planes de cuidado de enfermería, con el fin de mejorar la adherencia a los tratamientos instaurados y al reconocimiento de la necesidad de nuevos estilos de vida, como lo afirma Fleury⁽³¹⁾.

La adopción de nuevos hábitos involucra el constructo de autoeficacia, el cual fue definido por Bandura como "la creencia de que una persona es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados"⁽³²⁾. Por tanto, se afirma que una persona con alta percepción de autoeficacia, tendrá a favor el generar conductas que fomenten su salud.

Igualmente se señala que la autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social, para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje; este concepto ha sido adaptado a la psicología y a la enfermería como un importante predictor de conductas de salud⁽³³⁾. Por lo anterior, la autoeficacia juega un papel esencial cuando se exponen los esfuerzos para el cumplimiento de los tratamientos instaurados en las estrategias y/o actividades que se planeen con la persona con DM2.

Los estudios de investigación evidencian la relación y la importancia de la intervención de los procesos cognitivos del paciente con en el cumplimiento del tratamiento instaurado; la autoeficacia es una creencia que afecta a la adherencia, especialmente en aquellos tratamientos de personas con enfermedad crónica, en los que es preciso que éste exponga habilidades o destrezas en la práctica de control de su enfermedad, ya que es necesario el inicio y el mantenimiento de la conducta adherente⁽²⁸⁾.

Otra teoría que en el presente estudio se aborda es la de mediano rango propuesta por Resnick, citada por Peterson y Bredow⁽³⁴⁾, la cual permite contrastar el núcleo de la teoría de la autoeficacia fundamentada en la suposición de que las personas pueden tener influencia sobre lo que hacen, a través del pensamiento reflexivo, uso generativo de conocimientos y habilidades para llevar a cabo un comportamiento específico, es decir, que una persona puede decidir cómo comportarse.

Para determinar la autoeficacia un individuo debe tener la oportunidad de desarrollar una autoevaluación y la capacidad de comparar sus resultados con algún tipo de criterio evaluativo, este proceso comparativo permite a un individuo juzgar su capacidad de rendimiento y así mismo establecer las expectativas de autoeficacia⁽³⁵⁾.

La teoría de rango medio de autoeficacia consta de dos componentes: expectativas de autoeficacia que son los juicios acerca de la capacidad personal para realizar una tarea determinada; y las expectativas de resultados que son los juicios sobre lo que sucederá si se lleva a cabo con éxito una tarea determinada⁽³⁴⁾.

Desde los elementos, expectativas de resultados y expectativas de autoeficacia, se pueden orientar intervenciones exitosas que le aporten a las personas con DM2 para modificar conductas negativas, y que éstas perduren en el tiempo, por ejemplo el hábito de realizar actividad física, dado que al observar cambios positivos, control de la enfermedad y menor impacto de complicaciones de la DM2, se satisfacen las expectativas y la persona permanece motivada.

El desarrollo de esta investigación le proporciona a enfermería conocimientos que conllevan a medir la situación actual de las personas con DM2, para de esta forma a

futuro plantear estrategias y alternativas de intervención según las necesidades de los DM2. Dado que esta disciplina es parte fundamental de la Política de Atención Integral en Salud de Colombia⁽³⁶⁾, la labor de prevención de enfermería en DM2 se centra principalmente en la atención primaria definida como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, el interés se centra en abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes, como lo define la Ley 1438 de 2011⁽³⁷⁾.

Superpone los objetivos de las personas y la comunidad sobre los de los agentes y reorienta su intervención, en el caso colombiano la Estrategia de Atención Primaria en Salud tiene un énfasis en el enfoque de la salud familiar y comunitaria⁽³⁶⁾. Por ejemplo con programas de atención a personas con enfermedad crónica involucrando a cuidadores, personas con factores de riesgo para DM2, hospitalización en casa, atención en urgencias, egreso hospitalario, la autoeficacia permanece en el hogar, espacios de trabajo, lugares sociales, para llegar a la adherencia en una enfermedad crónica.

Para enfermería conocer y manejar programas que permitan incrementar la adherencia terapéutica, es una prioridad y un resultado deseable. Los estudios desarrollados por las enfermeras han pretendido reconocer los elementos que la constituyen y sus características y por consiguiente, es transcendental que el profesional se apropie de herramientas disciplinares relacionadas con el cuidado de enfermería y sustentadas en los principios que ofrece el área de estudio.

1.2.3 Significancia teórica

En este segmento de la investigación se puntualizan los vacíos del conocimiento con respaldo en la evidencia científica, y la consolidación del conocimiento descrito de los fenómenos de autoeficacia y adherencia terapéutica, generados a partir del estado del arte. Con base en la revisión de la literatura y al analizar estudios del contexto

internacional que describen la relación entre autoeficacia y adherencia en enfermedades crónicas, se pudo concluir lo siguiente:

- El nivel de autoeficacia como un predictor significativo del nivel de calidad de vida informada, lo cual indica que la autoeficacia sería un factor crucial para la percepción de estado de salud, la calidad de vida general y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades crónicas. Para Avendaño y Barra⁽³⁸⁾ a través del abordaje a adolescentes chilenos portadores de una enfermedad crónica (diagnóstico de diabetes tipo 1, fibrosis quística e insuficiencia renal) en la cual se utilizó el mismo instrumento de autoeficacia generalizada usado en esta investigación, demostraron que la calidad de vida presenta una relación positiva muy significativa con la autoeficacia y una asociación positiva mucho menor con el apoyo social percibido, siendo esta última relación sólo algo mayor a la asociación negativa entre calidad de vida y edad.

- La variable autoeficacia es predictora de la adherencia al tratamiento como lo señaló el estudio Ortiz y Ortiz⁽³⁹⁾, quienes afirman que es posible pensar que un adolescente diabético cuyo sentido de autoeficacia sea elevado, podría ser capaz de motivarse y emprender conductas saludables para mantener su estado de bienestar.

- En algunos casos se observa un comportamiento diferente de la relación de la variable autoeficacia y conductas de salud; Álvarez y Barra⁽⁴⁰⁾ describen el comportamiento de la autoeficacia general percibida en un grupo de pacientes en hemodiálisis chilenos la cual muestra relaciones directas con los autoinformes de adherencia, siendo significativas las relaciones con la adherencia global y especialmente con la adherencia a medicamentos; en cambio no se observa relación entre autoeficacia y las medidas subjetivas de adherencia con el peso interdiálisis y la potasemia.

- Debido a que las enfermedades crónicas como la DM2 pueden ser progresivas, la atención de la enfermedad debería incluir además del tratamiento físico, intervenciones psicoeducativas con el objetivo de reforzar la autoeficacia de los pacientes y de esa manera incrementar su calidad de vida. Al respecto existen evidencias de que la implementación de programas de automanejo de la enfermedad crónica puede incrementar y reforzar la autoeficacia de los pacientes, como el desarrollado por Lorig,

Ritter y Jacquez⁽⁴¹⁾ quienes encontraron que un programa de ese tipo de seis semanas de duración produce mejorías en las conductas de salud, el estado de salud y la autoeficacia tanto a los cuatro meses como al año de seguimiento; tanto la autoeficacia basal como el aumento de autoeficacia a los cuatro meses fueron predictores significativos de las conductas de salud y del estado de salud un año después. Por lo cual los autores concluyen que la autoeficacia sería un aspecto clave en el automanejo de la enfermedad crónica.

De otra parte y respecto a la situación nacional, se ha señalado a Colombia como un país en transición demográfica por el envejecimiento y la urbanización de su población; por ello, los cambios del estilo de vida que conlleva este último proceso dan lugar a que la diabetes sea, por lo menos, cuatro veces más frecuente en la población urbana que en la rural, lo que ofrece una oportunidad para desarrollar estrategias de prevención primordial dirigidas a conservar la alimentación ancestral y mantener un buen estado físico, porque combatir el exceso de peso y el sedentarismo ya establecidos es más difícil⁽⁶⁾.

En estudios nacionales se ha descrito lo siguiente acerca del fenómeno de adherencia y autoeficacia en DM2:

- La adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas⁽⁴²⁾, además de que se constituye como⁽⁴²⁾ un tema multifactorial y complejo en el cual se mezclan factores psicológicos, demográficos y de comportamiento, así como aspectos propios debidos a la cronicidad de la afectación y otros que atañen al individuo como tal y como ser sociocultural⁽⁴³⁾.

- Antes de tomar decisiones terapéuticas y favorecer el empoderamiento del paciente como responsable de salud y de su calidad de vida, se recomienda analizar las características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes diabéticos de forma integral, como lo describe el estudio realizado a pacientes con DM2 de Cartagena, donde el 62.4% de la población estudiada tenía mal control metabólico⁽⁴³⁾.

Igualmente y con relación a los aportes teóricos, se plantea analizar la relación entre las percepciones de autoeficacia general y adherencia terapéutica en el contexto de personas con DM2 de la ciudad de Bucaramanga, capital del departamento de

Santander, a fin de conocer el comportamiento de la adherencia terapéutica a nivel local y así apuntar al desarrollo e implementación de estrategias de intervención orientadas a la promoción de aquellas características como la autoeficacia.

1.3 Área temática

Situación de salud del adulto con DM2.

1.3.1 Fenómeno

Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con DM2.

1.3.2 Línea de investigación

Autocuidado para la salud cardiovascular.

1.3.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación existente entre la Autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en personas con DM2 que asisten a una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación existente entre la Autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en personas con DM2 que asisten a una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir características sociodemográficas, de funcionalidad y estado cognitivo presentes en personas con DM2 que asisten a una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga.
- Determinar la adherencia terapéutica con la etiqueta conducta terapéutica: enfermedad o lesión presentes en personas con DM2 que asisten a una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga.
- Identificar el nivel de autoeficacia percibida en personas con DM2 que asisten a una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga.
- Analizar la relación existente entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en personas con DM2 que asisten a una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga.

1.5 Hipótesis de la investigación

H0: No existe relación significativa entre la autoeficacia general y la adherencia terapéutica en personas con DM2.

H1: Existe relación significativa entre la autoeficacia general y la adherencia terapéutica en personas con DM2, es decir a mayor nivel de autoeficacia mejor adherencia terapéutica y viceversa.

1.6 Definición de conceptos

1.6.1 Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

La DM2 es originada por la insuficiencia en la producción y utilización de insulina, llevando como consecuencia una elevación anormal de la glicemia. Esta hiperglicemia afecta varios sistemas del organismo desencadenando complicaciones tales como:

retinopatías, cardiopatías, nefropatías y neuropatías⁽⁴⁴⁾ las pruebas diagnósticas de la DM2, se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Criterios diagnósticos para DM2

| Criterios diagnósticos para diabetes ADA 2016 |
|--|
| Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas). |
| ó |
| Glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua. |
| ó |
| Hemoglobina glicosilada (A1C) $\geq 6.5\%$. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares A1C del DCCT. |
| ó |
| Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dL. |

Fuente: información tomada por la autora de American Diabetes Association⁽⁴⁵⁾.

1.6.2 Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables⁽⁴⁶⁾. Es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta del equipo de salud, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo⁽⁴⁷⁾.

En este estudio la adherencia terapéutica será medida por un instrumento denominado, conducta terapéutica: enfermedad o lesión basado en la operacionalización de la etiqueta de resultado del Nursing Outcomes Classification- NOC, donde se define como “las acciones personales para paliar o eliminar una patología”⁽⁴⁸⁾ y se plantea su evaluación a través de 11 indicadores que permiten medir de manera integral el grado de cumplimiento o adherencia⁽⁴⁹⁾.

1.6.3 Autoeficacia general percibida

Hace referencia a la capacidad que cree una persona tener para llevar a cabo una determinada acción. "Juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado"⁽⁵⁰⁾. La autoeficacia percibida fue un concepto ofrecido por Bandura dentro de la *Teoría del Aprendizaje Social* promulgada en 1986 y según este psicólogo, "si las personas no están totalmente convencidas de su eficacia personal tienden a abandonar rápidamente las competencias que les han sido enseñadas, en cuanto dejan de obtener resultados rápidos o experimentan algún revés"⁽³²⁾. La autoeficacia no hace referencia a los recursos de que disponga el sujeto, sino a la opinión o percepción que éste tenga sobre lo que puede hacer con dichos recursos⁽³²⁾.

La autoeficacia percibida es una construcción operativa, es decir, que está relacionada con el comportamiento posterior y, por lo tanto, es relevante para la práctica clínica y el cambio de comportamiento⁽⁵¹⁾. La escala que se aplicó a los participantes de esta investigación consta de 10 ítems de 6 opciones de respuesta, desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, los resultados de la puntuación de autoeficacia, oscilan en una puntuación mínima de 10 y máxima de 40 puntos, evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes⁽⁵⁰⁾.

2. Marco de teórico

El marco teórico está presentado en dos partes, el primero relativo al desarrollo de conceptos centrales a partir de la crítica de las piezas de investigación seleccionadas; a continuación la postura teórica para el abordaje del fenómeno de la autoeficacia.

2.1 Adherencia terapéutica en personas con DM2

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas como la DM2, y es un componente importante de su salud. La no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario⁽⁵²⁾.

El cumplimiento terapéutico no es una responsabilidad exclusiva del paciente, como bien defiende la OMS, sino un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores relacionados con el paciente: el/los tratamiento/s, la/s enfermedad/es, los factores sociodemográficos y el sistema de salud⁽⁵³⁾.

Las conclusiones del metaanálisis realizado por DiMatteo⁽⁵⁴⁾, donde analiza 569 estudios publicados entre los años 1948 y 1998 resultan relevantes para este estudio dado que los objetivos de esa investigación fueron la recuperación, compilación, y el promedio de las tasas de adherencia al tratamiento médico prescrito así como la evaluación de la variación de acuerdo a las características de la muestra, la enfermedad, el régimen y los efectos sobre la adherencia de las características demográficas de los pacientes, excluyendo enfermedades psiquiátricas. Los hallazgos más relevantes fueron los siguientes:

- La continuidad en la toma de fármacos tiende a ser más alta que el cumplimiento de un estilo de vida saludable.
- El cumplimiento terapéutico varía en función del tipo de enfermedad. Es decir, cuando el sufrimiento es menor, y la persona contempla la enfermedad como no grave; existe menor adherencia.
- Los cumplimientos más bajos se detectan en enfermedades, como la diabetes y los trastornos del sueño.
- La medición de la adherencia varía constantemente de acuerdo con la subjetividad de su medición.
- En la mayoría de estudios la correlación entre el cumplimiento terapéutico y los factores sociodemográficos es estadísticamente significativa, pero modesta en magnitud ($r > 0,15$ en todos los casos).
- Se hace especial hincapié en la necesidad de evaluar el cumplimiento terapéutico de forma multifactorial⁽⁵⁴⁾.

Adicionalmente, es necesario indicar que numerosos estudios como los de Odegard y Capoccia⁽⁵⁵⁾, Salas et. al.⁽⁵⁶⁾, Mateo et. al.⁽⁵⁷⁾ y el estudio de Jansà y Vidal⁽⁵⁸⁾, han demostrado las barreras más comunes relacionadas con la falta de cumplimiento terapéutico en la DM2 y se ha definido que se trata de factores multidimensionales y comunes a la mayoría de tratamientos crónicos complejos. Se destacan entre las principales barreras la falta de acceso a los medicamentos y a la atención sanitaria, la complejidad en los tratamientos, la percepción de que no es necesario tomar la medicación cuando uno se encuentra bien, la falta de conocimientos o habilidades sobre el tratamiento, la falta de motivación, la prescripciones no individualizados a las necesidades de cada paciente, entre otros.

Teniendo en cuenta esto, se denota que las personas con DM2 necesitan apoyo, no que se les culpabilice, porque el cumplimiento terapéutico está influenciado por varios factores socioculturales y económicos que incluyen el equipo o el sistema de asistencia

sanitaria, las características de la enfermedad, el tratamiento, los factores relacionados con el entorno del paciente, entre otros.

El concepto de adherencia terapéutica tiene estrecha relación con la adopción de estilos de vida saludables y está definitivamente unido a aspectos subjetivos y determinado por factores que intervienen en lo que piensa y percibe la persona; entre ellos se destacan los factores físicos (lo que le indica al individuo cuando está sano, sensación de bienestar) y los factores psicológicos (que dependen del estado cognitivo y afectivo)⁽⁵⁹⁾.

El factor cognitivo es de suma importancia en la adherencia del paciente porque si existe un deterioro cognitivo, es decir, de la facultad que tienen los seres humanos de procesar la información a partir de la percepción y el conocimiento adquirido⁽⁶⁰⁾, el paciente puede incurrir en actos involuntarios como olvidos o confusión, lo que generará una falta de adherencia no intencionada⁽⁶¹⁾.

Por ello, estudios como el de Barrera, Vargas y Cendales⁽⁶²⁾, sugieren que valorar el nivel de deterioro cognitivo en los controles de los pacientes con DM2, permite poner en marcha cuando antes terapias de tratamiento con el fin de enlentecer la evolución de este a demencia, especialmente si se tiene en cuenta que la evidencia científica señala la patogenia de alteraciones cerebrales en la DM2⁽⁶³⁾; además, éstas personas con función cognitiva alterada desarrollan en mayor proporción síntomas psicológicos (ansiedad y depresión)⁽⁶⁴⁾. Este tamizaje permitirá dimensionar la magnitud del efecto cognitivo en el control metabólica y poder desarrollar estrategias terapéuticas acordes a cada paciente en particular, lo cual contribuirá a elevar y dignificar el ser y su calidad de vida así como la imagen social con la práctica de un rol buscando alcanzar de forma integral la salud, satisfacer sus necesidades y con ello alcanzar su bienestar⁽⁶⁵⁾.

Es importante considerar el asumir esa integralidad en la salud, introduciendo los aspectos emocionales como eje central del cuidado humanizado. Para enfermería implica un proceso de participación dinámico por parte de las personas en el cuidado de su propia salud, mediante el cual la persona discierne sobre los factores que deben ser controlados o tratados para autorregularse, decide lo que puede y debería hacer con respecto a ésta regulación, valora y reflexiona sobre sus capacidades específicas para

comprometerse (implícita aquí la responsabilidad) en el cuidado de su propia salud, y finalmente realiza acciones psicomotoras. El objetivo principal de estas decisiones y acciones reflexionadas es satisfacer las necesidades de control de la enfermedad crónica a lo largo del tiempo.

Por tanto, la adherencia terapéutica es un proceso de participación dinámico y tácito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones para el mantenimiento y mejora de su salud; el reto de la enfermería consiste en que las personas inicien la prevención de las complicaciones propias de la DM2 a través de la educación en el abordaje holístico del cuidado de su salud⁽¹⁸⁾ con un modelo de atención como lo señala Pedersen⁽⁶⁶⁾ teniendo en cuenta una serie de requisitos donde el primero señala que la experiencia de la enfermedad tal como la siente, percibe y describe el enfermo; con sus propias palabras, gestos, la comprensión de su vivencia es tarea del enfermero. Como segundo requisito, menciona la transformación de lo cultural a simple hábitos o comportamientos y la articulación de los contextos micro (grupos sociales de amigos, familias entre otros) y macro (sociedad, sistema político, religión entre otros); todo esto interactúa, modelando y construyendo la experiencia salud-enfermedad e induciendo distintos tipos de comportamiento, por lo que al adoptar estilos de vida saludables y modificar el modo de vivir introduciendo cambios de tipo conductual recomendados como dieta, ejercicio, no fumar entre otros, de la mano con cambios en el aspecto personal-emocional como lo es la autoeficacia percibida, aumentará la motivación y optimizará el pronóstico de la DM2.

En conclusión, la identificación de los factores que modulan la adherencia terapéutica supone el primer paso para, posteriormente, elaborar estrategias que faciliten o mejoren su mantenimiento⁽⁶⁷⁾.

2.2 Autoeficacia en persona con DM2

En la presente investigación se abordarán dos posturas teóricas de autoeficacia: una desde la psicología con Bandura y otra desde enfermería con Resnick. La teoría cognitiva conductual de Bandura que aborda el concepto de autoeficacia, tiene sus orígenes en el libro publicado en 1969 *Principios de Modificación de la Conducta*. Bandura ofrece una explicación de las maneras de cambiar una conducta. En este

sentido, la conducta es el eje central y además se afirma que cualquier tipo de terapia el fin que busca es un cambio conductual⁽³²⁾.

La autoeficacia es un concepto que introdujo Albert Bandura, en 1986, con la *Teoría del Aprendizaje Social*, en esta el esfuerzo es un componente en el control de respuestas ya aprendidas con referente a la regulación de la motivación y la acción humana, que implica tres tipos de expectativas: las expectativas de situación-resultado, las expectativas de acción-resultado y la autoeficacia percibida. Se define la autoeficacia como las creencias personales de los sujetos en relación a su habilidad para manejar situaciones estresantes, las creencias de autoeficacia para Bandura sirven como mecanismos cognitivos para el cambio en la conducta⁽⁶⁸⁾.

La autoeficacia o las creencias en las habilidades para tratar con las diferentes situaciones que se presentan, juegan un rol importante no solamente en la manera de sentirte respecto a un objetivo o tarea, sino que será determinante para conseguir o no las metas propuestas en la vida. El concepto de autoeficacia es un aspecto central en la psicología, ya que enfatiza el rol del aprendizaje observacional, la experiencia social, y el impacto en el desarrollo personal.

En la teoría de Albert Bandura, se defiende que la autoeficacia es un constructo principal para realizar una conducta, ya que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias de autoeficacia, es decir, los pensamientos que tiene una persona sobre su capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas.

De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen habilidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional, así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados⁽⁶⁹⁾.

Esto en razón a que no es realmente la exposición la que produce el cambio conductual ni la que permite por sí sola explicar las variaciones en cambios conductuales; sino que son las interpretaciones cognitivas mediadas por las distintas modalidades las que en última instancia determinan el juicio de la persona sobre su propia habilidad. De esta manera, la autoeficacia se convierte en un proceso cognitivo que permite entender el cambio y los mecanismos que operan en él para enfrentar las barreras y retos que impiden asumir conductas terapéuticas⁽⁷⁰⁾ para el control de la DM2.

Por otra parte, la *Teoría de Mediano Rango de Autoeficacia de Enfermería* de Bárbara Resnick y fundamentada en los conceptos de Bandura, conceptualiza la interacción persona-conducta-ambiente como reciprocidad, enmarcando una interrelación entre la persona, el comportamiento y ambiente⁽⁷¹⁾.

La motivación humana y la conducta se regulan por el pensamiento y están involucradas con las expectativas para obtener los resultados deseados⁽⁴¹⁾, parte de aquí la importancia de generar programas que sean específicos en esta área del conocimiento disciplinar, para facilitar la evaluación objetiva de las percepciones y el grado de optimismo en los cursos de acción a fin de cumplir con las metas establecidas a fin de mejorar la autoeficacia⁽⁷²⁾.

Existen factores asociados a la autoeficacia los cuales influyen directamente en qué tan fortalecida se encuentra la percepción de autoeficacia en la persona, los cuales son: las vivencias personales, la experiencia de las personas que le rodean, el entorno y redes de apoyo (amigos, familiares entre otros), el efecto de la persuasión social y el estatus psicológico de la persona⁽⁷³⁾.

Resnick sugiere que los individuos desarrollan pensamientos sobre sí mismos y se verifican a través de cuatro procesos diferentes: la experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones; la experiencia vicaria; los juicios con la voz de otros; y, la derivación de un mayor conocimiento. Por tanto, el funcionamiento humano es visto como una interacción dinámica de la persona, del comportamiento, y de las influencias ambientales⁽⁷²⁾ a partir de cuatro fuentes de la experiencia de autoeficacia de la *Teoría de Mediano Rango de Autoeficacia de Enfermería* de Bárbara Resnick, por orden de importancia:

- **Logros de puesta en acto (rendimientos reales):** ha sido descrito como la fuente más influyente de información de auto-eficacia, no se ha repetido la verificación empírica de que en realidad la realización de una actividad refuerza las creencias de autoeficacia. Especialmente, el impacto del logro de puesta en acto se ha demostrado en relación con fobias a las serpientes, cesación de fumar, el comportamiento de ejercicio, el rendimiento de las actividades funcionales, y pérdida de peso. Los logros de ejecución generalmente resultan en mayor fortalecimiento de las expectativas de autoeficacia que hacen una fuente informativa el éxito eleva la auto-eficacia, mientras que el fracaso la baja⁽⁷²⁾.

- **Experiencia vicaria:** las vivencias de otras personas que enfrenta una situación similar median en la autoeficacia, ver a otras personas en condiciones similares realizar con éxito la misma actividad fortalece la autoeficacia. Sin embargo, hay algunas condiciones, que impactan en la experiencia vicaria, por ejemplo, si el individuo no ha sido expuesto a la conducta de interés, o ha tenido poca experiencia con ella, la experiencia vicaria es probable tenga un mayor impacto. Además, cuando las directrices claras para el desempeño no son explicadas, la auto-eficacia tiene mayor probabilidad de ser afectada por el rendimiento de los demás⁽⁷²⁾.

- **Persuasión verbal:** No es otra cosa, que el estímulo de otros, señalando la capacidad del individuo para realizar el comportamiento deseado. Los comentarios o acciones persuasivos influyen sobre la autoeficacia de la persona y la pueden motivar para que luche por el éxito. La persuasión verbal se refleja en el estado de ánimo de la persona al estado emocional y este siempre que este positivo aumentara la autoeficacia⁽⁷²⁾.

- **Retroalimentación fisiológica:** el control de los síntomas retroalimenta de forma positiva al paciente y lo lleva a confiar más en la efectividad de las acciones ejecutadas así como en su capacidad de llevarlas a cabo. Lo más importante es que la persona valore su esfuerzo y esto lo logra con la experiencia corporal, con el control de sus cifras de glicemia, sentirse a gusto y saludable con lo que come, entre otros aspectos relacionados con el comportamiento deseado, con el único objetivo de que las personas con DM2 mejoren su autoeficacia⁽⁷²⁾.

Es así como la autoeficacia percibida es útil en enfermería para modificar las conductas de riesgo. Al evaluar la autoeficacia se puede predecir la intención del sujeto de cuidado de adquirir conductas de salud y prevenir conductas de riesgo, facilitando la predicción de la intención de desarrollar diversas tareas y las posibilidades de éxito en los tratamientos⁽⁶¹⁾.

2.2.1 Supuestos de la teoría de mediano rango de autoeficacia

La *Teoría de Mediano Rango de Autoeficacia de Enfermería* de Bárbara Resnick⁽³⁵⁾ sostiene que la motivación es una variable importante en la capacidad de los adultos mayores para recuperarse de cualquier evento discapacitante. Esta apoya la hipótesis que las creencias de eficacia influyen en el comportamiento, el nivel de motivación, los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales en respuesta a cualquier situación⁽⁷⁴⁾.

La teoría sostiene además, que el cambio de comportamiento puede estar relacionado o no con los resultados esperados, no especificando acerca de la percepción de los pacientes en cuanto al riesgo de no llevar a cabo la conducta deseada.

La autoeficacia percibida es útil en enfermería para modificar las conductas de riesgo. Al evaluar la autoeficacia se puede predecir la intención del sujeto de cuidado de adquirir conductas de salud y prevenir conductas de riesgo facilitando la predicción de la intención de desarrollar diversas tareas y las posibilidades de éxito en los tratamientos⁽⁷⁵⁾.

Por tanto, la *Teoría de Mediano Rango de Autoeficacia de Enfermería* de Bárbara Resnick⁽³⁵⁾ aporta la necesidad de utilizar modelos cognitivos en la predicción temprana del cumplimiento de un tratamiento instaurado, como es el caso de la DM2. La identificación precoz de estas creencias ayuda a superar las barreras y contribuyen significativamente en la adopción e incorporación de los tratamientos a fin de mantener líneas de acción para sostener un tratamiento de una enfermedad crónica como la DM2 a largo plazo.

2.3 Autoeficacia y adherencia terapéutica en DM2

Existen varios desarrollos investigativos relacionados con autoeficacia y adherencia en personas con DM2, sin embargo el análisis crítico realizado por Caro⁽⁷⁰⁾ refiere que la *Teoría de Mediano Rango de Autoeficacia de Enfermería* de Bárbara Resnick implica explicaciones causales pero se cuestiona si realmente la autoeficacia es lo que ocasiona el cambio en la conducta; para Bandura es bien claro que las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia de poder hacer algo y no a la habilidad para hacerlo.

Sin embargo, Caro⁽⁷⁰⁾ propone como ejemplo el que una persona pueda poseer la habilidad física o el conocimiento necesario para hacer una tarea junto con los incentivos adecuados, y fallar por carecer de la necesaria confianza en sí mismo. Tal y como se plantea en la situación anterior, la autoeficacia es una condición necesaria pero no la única, debido a que una persona puede cambiar sin sentir autoeficacia, lo cual no invalida la teoría pero sí plantea una contraposición.

Igual conclusiones se encuentran en el estudio desarrollado por Rachman y Hodgson⁽⁷⁶⁾ quienes afirman que en los tratamientos de prevención de respuesta, se da un índice nulo de autoeficacia, ya que en ningún momento los pacientes atribuyen su mejora a ellos mismos. Desde esta perspectiva, Caro⁽⁷⁰⁾ considera que es necesario interpretar la autoeficacia en función de los grados de dificultad de la tarea, es decir, los requisitos de la tarea y su influencia en la autoeficacia.

Diversos factores psicológicos, demográficos y de comportamiento han sido vinculados con la falta de adherencia; la literatura describe la labilidad en la falta de autocuidado, bajo estado de ánimo y la falta de motivación⁽⁷⁷⁾ que involucra una de las variables de la presente investigación: la autoeficacia, como variable predictora de la adherencia al tratamiento. Existe evidencia de la utilidad de la autoeficacia en la predicción de cambios de conducta sostenidos en una amplia variedad de áreas problemáticas, ya que la autoeficacia es una creencia⁽³²⁾ que afecta a la adherencia, especialmente en aquellos tratamientos en los que es preciso que este ponga en práctica ciertas habilidades o

destrezas dado que, en estudios realizados en personas con DM2 como los de Guerrero et. al.⁽⁷⁸⁾ y González et. al.⁽⁷⁹⁾, se ha encontrado que las creencias de autoeficacia tienen una gran relevancia para alcanzar las primeras metas del tratamiento.

Al revisar piezas investigativas, se destaca un estudio con adolescentes chilenos diabéticos tipo 1 donde los investigadores señalan a la autoeficacia general como predictora de la adherencia al tratamiento; plantean que es posible pensar que un adolescente diabético cuyo sentido de autoeficacia sea elevado, podría ser capaz de motivarse y emprender conductas saludables para mantener su estado de bienestar. Esta investigación demostró algo muy importante frente al seguimiento de las indicaciones que permiten el control de la enfermedad y lo que esto supone para la persona: reporta que solo el 50% de los jóvenes probablemente tiene prácticas de cuidado que le van a permitir adherencia a los tratamientos⁽³⁹⁾. La DM2 implica en la persona que se diagnostica, un reto de adaptación a una enfermedad crónica, por esto es necesario considerar más que un simple ajuste biofísico frente al proceso de la enfermedad; una experiencia que requiere de múltiples acomodaciones⁽⁸⁰⁾.

La enfermería como disciplina profesional debe contribuir a solventar esta preocupación comprendiendo lo que significa la autoeficacia percibida en la mejora del cumplimiento y la motivación al tratamiento de la DM2, sin embargo, para lograrlo es necesario que la persona reconozca la capacidad de cumplir el tratamiento, a pesar de las barreras que se presenten, involucrándolo y a su soporte social y/o familia en todo el proceso⁽⁷⁵⁾; este último aspecto permite determinar tópicos claves en la recuperación de la salud y el control de la enfermedad porque permite recibir apoyo no solo en lo instrumental sino también de otras índoles como el emocional, recursos económicos entre otros.

Es necesario recalcar que la adherencia terapéutica de personas con DM2, en el panorama local refleja la importancia de un abordaje primario que permita conocer e identificar factores de riesgo, factores protectores, entre otros; en el contexto en el cual las personas viven su situación de cronicidad, aspecto clave en la valoración de recursos, de conductas orientadas hacia la salud para implementar intervenciones que sean apropiadas para este grupo de personas.

2.4 Desarrollo de conceptos centrales desde la crítica de las piezas de investigación seleccionadas

Desde la disciplina de enfermería se consultaron una serie de artículos que analizan las dos variables de estudio: autoeficacia y adherencia terapéutica. A continuación se describen los aspectos más relevantes de los mismos.

La autoeficacia ha sido tratada en distintas patologías y los resultados muestran hallazgos positivos en altos niveles; este constructo ha demostrado ser predictor de conductas de adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas⁽⁸¹⁾. Además de prevención de VIH⁽⁸²⁾, prevención del uso de tabaco⁽⁸³⁾, en relación a ejercicio y control de peso⁽⁸⁴⁾, variables que son esenciales en el tratamiento no farmacológico de la DM2.

El estudio realizado por Canales y Barra⁽⁶⁹⁾ aplicando la escala de autoeficacia generalizada, el cuestionario de apoyo social percibido y midiendo la adherencia a través de dos indicadores: el autorreporte de ingestión de medicamentos y el nivel de compensación metabólica, hallaron que tanto la autoeficacia como el apoyo social presentaron relaciones significativas con ambos indicadores de adherencia ($p = .488$), siendo algo mayor la magnitud de la relación de la adherencia con el apoyo social que con la autoeficacia.

González et. al.⁽⁷⁹⁾ indican que la autoeficacia tiene una relación favorable para la adherencia terapéutica en personas con DM2, la autoeficacia se relacionó positiva y significativamente con la adherencia terapéutica ($r = .400$, $p < 0.01$). Las personas autoeficaces fueron 3.46 veces más adherentes a su tratamiento que las no autoeficaces ($RM = 3.46$, $p < .05$) con estos resultados sugieren realizar intervenciones para fortalecer la autoeficacia de las personas respecto al tratamiento de la DM2.

A continuación en la Tabla 2 se presenta la síntesis de las piezas investigativas que correlacionan la adherencia y la autoeficacia en personas con DM2 estudios en realizados en América Latina.

Tabla 2. Síntesis de piezas investigativas que correlacionan la adherencia y la autoeficacia en DM2

| Autor y Año | Objetivo | Instrumentos | Diseño | Resultado |
|------------------------------|--|--|--|--|
| González y et al.(59) (2016) | Evaluar la relación entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica en pacientes con DM2 atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 48 (UMF 48) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) | Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II versión III (EATDM - III) y el Spanish Diabetes Self-Efficacy. | Descriptivo – correlacional con 314 participantes. | la autoeficacia se relacionó positiva y significativamente con la adherencia terapéutica ($r = .400$, $p < 0.01$) |
| Guerrero y et al.(58) (2016) | Analizar la correspondencia entre autoeficacia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento de hemodiálisis | Escala de autoeficacia generalizada y el cuestionario Diabetes-39 que mide la calidad de vida relacionada con la salud. | correlacional de corte transversal, con 80 participantes | La autoeficacia generalizada presentó asociación con el control de la diabetes ($r= -0,409$; $p= 0,01$) Además, se encontró diferencia significativa en la autoeficacia según el sexo. |
| Canales y Barra (2014) | Examinar la relación entre autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo II | Escala de Autoeficacia Generalizada y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. La adherencia se midió a través de dos indicadores: el cuestionario de Morisky, Green y Levine y el nivel de compensación metabólica. | correlacional de corte transversal, 118 participantes | Se encontró que tanto la autoeficacia como el apoyo social presentaron relaciones significativas con ambos indicadores de adherencia, siendo algo mayor la magnitud de la relación de la adherencia con el apoyo social que con la autoeficacia. |

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Adicionalmente, en esta investigación se considera fundamental mencionar los vacíos encontrados de la revisión de las piezas científicas, los cuales a continuación se describen:

- La necesidad de incrementar la investigación en personas con DM2 en el ámbito local dado que los resultados contribuirán a establecer un panorama del comportamiento de la

adherencia terapéutica en DM2 y su relación con aspectos motivacionales, como la autoeficacia a fin de desarrollar estrategias orientadas a fortalecer la adherencia terapéutica.

- Resulta preciso fortalecer los conocimientos de autoeficacia y la relación con adherencia terapéutica, porque con un control adecuado de la DM2 se disminuyen o retrasan de la aparición de complicaciones que trascienden a incapacitantes o mortales.

- Se requiere ampliar los estudios de la *Teoría de Mediano Rango de Autoeficacia de Enfermería* de Bárbara Resnick y fundamentada en los conceptos de Bandura, dadas las críticas planteadas por Caro⁽⁷⁰⁾ a la misma, especialmente en el campo de la enfermería en relación a la promoción de variables que faciliten el cambio de conductas para el control de enfermedades crónicas como la DM2.

3. Marco de diseño

3.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con abordaje cuantitativo y de correlación. Transversal por lo que los datos fueron tomados durante el primer semestre del año 2016; correlacional porque pretende determinar la relación entre dos variables: la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en persona con DM2 que acuden al servicio ambulatorio de la consulta externa de una institución de salud de la ciudad de Bucaramanga.

3.1.1 Universo

Personas con diagnóstico de DM2 de la IPS Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros.

3.1.2 Población

La población está compuesta por las personas diagnosticadas con DM2 que asisten a un programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular o consulta externa de medicina interna de una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga.

- **Criterios de inclusión.** Los criterios de inclusión que se determinaron para esta investigación fueron: personas con edad mayor o igual a 18 años con diagnóstico de DM2 en tratamiento farmacológico. Personas vinculadas a un servicio de seguimiento médico de Medicina Interna o Programa de Prevención de Riesgo Cardiovascular, ambos servicios ambulatorios, que tengan asistencia mayor a tres meses.

- **Criterios de exclusión.** Para la selección de la muestra en esta investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión: personas analfabetas. Personas en estado de alcoholismo o estar en el momento de la aplicación de los instrumentos bajo efecto de sustancias psicoactivas que limiten su habilidad para comunicarse. Personas hospitalizadas o con cualquier alteración de orden físico o que hiciera imposible la recolección fiable de la información (enfermedad del sistema nervioso, problemas de memoria, dificultad cognitiva severa, discapacidad visual o auditiva mayor que impida la comprensión de los instrumentos y el auto diligenciamiento).

3.1.3 Muestra

La muestra se seleccionó de forma aleatoria, no probalística, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión antes descritos en la medida que se respeta el azar de ingreso a la institución.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\left(\frac{1}{2} \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)\right)^2} + 3$$

En la anterior ecuación se tiene:

α : probabilidad de error tipo I

β : probabilidad de error tipo II

r : coeficiente de correlación entre la autoeficacia y la adherencia en la muestra preliminar

$z_{1-\alpha/2}$ y $z_{1-\beta}$: percentiles superiores de la distribución normal

$z_{1-\alpha/2}$ y $z_{1-\beta}$: percentiles superiores de la distribución normal

$$n_f = \max\{n, n_0\}$$

n_0 : tamaño de la muestra preliminar

n_f : tamaño de la muestra final

Además y respecto al cálculo del tamaño muestral, para efectos de la presente investigación es necesario aclarar que el tamaño de la muestra preliminar se estableció en $n = 80$ pacientes, los cuales fueron incorporados a la investigación diariamente con

base a los criterios de inclusión, cumpliendo con el periodo de reclutamiento planeado de 8 semanas, teniendo en cuenta que el programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular y consulta externa de enfermedades crónicas labora de lunes a viernes, se consideró un número de pacientes elegibles para la investigación entre 2 y 3 pacientes diarios en promedio. La muestra preliminar se justifica teniendo en cuenta que no se conoce el comportamiento estadístico previo de las variables principales en la institución y en estudios similares con los instrumentos de la investigación.

Al realizar el análisis estadístico con esta premuestra, el coeficiente de correlación fue no significativo para las variables principales del estudio, por tanto no se justifica calcular un tamaño muestral definitivo y se acepta la hipótesis nula.

3.2 Fases de la investigación

3.2.1 Recolección de los datos

La recolección de la información se desarrolló en el servicio de consulta externa destinado a control de medicina interna y riesgo cardiovascular del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, durante los meses de abril y mayo del año 2016.

Posterior a obtener los permisos pertinentes para entrevistar a las personas previo aval y cumplimiento de los requisitos de los Comités de Ética correspondientes. El investigador contó con la asistencia y participación de dos auxiliares de investigación previamente capacitados en los fundamentos teóricos y conceptuales de los instrumentos utilizados en la investigación con el objetivo de tener claridad, comprensión y conocimiento de los mismos. Además, durante el periodo de reclutamiento estaban acompañados continuamente por la investigadora para resolver inquietudes de los participantes en caso de que se presentaran, al final del día se realizaban revisiones de los instrumentos diligenciados.

El proceso de aplicación de los instrumentos se desarrolló previo a la consulta de enfermería o posterior al control médico a las personas que cumplieron criterios de inclusión, se les solicitó de manera verbal la participación, se realizó lectura del consentimiento informado, facilitando la expresión de dudas y posterior a la satisfacción

de las mismas; se continuó con la firma del documento este proceso fue realizado por la Investigadora.

Previamente a la digitación semanal de la información se desarrolló una revisión del trabajo de campo realizado verificando la información antes de ser ingresada a la base de datos. Los datos obtenidos fueron validados a doble digitación con el objetivo de detectar inconsistencias en los datos y corregir errores de transcripción, mediante la herramienta Epidata® 3.1.

3.2.2 Consideraciones éticas

En la presente investigación se tuvieron en cuenta los aspectos mencionados en la Resolución 008430 del 1993⁽⁸⁵⁾, del Ministerio de Salud de la República de Colombia, mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en el país. De acuerdo a ésta, la presente investigación se cataloga como de riesgo mínimo; debido a que no provocó ningún daño físico, ni sufrimiento psicológico; pero podía conducir al participante a reflexionar sobre su comportamiento y recordar experiencias vividas.

En caso de a que se hubiera presentado alguna crisis de tipo emocional, se tenía previsto suspender la aplicación de los cuestionarios, brindar apoyo emocional, en caso de no conseguir calmar a la persona se pediría soporte psicológico institucional.

El Consentimiento Informado (ver el Anexo A) de los participantes en este caso se realizó de forma escrita a la persona quien cumplió criterios de inclusión, se explicó el objetivo de la investigación, porque fue invitado a participar, los procedimientos, riesgos, beneficio y se aclararon dudas e inquietudes formuladas por los participantes.

Se tuvo en cuenta para la selección de la población y elaboración de los criterios de inclusión y exclusión la Ley 911 de 2004⁽⁸⁶⁾, capítulo IV, artículo 29, 30 y 34 que establece la responsabilidad deontológica en los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participa, la utilidad de este código deontológico radicó que se cumple el deber de enfermería salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de

los seres humanos. No se realizó la investigación científica con personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no podían otorgar libremente su consentimiento.

Este proyecto recibió aprobación para su ejecución del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (ver el Anexo B) y del Comité de Ética de la institución prestadora de salud de IV nivel (ver el Anexo C).

Al final de la recolección de la información se entregó un material educativo llamado *Autoeficacia como fuente de motivación para la adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2*, con el fin de ofrecer a los participantes la oportunidad de conocer más a fondo el concepto de la autoeficacia como fuente de motivación para dicha adherencia (ver el Anexo L).

Por otra parte, se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia de la siguiente forma:

- **Autonomía:** la participación de los pacientes fue de forma libre y voluntaria, se podían retirar en el momento que lo consideraran pertinente y omitir la respuesta a las preguntas que deseen.
- **Beneficencia y no maleficencia:** la investigación es de riesgo mínimo para los participantes y no implica procedimientos o intervenciones. Además, los investigadores son idóneos y priorizaran el bienestar del paciente.
- **Justicia:** los instrumentos se aplicaron a todos los participantes que cumplieron criterios de inclusión, en igualdad de condiciones. Se aclara, que los participantes no recibieron ningún incentivo económico por participar en la investigación.

Además, se realizó socialización de los resultados al equipo de profesionales de la salud del programa de riesgo cardiovascular y consulta externa; de la institución prestadora de Salud y a los participantes del estudio que aceptaron la invitación, los resultados se

presentaron de forma general según los objetivos de la investigación sin revelar la identidad de ningún participante.

Durante el desarrollo del estudio se respetaron los derechos de autor y propiedad intelectual de los instrumentos u estrategias de intervenciones empleadas, otorgando los respectivos reconocimientos y créditos a éstos. La información proporcionada por los pacientes siempre se consideró confidencial y se parte del hecho que a ella sólo accede la investigadora principal.

3.2.3 Confidencialidad y privacidad de la información suministrada

La información obtenida de los participantes se utilizó solamente para fines académicos. Para garantizar la confidencialidad durante la recolección de información para la identificación de cada cuestionario se emplearon etiquetas numéricas, introduciendo cada paquete diligenciado en un sobre sellado independiente a los sobres con los consentimientos informados que contienen datos de identificación de los participantes; Durante el proceso de tabulación y análisis se mantuvieron los códigos numéricos de identificación asignados.

3.2.4 Operacionalización de las variables

En la Tabla 3 se aprecian las variables centrales del estudio de las cuales se describe la definición conceptual, definición operativa, naturaleza de la variable y los niveles de medición de cada una de ellas.

En la Tabla 4 se describen las variables sociodemográficas, funcionalidad y estado cognitivo en relación a la definición conceptual, definición operativa, naturaleza de la variable y los niveles de medición de cada una de ellas.

Tabla 3. Variables centrales del estudio

| NOMBRE DE LA VARIABLE | NATURALEZA DE LA VARIABLE | NIVEL DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--|---|
| Autoeficacia (independiente) | Cuantitativa | Discreta | La percepción que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. | Alta: 28 a 40 puntos Moderada: 16 a 27 puntos Baja: 4 a 15 puntos |
| Adherencia terapéutica (dependiente) | Cuantitativa | Continua | Acciones personales para el control de la DM2, cumpliendo con las recomendaciones terapéuticas dadas para el tratamiento específico de la DM2 que abarca tanto manejo farmacológico como no farmacológico. | Esta expresada en una escala de 1 a 5. Se interpreta el resultado obtenido entre más cerca se encuentre de 5 la persona tiene mejor adherencia terapéutica. La escala tiene cinco alternativas que van desde 1 es nunca, 2 raramente, 3 en ocasiones, 4 frecuentemente y 5 constantemente manifestado. |

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Tabla 4. Variables sociodemográficas, funcionalidad y estado cognitivo

| NOMBRE DE LA VARIABLE | NATURALEZA DE LA VARIABLE | NIVEL DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------------|--|---|
| Valoración funcional | Cuantitativa | Discreta | Resultado de la escala de valoración funcional PULSES. | Resultado obtenido de la valoración del participante por el investigador: De acuerdo a la interpretación de la escala; dificultad con el cuidado que señala baja disfunción de 6 a 8 puntos, mediana disfunción o dependencia de 9 a 11 y alta dependencia del cuidador de 12 en adelante hasta 24, que significa dependencia total. |
| Estado cognitivo | Cuantitativa | Discreta | Resultado del test SPMSQ que valora cuatro parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo para determinar deterioro cognitivo. | Resultado obtenido de la valoración del participante por el investigador Intacta: 0 - 2 errores. Alteración intelectual mínima: 3 - 4 errores. Alteración intelectual moderada: 5 - 7 errores. (Patológico) Alteración intelectual severa: 8 -10 errores. (Patológico) |
| Genero | Categoría | Nominal | Características fenotípicas, que diferencian al hombre de la mujer | referido por las personas 1.Masculino 2.Femenino |
| Edad | Cuantitativa | Continua | Número de años cumplidos auto referido por las personas | $\{X\} > 0$ tiempo transcurrido desde el nacimiento |
| Grado máximo de escolaridad | Cualitativa | Nominal | Nivel académico dado por la cantidad de años escolares cursados y aprobados por la persona satisfactoriamente. | Reporte del participante del nivel académico alcanzado: 1.ninguno 2.primaria 3.secundaria 4.universidad 5.postgrado |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | NATURALEZA DE LA VARIABLE | NIVEL DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|---|---|
| Lugar de residencia | Cualitativa | Nominal | lugar en que la persona ha vivido de forma ininterrumpida durante al menos los últimos 12 meses | Reporte del participante del lugar donde vive si está en zona: 1. Rural 2. Urbana |
| Estado civil | Categórica | Nominal | Condición de una persona relacionada con su situación legal respecto a la conformación de familia y unión marital. auto referido por las personas | Situación de una persona determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco 1.Soltero(a) 2.Casado(a) 3.Separado(a) 4.Viudo(a) 5.Unión Libre |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | Oficio o profesión de las personas a la que dedican mayor parte de su tiempo. | Reporte del participante sobre su actividad principal actividad, es decir a la cual se dedica la mayor parte del día, la mayoría de los días de la semana. 1.Hogar 2.Empleado (a) 3.Trabajo Independiente 4. Estudiante 5.Pensionado 6.Otro |
| Estrato Socioeconómico | Cuantitativa | Discreta | Criterio de clasificación socioeconómica base para la aplicación de las tarifas de los servicios públicos domiciliarios en Colombia incluye variables relacionadas con las características de las viviendas y su entorno. | Reporte del participante en el cual se encuentra clasificada su vivienda (1-6 estrato) a mayor valor mejor condición socioeconómica |
| Tiempo diagnóstico de la Diabetes | Cuantitativa | Continua (años) | Tiempo transcurrido informado por el participante luego del diagnóstico de la enfermedad | {X}>0 Tiempo transcurrido luego de la confirmación |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | NATURALEZA DE LA VARIABLE | NIVEL DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--|--|
| Mellitus tipo 2 (DM2) | | | Confirmación médica de Diabetes. | médica de Diabetes. |
| Religión | Cualitativa | Nominal | Recoge la inclinación que una persona siente para dedicarse o identificarse con los ritos de un culto religioso. | Reporte del participante de la pertenencia a algún culto religioso, puede ser: 1.Catolica 2.Cristiana 3.Testigo de Jehová 4.Adventista 5.otro |
| Nivel de Compromiso religioso | Cualitativa | Ordinal | recoge la dedicación que una persona siente con los ritos de un culto religioso, auto referido por las personas | 1.Bajo 2.Medio 3.Alto |

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

3.3 Instrumentos de recolección de la información

Para la obtención de la información en el presente estudio previo permiso de uso por los autores (ver los Anexos D, F, H) se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación:

- Escala de Autoeficacia General Percibida
- Encuesta de Caracterización de la Persona con Enfermedad Crónica GCPC-UN-P: los instrumentos Escala Índice de Pulses y Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) utilizados son requeridos como parte de la encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica.
- "Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión" 1609.

3.3.1 Escala de autoeficacia general percibida

El instrumento original fue publicado en 1997 en *Applied Psychology: An International Review*, el artículo se titula *The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese. Versions of the General Self-efficacy Scales* sus autores son: Ralf Schwarzer, Judith BaBler, Patricia Kwiatek and Kerstin Schroder.

La versión alemana de esta escala fue desarrollada originalmente por Jerusalén y Schwarzer en 1981, primero como una versión de 20 ítems y más tarde como una reducción de 10 ítems, la escala de autoeficacia general se enfoca con un amplio sentido de competencia para tratar efectivamente con una variedad de situaciones estresantes.

Se mencionan las bases teóricas de Albert Bandura, frente al constructo teórico, además que la autoeficacia tiene que ver con la acción personal, llevando a un nivel de vida auto determinado, y mencionan que la autoeficacia refleja la creencia de ser capaz de controlar las demandas ambientales difíciles mediante la adopción de medidas de adaptación, en este caso en las personas con DM2 se busca que tengan la capacidad de enfrentar las demandas del entorno que llevan a presionarlos en las decisiones respecto al control de la enfermedad.

En el proceso de construcción del instrumento se tuvieron presente algunas de las siguientes premisas

Las personas con mayor autoeficacia se determinan a metas más altas y tareas más difíciles, tienen mayor nivel de esfuerzo y persistencia y se recuperan con mayor rapidez manteniendo el compromiso con sus objetivos, lo que puede llevar a mantener conductas de adherencia terapéutica a largo plazo⁽²⁸⁾.

La autoeficacia no es una idea irreal, se basa en la experiencia y en un comportamiento emprendedor que está al alcance las propias capacidades personales. Además se ha encontrado que altos niveles de eficacia se relaciona con un mejor estado de salud, un mayor rendimiento, y mayor integración social⁽⁸⁷⁾.

La escala de autoeficacia general en español utilizada en la presente investigación, surgió posterior a la traducción oficial y a las pruebas psicométricas realizadas por parte de Schawarzer y et al.⁽⁸⁸⁾.

Es un cuestionario de auto informe de 10 ítems que son contestados mediante una escala Likert de 4 puntuaciones (incorrecto: 1, apenas cierto: 2, más bien cierto: 3 y cierto: 4) donde el puntaje mínimo es 10 y el máximo es 40. En su adaptación para población española, Sanjuán, Pérez y Bermúdez⁽⁸⁹⁾ obtuvieron un coeficiente Alpha de Ries de 0.87, mientras que en su estudio de validación en Chile, Cid, Orellana y Barriga obtuvieron un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.91 (ver el Anexo G).

Se seleccionó este instrumento por ser específico para autoeficacia siendo este uno de los conceptos de este estudio y por contar con las pruebas psicométricas necesarias para poder ser utilizado

3.3.2 Encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-P

Esta ficha fue propuesta por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia., la versión que se empleó en esta investigación es la numero 5 del 6 de marzo de 2014⁽⁶²⁾, es instrumento de caracterización con tres dimensiones que incluyen: 1. Identificación de condiciones del paciente y perfil socio demográfico. 2. Percepción de carga y apoyo y 3. Medios de información y comunicación. La ficha tiene un total de 22 ítems.

Para su aplicación, esta ficha debe contar con dos instrumentos anexos que son: Perfil PULSES y Prueba TEST SPMSQ.

La ficha puede ser auto diligenciada siempre y cuando el paciente esté en condiciones mentales óptimas para hacerlo. Sin embargo las preguntas referentes al PULSES y SPMSQ, por su naturaleza de valoración clínica deben ser diligenciadas por el investigador (ver el Anexo I), la cual ha sido utilizada en investigaciones en Colombia relacionadas con los fenómenos de habilidad de cuidado y calidad de vida^{(90) (91) (92)}.

Se seleccionó este instrumento ya que en conjunto, esta encuesta cuenta con las variables necesarias para caracterizar a personas quienes viven situaciones de enfermedad crónica. Sin embargo, es de aclarar que para efectos del análisis de resultados de esta investigación solo se tienen en cuenta las variables seleccionadas y descritas anteriormente en las Tablas 3 y 4.

- **Escala-Índice de Pulses.** Para las condiciones del paciente incluyen dos instrumentos de valoración El Pulses: “Escala de valoración funcional creada y empleada por Moskowitz en 1957, este acrónimo inglés se refiere a seis funciones así: P = estabilidad de la patología o condición física, U = utilización de miembros superiores, L = locomoción o función de los miembros inferiores, S = función sensorial, E = eliminación o control de esfínteres, S = capacidad de socializar. Este perfil permite cuantificar a través de una escala numérica el nivel de funcionalidad”⁽⁶²⁾. Este instrumento maneja una escala numérica de uno a cuatro, donde uno es independiente para la función, dos requiere de apoyo mecánico (aparato), tres requiere del apoyo mecánico y de otra persona y cuatro es completamente dependiente en cada una de las funciones que son valoradas⁽⁹³⁾. Reporta una consistencia interna con una Alpha Cronbach de 0.74⁽⁹⁴⁾.

- **Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).** El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos) que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo a través de 10 preguntas. Es útil en virtud de su fácil aplicación, no requiere materiales especiales para su administración y se puede aplicar a personas de bajos niveles de escolaridad⁽⁹⁵⁾.

Interpretación:

- Se permite un error de más si no ha recibido educación primaria.
- Intacta: 0 - 2 errores.
- Alteración intelectual mínima: 3 - 4 errores.
- Alteración intelectual moderada: 5 - 7 errores. (Patológico)
- Alteración intelectual severa: 8 -10 errores. (Patológico)

La fiabilidad inter e intra observador del SPMSQ-VE fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82. La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. El área bajo la curva ROC fue de 0,89, siendo la sensibilidad y especificidad de 85,7 y 79,3, respectivamente, para un punto de corte de 3 o más errores, observándose variaciones según nivel de escolarización y edad⁽⁹⁶⁾.

3.3.3 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1609

Instrumento para Medición de adherencia Terapéutica en Personas con Hipertensión arterial y/o DM2.

En lo que respecta a los antecedentes del instrumento se tiene que, la profesión de enfermería cuenta con el “proceso de enfermería”, definido como un método lógico y sistemático, conformado por etapas interrelacionadas, con el fin de brindar un cuidado holístico a la persona, familia o grupos⁽⁹⁷⁾.

La primera etapa del proceso de enfermería consiste en la valoración, donde se reúnen, analizan y validan datos del individuo, la familia y la comunidad⁽⁹⁸⁾. Con base en esta información y los conocimientos científicos, se realiza la segunda etapa, el diagnóstico enfermero, el cual se define como un juicio sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽⁹⁹⁾; luego se desarrolla la etapa de planeación, estableciendo la meta o resultado esperado conjuntamente con el individuo y la planificación de intervenciones y actividades según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) o Nursing

Interventions Classification (NIC), posteriormente se desarrolla la etapa en la que se ejecuta el plan de cuidados⁽¹⁰⁰⁾.

Finalmente, la etapa de evaluación busca medir los cambios de la persona a cada una de las intervenciones realizadas, para ello, enfermería cuenta con la Clasificación de Resultado de Enfermería (CRE) o Nursing Outcomes Classification (NOC).

En la década de los 90's, investigadores de la universidad de IOWA desarrollaron la CRE, mediante el compendio de 280 resultados de enfermería; cada resultado cuenta con definición e indicadores, sustentados bibliográficamente, validados según el método de Fehring, aplicados en la práctica clínica y actualizados periódicamente⁽¹⁰⁰⁾.

El resultado de enfermería se define como “un estado, conducta o percepción variables de las personas o del cuidador, dependientes de las intervenciones de enfermería y conceptualización en niveles de abstracción”; a su vez, se define indicador como “un estado, conducta o percepción variables de las personas o del cuidador, dependientes de las intervenciones de enfermería y utilizados para determinar un resultado de la persona”. Los resultados clasificados cuentan con escalas de medida tipo Likert previamente validadas, cada una de 5 puntos que proporcionan diferentes opciones de la variabilidad en el estado, conducta o percepción de la persona⁽¹⁰⁰⁾.

Ante la necesidad del desarrollo de la operacionalización de los indicadores de los resultados de enfermería de forma válida y reproducible, cuando no existe una prueba de referencia aceptable para evaluar la validez de la medición, se recurre con frecuencia a la evaluación de la validez de constructo; ésta desarrolla una teoría científica relacionando la estructura y demostrando que las relaciones teóricas son apropiadas⁽¹⁰¹⁾.

El resultado de enfermería “Conducta terapéutica. Enfermedad o lesión” (código del CRE: 1609) se define como acciones personales para paliar o eliminar patología. Este instrumento de enfermería evalúa la adherencia a un tratamiento. En esta investigación se considera el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas dadas para el tratamiento específico de la hipertensión arterial en personas con esta patología, teniendo en cuenta que el tratamiento terapéutico en éstas abarca tanto manejo farmacológico como no farmacológico⁽¹⁰⁰⁾ los indicadores del resultado de enfermería: Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (CRE

1609), fueron operacionalizados por Orozco⁽¹⁰²⁾ y modificados para el desarrollo del instrumento y extender su aplicabilidad en personas con DM2.

Inicialmente, este instrumento ha sido valorado en población hipertensa de Bucaramanga, en algunos aspectos psicométricos, como reproducibilidad y concordancia; la primera reportó un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0.93 con IC95%: 0.91 a 0.95, es decir una reproducibilidad casi perfecta y en cuanto a la segunda, se encontró un buen acuerdo dado por un promedio de diferencia de 0.016, y límites de acuerdo de Bland y Altman del 95% entre -0.54 y 0.55⁽¹⁰³⁾.

Luego se realiza un estudio de diseño de evaluación de tecnologías diagnósticas, anidado en un estudio de corte transversal que incluyó 500 personas. Los indicadores de la etiqueta de resultado fueron operacionalizados de acuerdo con los resultados de un estudio previo y a recomendaciones de la literatura. El análisis de la validez de constructo mediante la metodología Rasch, se ejecutó en WINSTEPS. Se evaluó la reproducibilidad del instrumento en 100 personas.

Se obtuvo finalmente una etiqueta unidimensional que incluye 11 indicadores, operacionalizados con una escala de 1 a 5. Se precisa una confiabilidad de los ítems del 1.0. La varianza explicada 62%, sin presencia de un segundo factor y no se presentó funcionamiento diferencial de los ítems por edad o sexo. La reproducibilidad fue de 0.98⁽⁴⁹⁾ (ver el Anexo E).

Con respecto a los indicadores de la NOC⁽⁹⁸⁾ es necesario mencionar que se trata de aspectos concretos de valoración de cada resultado de enfermería de la NOC, que sirven de ayuda para determinar el estado en que se encuentra la persona en relación el resultado de enfermería. Cada resultado tiene un grupo de indicadores asociados que cumplen esta misión.

Los indicadores también proporcionan información por sí mismo de la evolución del proceso, ya que pueden ser utilizados como resultados intermedios o a corto plazo del proceso de cuidados.

Las preguntas hacen referencia a su cumplimiento sobre las recomendaciones del tratamiento para la hipertensión arterial y/o diabetes. No existe respuesta buena o mala, lo importante es conocer con total sinceridad el comportamiento frente a las indicaciones del tratamiento de su enfermedad.

Este instrumento de enfermería evalúa la adherencia a un tratamiento. En esta investigación se considera el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas dadas para el tratamiento específico de la DM2 en personas con esta patología, teniendo en cuenta que el tratamiento terapéutico en éstas abarca tanto manejo farmacológico como no farmacológico ⁽⁴⁹⁾. La adherencia al régimen o tratamiento terapéutico implica realizar las recomendaciones dadas por el personal de salud. La definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes, y adoptado por la OMS como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Por tanto, el tratamiento no farmacológico implica principalmente cambios en el estilo de vida en cuanto a dieta, ejercicio, control del peso, manejo del estrés, consumo de tabaco, consumo de alcohol, asistencia a las citas médicas para el control y seguimiento de la hipertensión arterial así como del tratamiento instaurado, y supervisión de los cambios en el estado de la salud, la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.

El cumplimiento del tratamiento farmacológico es principalmente la toma de los medicamentos siguiendo la prescripción dada según: número de medicamentos, dosis, horario y cuidados en la toma de los fármacos prescritos ⁽⁵⁸⁾.

Para evaluar el resultado de enfermería conducta terapéutica: enfermedad o lesión, los indicadores abordados en el instrumento son los que se aprecian en la Tabla 5:

Tabla 5. Indicadores de resultado etiqueta conducta terapéutica: enfermedad o lesión

| Código | Indicador |
|--------|--|
| 160905 | Cumple con el régimen de medicación |
| 160904 | Cumple el nivel de actividades prescritas |
| 160919 | Sigue la dieta prescrita |
| 160906 | Evita conductas que potencien la patología |
| 160916 | Solicita cita con profesional sanitario cuando es necesario |
| 160921 | Obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario |
| 160908 | Supervisa los efectos terapéuticos |
| 160911 | Supervisa los cambios en el estado de enfermedad |
| 160909 | Supervisa los efectos secundarios del tratamiento |
| 160913 | Altera las funciones el rol para el cumplimiento terapéutico |
| 160920 | Equilibra actividad y reposo |

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

De otra parte, con relación a la guía para el análisis del instrumento se deben tener en cuenta tres pasos:

- Invertir la respuesta de los indicadores marcados con un (*), que corresponden al indicador: evita conductas que potencien la patología y la respuesta a la pregunta de ítem 10C del indicador altera las funciones el rol para el cumplimiento terapéutico.
- Sumar el número de respuestas afirmativas en cada indicador. El instrumento permite analizar cada uno de los indicadores de forma individual para luego establecer el promedio de los 11 indicadores previamente puntuados de 1 a 5 de acuerdo con el nivel de respuestas positivas y los ítems del Indicador.
- Asignar la puntuación NOC a cada indicador.

Una vez aplicado, se procede a realizar la valoración del resultado. La puntuación en las escalas Likert de medición de los indicadores ayudan a la enfermera a determinar la puntuación del resultado, cada escala tiene cinco alternativas que van desde 1 es nunca, 2 raramente, 3 en ocasiones, 4 frecuentemente y 5 constantemente manifestado.

A las respuestas de cada pregunta se les concede una puntuación. En general la puntuación más alta es para la aceptación de las actitudes consideradas como positivas o puntuaciones bajas de 1 o 2 con las consideradas negativas.

Se escogió este instrumento por el abordaje multifactorial para la adherencia terapéutica y por ser propio de la disciplina de enfermería. Por los antecedentes de construcción y la pertinencia con la población a estudiar.

-Para obtener el puntaje correspondiente a la adherencia terapéutica, se deben sumar el resultado de cada uno de los indicadores y dividir en el número total de indicadores.

3.3.4 Procesamiento de la información y análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el Software estadístico IBM SPSS. Versión 22, licenciado para la Maestría de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Se realizó evaluación del supuesto normalidad de cada variable con la prueba Kolmogorov-Smirnov K-S⁽¹⁰⁴⁾, la cual es una prueba no paramétrica que determina la bondad de ajuste de dos distribuciones de probabilidad entre sí; es aplicable a la muestra de este estudio porque supera los 50 datos en la muestra por variable.

Planteamiento de la hipótesis para el supuesto de normalidad de los datos:

- Hipótesis alterna (Ha): La distribución de la variable seleccionada es distinta a una distribución normal
- Hipótesis nula (Ho): La distribución de la variable seleccionada proviene de una distribución normal.

Nivel de significación para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05, se acepta Ha y se rechaza Ho y para todo valor de probabilidad mayor que 0.05, se acepta Ho y se rechaza Ha.

Para la descripción de variables continuas con distribución normal se utilizó la media, intervalo de confianza del 95% y la desviación estándar y en caso contrario la mediana y rango intercuartil. Las variables categóricas se presentan como número y proporción.

Para la estimar la relación entre las variables autoeficacia general percibida y adherencia terapéutica se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

3.3.5 Riesgos del diseño y sesgos de la investigación

Para minimizar los riesgos del diseño es preciso el compromiso de la aplicación rigurosa de los parámetros establecidos para los estudios de correlación, durante todo el desarrollo de la investigación se recibió orientación de la directora de tesis y la asesoría de las docentes de la

línea de cuidado para la salud cardiovascular así como del estadístico de la Universidad Nacional de Colombia.

El riesgo de errores en la administración de pruebas se controló a través del entrenamiento por el investigador principal de las personas que aplicaron los instrumentos, quien previamente se documentó y entreno en este proceso.

- **Sesgo de selección:** estos sesgos se disminuyeron cumpliendo con la selección de la muestra de acuerdo al criterio de inclusión, llevar más de tres meses en el programa o control médico, para garantizar una verdadera percepción de los servicios de salud, además se abordaron en la consulta externa a fin de garantizar la asistencia.

- **Sesgo de información:** en el presente estudio se consideró que los participantes tienen apreciaciones subjetivas al responder cuestionamientos objetivos, mediados por las experiencias previas entre otros de cada uno de los participantes se controló con la explicación previa de que los instrumentos utilizados son autoreportados y confidencial se podían presentar en la medida que los participantes sean subjetivos al responder asuntos objetivos, a la aceptabilidad social enmascaren la verdadera respuesta y recuerdo. Se controló con la explicación previa de los instrumentos, en cuanto al objetivo y forma de diligenciamiento.

3.4 Mecanismos de socialización y divulgación de los resultados

La divulgación se realizará a través de la presentación de resultados en:

· La Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, como comunidad académica. Además, se hará entrega en medio magnético del informe final de tesis de maestría a la biblioteca de la Universidad, para ser incluida dentro repositorio de consulta de la misma.

· En Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, se socializaron los resultados ante el comité de ética institucional de forma oral y escrita mediante un informe final y a las personas que participaron en el estudio, convocándolas a una reunión en el auditorio de la institución.

- Un artículo de investigación para publicación en revista indexada.

3.5 Almacenamiento de los registros

Los formatos individuales de cada participante se colocaran en un folder el paquete final de 178 formatos ordenados en secuencia por códigos debidamente marcados y protegidos por los investigadores, los consentimientos informados serán almacenado en un folder distinto. Estos formatos serán guardados por cinco años después de terminada la investigación y solo tendrán acceso a la información los investigadores del estudio con fines únicamente de análisis.

4. Resultados

En total se reclutaron 178 personas, en un periodo comprendido entre los meses de abril y mayo del año 2016, a las cuales se les aplicó la ficha de caracterización del paciente crónico, el instrumento conducta terapéutica enfermedad o lesión que permite medir la adherencia terapéutica para diabéticos tipo 2 y la escala de autoeficacia general percibida.

4.1 Características sociodemográficas de la muestra del estudio

El análisis de las variables sociodemográficas y condiciones clínicas de los participantes se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva.

A continuación se presenta la tabla 6 en la cual se muestran las variables sociodemográficas del estudio, aspectos a considerar en las personas con diabetes ya que esta influyen en las conductas orientadas hacia la salud y en los aspectos motivacionales que determinan la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con DM2.

Tabla 6. Descripción Variables Sociodemográficas de las personas con DM2

| Característica Sociodemográfica | n | % |
|--|--------------------|----------|
| Género Femenino | 112 | 62,9 |
| Edad* | 67,2 [65,7 – 68,8] | 10,45 |
| <i>Nivel de Escolaridad</i> | | |
| Ninguno | 7 | 3,9 |
| Primaria | 115 | 64,6 |
| Secundaria | 44 | 24,7 |
| Universidad | 10 | 5,6 |
| Posgrado | 2 | 1,1 |
| <i>Estado Civil</i> | | |
| Casado | 89 | 50,0 |
| Viudo | 41 | 23,0 |
| Soltero | 23 | 12,9 |
| Separado | 13 | 7,3 |
| Unión Libre | 12 | 6,7 |
| <i>Ocupación</i> | | |
| Hogar | 111 | 62,4 |
| Pensionado | 36 | 20,2 |
| Empleado | 18 | 10,1 |
| Trabajador Independiente | 13 | 7,3 |
| Lugar de Residencia <i>Urbana</i> | 163 | 91,6 |
| <i>Estrato Socioeconómico</i> | | |
| 1 | 34 | 19,1 |
| 2 | 66 | 37,1 |
| 3 | 47 | 26,4 |
| 4 | 31 | 17,4 |
| Religión <i>Católica</i> | 151 | 84,8 |
| <i>Compromiso Religioso</i> | | |
| Alto | 104 | 58,4 |
| Medio | 60 | 33,7 |
| Bajo | 13 | 7,3 |

* Los datos describen media, [IC] y DE

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Se observan las características sociodemográficas valoradas en el estudio en los 178 participantes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, donde la edad presentó una distribución normal (K-S 0,200), con un promedio de 67,2 años con un intervalo de confianza de 95% entre 65,7 y 68,8 años, la mayor proporción 62,9% (112) son mujeres, el nivel de escolaridad de los pacientes, fue del 64,6% con primaria, el 24,7% con secundaria, y los niveles de formación profesional con un 6,7%, mientras que el 3,9% no tenían escolaridad, resaltando que todos los participantes incluidos en el estudio sabían leer y escribir.

La distribución porcentual por estado civil muestra que el 50.0 % de la muestra del estudio son casados y el 6,7% están en unión libre, el 23,0% de la población se encuentran viudos y el 7,3% separados, el 12,9 % de la población son solteros.

La ocupación que predomina es hogar 62,4(111), en concordancia con la mayoría del género femenino de la muestra, seguido de los pensionados con un 20,2%.

En cuanto al lugar de residencia el 91,6% lo hace en zona urbana. El estrato socioeconómico predominante fue el dos (37,1%), seguido del estrato tres (26,4%), estrato uno (19,1%) y por último estrato cuatro (17,4%). De acuerdo con lo descrito por Flórez⁽¹⁰⁵⁾ existen factores que influyen en la adherencia, que son características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. Entre estas tenemos las características socioeconómicas, las relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria.

Al analizar la variable religión el 84,8% son católicos, 8,4% cristianos y el restante 6,7% están vinculados a otras religiones, con un compromiso religioso alto (58,4%), moderado 33,7% y bajo 7,3%. Al respecto del Refugio, Vázquez y Whetsell ⁽¹⁰⁶⁾, señala que permanecer profesante de un religion aporta de forma significativa al bienestar espiritual de la personal y este a su vez actúa como estímulo contextual positivo, para estos autores la fe ayuda a los diabéticos a apreciar el sentido de la vida y contribuye de manera significativa a tratar de lograr la adaptación a estilos de vida favorables.

El análisis de estas variables permite determinar aspectos relacionados con la adherencia terapéutica de personas con DM2 las cuales influyen en diferentes grados en las conductas orientadas hacia la salud y las prácticas de cuidado que realizan las mismas.

Ahora bien la tabla 7, presenta las condiciones de estado mental, funcionalidad y años de diagnóstico de la DM2 de los participantes del estudio, con respecto a la funcionalidad el 88,2% de la muestra del estudio presentó baja disfunción.

Tabla 7. Condiciones de los participantes

| Característica Clínica | n | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| <i>Valoración Funcional</i> | | |
| Baja Disfunción | 157 | 88,2 |
| Mediana Disfunción | 15 | 8,4 |
| Alta Dependencia | 6 | 3,4 |
| <i>Estado Cognitivo</i> | | |
| Intacta | 142 | 79,8 |
| Alteración Intelectual Mínima | 36 | 20,2 |
| Años con DM2* | 10 | [5-15] |

* Los datos describen mediana y RIQ

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Con relación al estado cognitivo los participantes se mantuvieron en intacta (79.8%) y alteración intelectual mínima (20.2%).

Es importante exponer la importancia de documentar el estado cognitivo, puesto que esté influye como predictor de la adherencia relacionado con el estado de salud de la persona, en especial en tratamiento de largo plazo. Un significativo meta análisis analizado por Mediavilla⁽¹⁰⁷⁾ señala que en común el estado mental, se asoció consistentemente con la adhesión a través de los múltiples estudios con diferentes poblaciones y diseños; concluye además que las causas de la falta de adherencia a los tratamientos prescritos en las personas con diabetes son múltiples, y de la misma manera lo deben ser las estrategias e intervenciones descritas para mejorar el cumplimiento terapéutico. Lo anterior indica que los mayores beneficios se obtienen con la asociación de diversas intervenciones como son: las

intervenciones cognitivas y educativas, intervenciones conductuales y de asesoramiento, intervenciones socio-psico-afectivas, intervenciones basadas en dar feedback sobre la adhesión, esta a su vez, deben ser individualizadas y adaptadas a cada paciente.

En cuanto al tiempo con la enfermedad, expresado en años desde la realización del diagnóstico con DM2 (K-S 0,000), observamos que los datos analizados no presentan una distribución normal, con una mediana de 10 años y un rango intercuartil entre 5-15 años.

4.2 Adherencia terapéutica con la etiqueta conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1609.

Para el análisis de la variable adherencia terapéutica se realizó la prueba de normalidad K-S, la cual siguió una distribución diferente a la normal (Tabla 8).

Tabla 8. Prueba de normalidad para la adherencia terapéutica

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|------------|---------------------------------|-----|-------------|--------------|-----|-------------|
| | Estadístico | n | p | Estadístico | n | p |
| ADHERENCIA | ,070 | 178 | ,032 | ,989 | 178 | ,204 |

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Posteriormente, se obtuvo la adherencia terapéutica del promedio de los indicadores de adherencia según las puntuaciones dadas en cada uno de los 11 componentes de acuerdo al instructivo del instrumento suministrado por los autores, para obtener una variable cuantitativa-continua (ver aparte 3.3.3),

El resultado de la medición con la que se presenta la adherencia terapéutica de la muestra es una mediana de 3,7 y un rango intercuartil entre 3,3 - 4,1.

Lo que permite determinar que la adherencia o conducta terapéutica en las personas es 74% del 100% esperado.

Seguidamente, la tabla 9 describe los componentes de la adherencia terapéutica de acuerdo al análisis de los once indicadores del instrumento conducta terapéutica enfermedad o lesión los cuales se miden en: constantemente manifestada (5), frecuentemente manifestada (4), en ocasiones manifestada (3), raramente manifestada (2) y nunca manifestada (1).

Tabla 9. Distribución Indicadores de resultado para Adherencia terapéutica

| Indicadores | Nunca | | Raramente | | En Ocasiones | | Con Frecuencia | | Constantemente | |
|--|-------|------|-----------|------|--------------|------|----------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Régimen de Medicación | 6 | 3,4 | 2 | 1,1 | 1 | 0,6 | 9 | 5,1 | 160 | 89,9 |
| Actividades prescritas | 74 | 41,6 | 12 | 6,7 | 32 | 18,0 | 15 | 8,4 | 45 | 25,3 |
| Dieta Prescrita | 1 | 0,6 | 3 | 1,7 | - | - | 46 | 25,8 | 128 | 71,9 |
| Evita conductas que potencien la patología | 1 | 0,6 | 7 | 3,9 | 25 | 14,0 | 39 | 21,9 | 106 | 59,6 |
| Solicita cita o asesoramiento profesional | 1 | 0,6 | 2 | 1,1 | 37 | 20,8 | 50 | 28,1 | 88 | 49,4 |
| Supervisa los efectos terapéuticos | 18 | 10,1 | 38 | 21,3 | 27 | 15,2 | 31 | 17,4 | 64 | 36,0 |
| Supervisa los cambios en el estado de enfermedad | 35 | 19,7 | 5 | 2,8 | 9 | 5,1 | 14 | 7,9 | 115 | 64,6 |
| Supervisa los efectos secundarios del tratamiento | 115 | 64,6 | 14 | 7,9 | 10 | 5,6 | 12 | 6,7 | 27 | 15,2 |
| Reconoce las complicaciones de ser diabético | 84 | 47,2 | 2 | 1,1 | 13 | 7,3 | 13 | 7,3 | 66 | 37,1 |
| Altera las funciones el rol para el cumplimiento terapéutico | 8 | 4,5 | 51 | 28,7 | 55 | 30,9 | 42 | 23,6 | 22 | 12,4 |
| Equilibra actividad y reposo | 1 | 0,6 | 2 | 1,1 | 15 | 8,4 | 73 | 41,0 | 87 | 48,9 |

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Al analizar los resultados para cada indicador de la conducta en la muestra seleccionada de personas con DM2 para favorecer la adherencia terapéutica. Se determina lo siguiente:

El cumplimiento del régimen de la medicación mostro una adherencia en el indicador constantemente manifestada en el 89,9% de los participantes, con frecuentemente manifestada en el 5,1% y nunca manifestada en 3,4%.

El nivel de cumplimiento de la actividad física prescrita se presenta con una adherencia con el indicador de nunca manifestada en el 41,6%, 25,3% en constantemente manifestada, 18,0% en ocasiones manifestada, 8,4% con frecuencia manifestada y 6,7% raramente manifestada.

Abordando el seguimiento a la dieta prescrita la adherencia para este indicador se encuentra en

constantemente manifestada 71,6% de la muestra, el 25,8% con frecuencia manifestada, y niveles bajos de raramente manifestada (1,7 %) y nunca manifestada (0,6%).

El indicador de evita conductas que potencian su patología, la adherencia manifestada por la muestra estuvo en 59,6% como constantemente manifestada, el 21,9% en frecuentemente manifestada, el 14,0% en ocasiones manifestada, el 3,9% raramente manifestada y el 0,6% nunca manifestada.

En cuanto al indicador solicita cita con profesional sanitario cuando es necesario u requiere obtener asesoramiento de un profesional, se encontró una adherencia, constantemente manifestada en el 49,4% de la muestra, el 28,1% en frecuentemente manifestada, el 20,8 en ocasiones, el 1,1% raramente y el 0,6% nunca manifestada.

El indicador seis permite conocer el comportamiento de la persona con DM2 en relación a la supervisión de los efectos terapéuticos, con autocontrol glucémico, registró en casa de los valores obtenidos (fecha, hora y valores); así como la facilidad para conseguir un glucómetro y peso en el último mes. Al analizar este aspecto se presenta una adherencia en constantemente manifestada en el 36,0%, el 17,4% con frecuencia manifestada, el 15,2% en ocasiones manifestada, el 21,3% raramente manifestada y el 10,1% nunca manifestada.

Las personas con DM2 en relación a la supervisión de los cambios en el estado de enfermedad, en este indicador se evalúa al paciente en el reconocimiento de los síntomas de descompensación, según los mencione durante la encuesta el entrevistador lo acepta como identificado, la adherencia de este indicador se encuentra en 64,6% para constantemente manifestado, el 19,7% de la muestra en nunca manifestado, el 7,9% con frecuencia manifestado, el 5,1% en ocasiones manifestado y el 2,8% raramente manifestado.

El comportamiento del indicador de supervisión de los efectos secundarios del tratamiento, la adherencia es de 64,6% para el indicador nunca manifestado, el 15,2% constantemente manifestado, el 19,7 % nunca manifestado, el 7,9% con frecuencia manifestado, el 5,1% en ocasiones manifestada y el 2,8% raramente manifestado.

Se presentan los resultados respecto al indicador reconoce las complicaciones de su enfermedad y los síntomas asociados a estas, el 47, 2% nunca manifestado, el 37,1% constantemente manifestada, en ocasiones y con frecuencia manifestado presentan el 7,3% cada uno y raramente manifestado el 1,1 %.

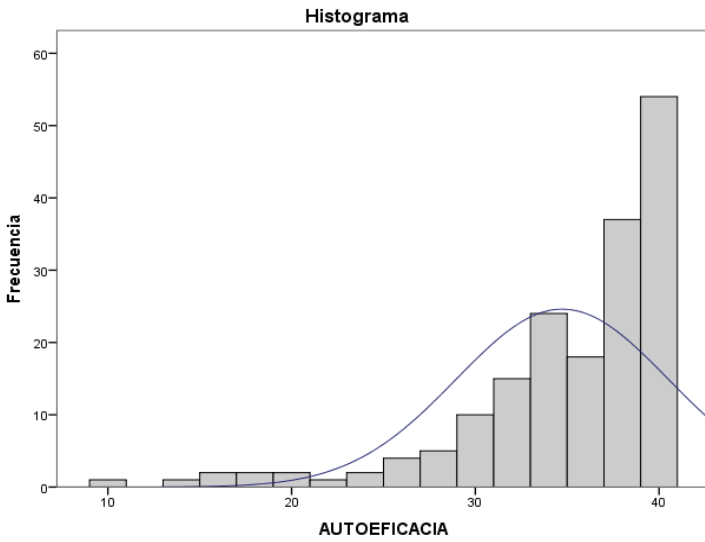
Para evaluar las alteraciones de las funciones en el rol para el cumplimiento terapéutico, se examina si la persona durante el día interrumpe las actividades del hogar/trabajo para asumir conductas de salud y tratamiento, además de modificaciones de las funciones para ayudarle al cumplimiento del tratamiento de los miembros de la familia, la adherencia encontrada en la muestra para este indicador fue de 30,9% en ocasiones manifestada, (28,7%) raramente manifestada, el 23,6% con frecuencia manifestada, el 12,4% constantemente manifestada y el 4,5% nunca manifestada.

Por último, se aborda el equilibrio entre actividad y reposo, se interpreta como una adherencia al indicador de constantemente manifestada (48,9%), con frecuencia (41,0%), en ocasiones (8,4%), raramente (1,1%) y nunca manifestada 0,6%).

4.3 Nivel de autoeficacia percibida en personas con diabetes mellitus tipo 2

El cumplimiento del tercer objetivo específico el cual consistió en identificar el nivel de autoeficacia percibida en personas con DM2, permitió analizar la variable autoeficacia en los 178 participantes, luego de realizar las pruebas de normalidad de esta variable se obtuvo a través de kolmogorov-Smirnov 0.181 $p= 0.000$ y Shapiro-Wilk: 0.807 $p= 0.000$. Por lo tanto en concordancia con los resultados se rechaza la hipótesis nula de normalidad de la distribución. Se presenta la autoeficacia general para la muestra estudiada con una mediana de 37 y rango intercuartil entre 32 – 39 puntos. (Ver gráfico 1 y 2)

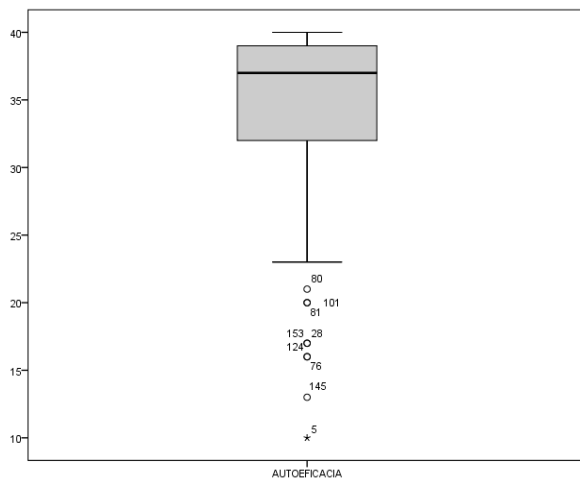
Gráfico 1. Distribución Variable Autoeficacia General



Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Se observa una curva de distribución asimétrica, con una mayor concentración de valores altos de autoeficacia a la izquierda de la media, con un sesgo negativo prominente; permitiendo afirmar que la media (34,73) es menor a la mediana (37) de los valores hallados de autoeficacia para la muestra.

Gráfico 2. Distribución del Puntaje de Autoeficacia General



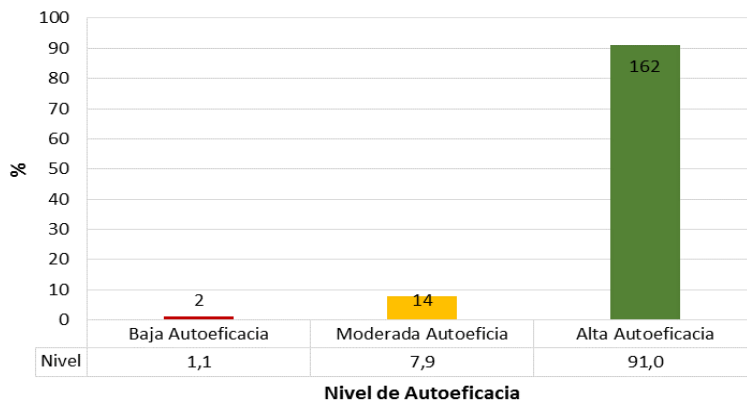
Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

En la muestra del estudio se presentó una mediana de 37 para la autoeficacia general con un rango intercuartil entre 32 – 39 puntos.

La verificación de la consistencia interna de la escala de autoeficacia general se realizó con la muestra de 178 sujetos. Se encontró una consistencia interna con un coeficiente α de Cronbach = 0,862, valor que refiere un buen grado de fiabilidad del instrumento lo que significa que mide aquello que pretende medir y por tanto se asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados, lo que concuerda con los hallazgos en la literatura que muestran que la escala ha sido traducida a más de 25 idiomas y utilizada en muchos estudios, reportando una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0.79 y 0.93⁽⁵⁰⁾⁽⁸⁷⁾⁽⁸⁹⁾

Para describir la autoeficacia por niveles se tuvo en cuenta las categorías usadas por Figueroa⁽¹⁹⁾ en su estudio en una población de Bucaramanga, la autora estableció los puntajes así: de 28 a 40 significa alta autoeficacia, de 16 a 27 moderada autoeficacia y de 4 a 15 baja autoeficacia. Los resultados para la muestra analizada en el presente estudio y los cuales se observan en el gráfico 3.

Gráfico 3. Autoeficacia por Niveles

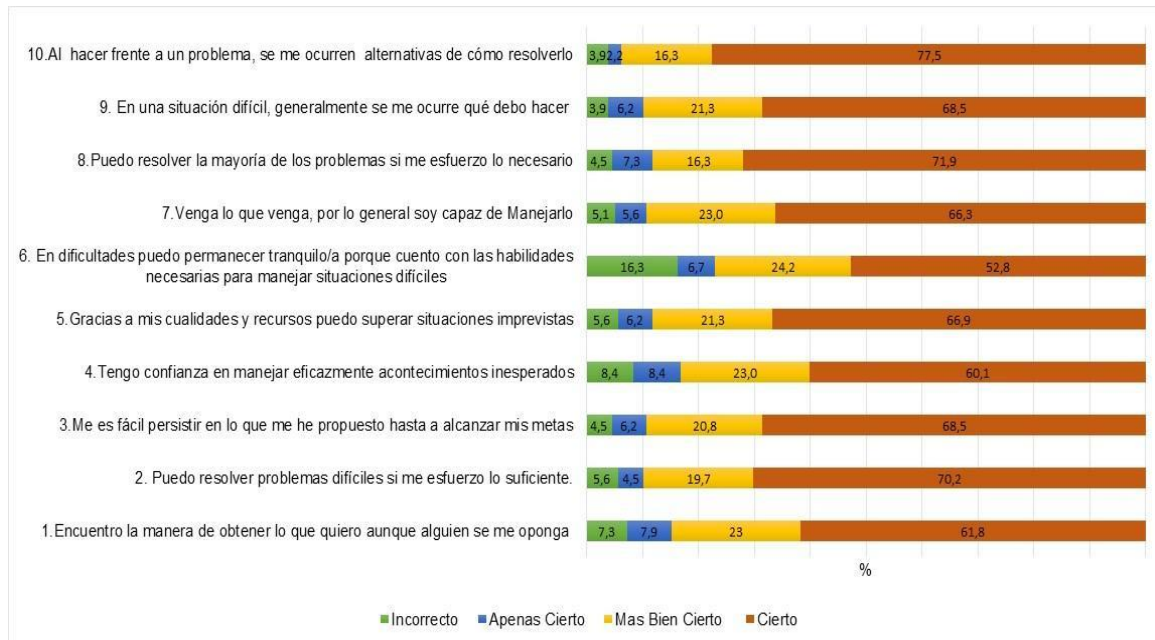


Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

Se evidencia que el 91% presenta alta autoeficacia, el 14% moderada autoeficacia y tan solo el 4% baja autoeficacia.

Para profundizar en el análisis de la autoeficacia se elaboró el gráfico 4, que presenta el comportamiento por ítems de la escala, se evidencia que solo el ítem 6 presentó niveles de respuesta menores al 55% para cierto.

Gráfico 4. Análisis por ítems escala de autoeficacia general



Fuente
:
Rincón
M.
[elaboración propia]
Autoeficacia y adherencia terapéutica

en persona con DM2 (2016).

4.4 Relación existente entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2

El cuarto objetivo específico se planteó analizar la relación existente entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en personas con DM2 que asisten a una institución prestadora de salud del Municipio de Bucaramanga.

Los hallazgos de esta investigación reportan que el coeficiente de correlación de Spearman para las variables de estudio en la muestra, obtuvo un valor $r = 0,103$ y una $p: 0,170$ lo que significa que no hay una relación estadísticamente significativa entre los fenómenos de estudio (tabla 10).

Consideramos adecuado analizar el hecho que nos ocupa adherencia terapéutica en personas con DM2 como una conducta compleja, que se desarrolla en la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto a los componentes de la conducta de cumplimiento o adhesión, ni en las condiciones que la explican⁽⁵⁸⁾.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones⁽²⁰⁾.

De acuerdo a la mencionado anteriormente, la adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.

Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

La tabla 10 muestra además la correlación de la autoeficacia general con los once indicadores evaluados que componen la adherencia terapéutica encontrándose una correlación estadísticamente significativa para los indicadores de actividad física prescrita (p : 0,000) y equilibra actividad y reposo (p : 0,006); para el resto de los indicadores no se encontró correlación estadísticamente significativa.

Tabla 10. Matriz de relación entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica y sus componentes.

| Indicadores | Autoeficacia General | |
|--|-----------------------------|-------------------|
| | Coefficiente de Correlación | Valor de <i>p</i> |
| Adherencia Terapéutica | 0,103 | 0,170 |
| Régimen de medicación | 0,070 | 0,350 |
| Actividades prescritas | 0,281 | 0,000* |
| Dieta prescrita | -0,064 | 0,391 |
| Evita conductas que potencien la patología | 0,134 | 0,075 |
| Solicita cita o asesoramiento profesional | -0,076 | 0,312 |
| Supervisa los efectos terapéuticos | 0,065 | 0,385 |
| Supervisa los cambios en el estado de enfermedad | -0,098 | 0,194 |
| Supervisa los efectos secundarios del tratamiento | -0,005 | 0,944 |
| Reconoce las complicaciones de ser diabético | -0,013 | 0,867 |
| Altera las funciones el rol para el cumplimiento terapéutico | 0,057 | 0,453 |
| Equilibra actividad y reposo | 0,205 | 0,006* |

* Estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Fuente: Rincón M. [elaboración propia]. Autoeficacia y adherencia terapéutica en persona con DM2 (2016).

4.5 Discusión de Resultados

En este capítulo se contrastan los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos de la investigación, se realiza el análisis y discuten los resultados teniendo en cuenta los datos y los hallazgos encontrados en otras investigaciones y reportadas en la literatura revisada, además de los criterios de la autora.

4.5.1 Variables sociodemográficas, estado cognitivo y funcionalidad

En el presente estudio la mayor proporción de incluidos fueron mujeres, con una edad promedio mayor a 60 años. Al respecto datos preliminares del Observatorio de Salud Pública

de Santander (OSPS), a partir del estudio Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander STEPwise– 2015, de cada 100 santandereanos aproximadamente 6 tienen diagnóstico de diabetes mellitus (DM), siendo la prevalencia de esta enfermedad mayor en personas de 45 a 64 años, además aproximadamente 9 de cada 100 atenciones realizadas a adultos mayores de 60 años en el 2013 fueron generadas a causa de la diabetes mellitus, y es el doble de frecuente en mujeres en comparación con los hombres⁽⁸⁾, Figueroa⁽¹⁹⁾ describe los factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular con una muestra mayoritariamente femenina (54,3%) lo que concuerda con la muestra encontrada en el presente estudio. Es posible que la distribución por género de la muestra del estudio, refleje estos factores sobre el diagnóstico y atención de usuarios con DM2.

En algunos estudios la educación ha sido asociada con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECN), pues se señala una relación positiva entre el nivel educativo y la conducta preventiva⁽⁹⁰⁾. En el presente estudio los participantes en su mayoría tenían educación primaria, seguida de la secundaria y a pesar de que se incluyeron personas sin ningún nivel educativo, se aclara que todos sabían leer y escribir; estos hallazgos contrastan con los resultados descritos por Fagalde y et al.⁽¹⁰⁸⁾ quienes encontraron que el nivel de escolaridad tiene una relación inversa con la prevalencia de diabetes, por tanto hay mayor número de factores de riesgo para DM2 en grupos educación básica y media incompleta; por otro lado hay literatura⁽¹⁰⁹⁾ que ha demostrado que los niveles básicos de educación proporcionan en algún grado fortalecimiento de relaciones personales, sociales e integración social.

Es llamativo que a pesar de ser la Institución donde se realizó el reclutamiento centro de referencia de atención a población rural, el porcentaje de lugar de residencia en zona urbana fue mayor, lo que concuerda con lo señalado por Aschner⁽⁶⁾ en su estudio donde afirma que Colombia es un país en transición demográfica por el envejecimiento y la urbanización de su población, esto hace que la DM2 sea por lo menos, 4 veces más frecuente en la población urbana que en la rural haciéndola un factor de riesgo para la presencia de cambios de estilo de vida susceptibles de intervención, como son: el sedentarismo y el deterioro de la alimentación que conducen a la obesidad; siendo estos contribuyentes al desarrollo de DM2.

De otra parte, se ha descrito relación entre el estrato socioeconómico y la adherencia al tratamiento; Agudelo y et al.⁽⁴⁾ encontraron asociación entre el bajo estrato socioeconómico y el abandono del tratamiento y el asumir estilos de vida saludable, en este estudio se encontró que la mayoría de los participantes son de estrato dos y tres donde la mediana de adherencia al tratamiento estuvo entre 3 y 4.

Referente al tiempo con la enfermedad, expresado en años desde la realización del diagnóstico de DM2, en este estudio se encontró una mediana de 10 años. También, similar a lo encontrado por Alba y et al.⁽¹¹⁰⁾ donde la mayoría de los pacientes obtuvieron un tiempo promedio de evolución de la enfermedad observado de 13 años, lo que representa el carácter crónico de esta patología.

A pesar del carácter crónico de la DM2 y las complicaciones asociadas, la mayoría de personas incluidas en el presente estudio, son funcionales de acuerdo con los resultados de la valoración de PULSES⁽⁶²⁾ sumado a que la mayoría presenta la condición de no tener cuidador, lo que contribuye a indicar conservación de funcionalidad y autonomía. Esta circunstancia concuerda con lo señalado en el estudio de Ávila y et al.⁽¹¹¹⁾ dado que la adecuada valoración funcional orienta a los profesionales de la salud para prevenir y tratar los principales problemas de la persona con DM2, fortalece las intervenciones requeridas por ella, y logra mejores resultados al momento de reducir la sintomatología y mejorar el estado emocional del paciente; por tanto, las personas con baja disfunción se sentirán en la capacidad de ser autónomos para asumir las conductas de adherencia y por tanto, se presume, tendrán una alta autoeficacia.

En lo que respecta al estado civil, el comportamiento de la muestra indica que la mayor proporción de la población se encuentra casada o en unión marital libre. Este hecho permite inferir que la composición familiar juega un papel fundamental en la adherencia terapéutica de las personas con DM2, convirtiendo el apoyo familiar en un elemento clave para el manejo y control de la enfermedad⁽²³⁾, lo cual sugiere que las personas con DM2 que no cuentan con una red de apoyo social efectiva, serán más susceptibles de fracasos al emprender acciones de adherencia terapéutica.

Bajo esta premisa Refugio y et al.⁽¹⁰⁶⁾, establece en su estudio de bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos que estas personas no solo son afectadas físicamente sino

que también desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa, los cuales se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo entre otras. Pese a que en este estudio no se evaluaron estos factores, es claro que su presencia incide negativamente en el paciente con DM2 (deterioro psicológico asociado a la progresión de la enfermedad), por lo que la profundización de la dimensión espiritual del cuidado en enfermería, forma parte de un reto para asumir el estudio de la autoeficacia en el ser humano.

Son importantes los aspectos mencionados ya que al tenerlos en cuenta, en los programas de riesgo cardiovascular poco se ofrece el soporte de un profesional de psicología y por lo tanto, el llamado es a los profesionales de enfermería que lideran programas de promoción y prevención para que aborden intervenciones relacionadas al apoyo psicológico tanto al paciente como a su familia, y al establecimiento de estrategias de remisión a otras especialidades clínicas, puesto que los apoyos con los que cuente la persona con DM2, determinan de manera contundente la forma en que vive la experiencia de vivir con una enfermedad crónica⁽⁹⁰⁾ y de la forma como asumen la experiencia de vida influye directamente como una fuente de información para la autoeficacia.

4.5.2 Relación entre Autoeficacia y Adherencia terapéutica de las personas con DM2 del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros

La prevalencia e incidencia de la DM2 en Colombia es una de las más grandes preocupaciones para los entes gubernamentales y las sociedades científicas. A pesar de los esfuerzos para el control y manejo de la diabetes, esta entidad clínica sigue constituyendo un importante problema de salud pública en nuestro país, lo que justifica la necesidad de intervenir de manera efectiva en el control de la adherencia terapéutica en la población afectada⁽²²⁾.

El presente estudio se encontró una adherencia terapéutica calificada como *En ocasiones manifestada* (3) a *Frecuentemente manifestada* (4), lo cual indica que dicha adherencia se ubica en una calificación de valores positivamente aceptados según la Escala de Resultado de NOC y analiza en una escala ponderada de 0-100%, esto correspondería a una adherencia terapéutica del 74%. En este sentido la OMS⁽²⁵⁾ reporta una adherencia del 50% a nivel mundial, pero esta cifra resulta menor en los países en vía de desarrollo como Colombia; por lo que al contrastar esta cifra con los hallazgos del presente estudio, se encuentra que se ubica por encima de la media mundial.

Además, al contrastar los hallazgos con reportes de estudios sobre la adherencia a los tratamientos en DM2 como el desarrollado por Alayón y Mosquera⁽⁴³⁾ se observa un puntaje promedio fue 4.6 en la escala analizada en dicho estudio que correspondió al 66% de la adherencia perfecta, cifras que coinciden aún más con el presente estudio. La American Association of Clinical Endocrinologist en el período 2003-2004 reportó una adherencia cerca del 70% ⁽¹¹²⁾, dato que se asemeja aún más a los resultados de este estudio.

Sin embargo, se encuentran reportes que ofrecen cifras menos alentadoras respecto a la adherencia al tratamiento como las del estudio de González y Et al.⁽⁷⁹⁾, donde sólo el 21.7% de las personas estudiadas se ubicaron como adherentes a su tratamiento. Similares resultados se encuentran en el estudio de Figueroa y Gamarra⁽¹⁹⁾ en Bucaramanga donde la prevalencia de pacientes adherentes al tratamiento fue de 34.5%.

Con el fin de abordar el fenómeno de adherencia terapéutica de una forma más completa, se realizó análisis de los indicadores que componen la adherencia terapéutica, encontrando mayores porcentajes de adherencia con constantemente manifestada en los indicadores: cumple con el régimen de la medicación, dieta prescrita, supervisa los cambios en el estado de la enfermedad y evita conducta que potencian la patología (tabaquismo, consumo de alcohol y estrés).

Lo contrario se describe en los indicadores de este estudio sobre: cumple actividades prescritas, supervisa los efectos secundarios del tratamiento y reconoce las complicaciones de ser diabético los cuales presentaron niveles de adherencia terapéutica en nunca manifestada por encima del 40% de los participantes.

Al respecto, Alayón y Mosquera ⁽⁴³⁾ tuvieron en su estudio los puntajes más elevados de adherencia donde registraron para la ausencia del hábito de fumar un 94.2% y en el cumplimiento de medicación se obtuvo un 88.5%, mientras que las peores puntuaciones se registraron en el automonitoreo de glucosa, la práctica de ejercicio físico y las actividades preventivas como cuidado de extremidades. Estos hallazgos coinciden con los datos encontrados en el presente estudio en relación a la actividad física prescrita dado que, como se mencionó anteriormente, se trató de un indicador de baja adherencia.

Por tanto, el fenómeno de la adherencia terapéutica supone retos para el profesional de enfermería, dado que permite orientar el actuar en esta disciplina y de esta forma, diseñar e implementar estrategias de intervención para el cuidado de la salud cardiovascular de las personas con DM2, dando solución a los problemas planteados en la práctica diaria asociados a los comportamientos de adherencia terapéutica y a sus factores influyentes.

Se ha indagado sobre los factores que pueden favorecer la motivación del paciente por la adherencia terapéutica, una de las variables psicológicas que ha demostrado tener relación con los comportamientos promotores de salud es la autoeficacia⁽²⁸⁾. En este estudio, los niveles de autoeficacia hallados fueron altos para el 91% de los participantes, con un rango intercuartil entre 32–39 puntos, similar a las cifras reportadas de autores como González y et al.⁽⁷⁹⁾, en su estudio con 314 personas con DM2 de México en donde encontraron que el 81.5% de los participantes tiene alta autoeficacia. Así como el estudio de Figueroa y Gamarra⁽¹⁹⁾ el cual presentó factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular que incluyó a 407 personas con DM2, reportando una autoeficacia alta para el 57.2% de la muestra.

A partir de los datos recolectados y el análisis estadístico se obtuvo un coeficiente de correlación lineal de Spearman entre las dos variables de estudio autoeficacia y adherencia terapéutica de $r=0.103$, lo cual fue estadísticamente no significativo con una $p=0.170$, aspecto que se interpreta como ausencia de relación entre las variables de escasa a nula de acuerdo al rango de relación (0 – 0,25: Escasa o nula)⁽¹⁰⁴⁾. Estos resultados lo que probablemente infieren es que, una persona con alta autoeficacia puede tener o no conducta constantemente manifestadas de adherencia terapéutica, o por el contrario, una persona adherente puede ser altamente eficaz o no serlo.

Los anteriores hallazgos permiten confirmar lo multicausal de la conducta adherente de las personas con DM2 del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, entendiendo así que las acciones en caminadas a potenciar la autoeficacia, no siempre podrían mejorar todos los componentes de la adherencia terapéutica.

Como apoyo a los resultados de la presente investigación, está el presentado en las Memorias del XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en Cartagena desarrollado por

Espinosa⁽¹¹³⁾, que tenía como objetivo determinar la relación que existe entre la conducta de autoeficacia percibida y la adherencia terapéutica en personas adultas con diabetes tipo 2 que asisten a control al consultorio de especialidades en la ciudad de Los Andes (Chile) durante el mes de julio 2012, en el cual se determinó que la variable de autoeficacia percibida y adherencia terapéutica tenía una débil correlación, similar a lo descrito en este estudio.

Reconocer la diversidad de factores que influyen en la adherencia terapéutica, la cual incluye en el abordaje la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con DM2, lo cual amplía la complejidad de este proceso; por tanto la adherencia terapéutica no es un comportamiento aislado ni un conjunto de comportamientos, es un comportamiento complejo que puede ser concebido como un proceso que no ocurre de manera lineal.

Finalmente, al analizar los resultados de la correlación de Spearman entre la autoeficacia general y los componentes de la adherencia terapéutica, se encontraron correlaciones significativas de autoeficacia para dos indicadores: cumplimiento de actividades prescritas ($r=0,281$ y $p=0,000$) y equilibrio entre actividad y reposo ($r=0,205$ y $p: 0,006$). Lo cual indica que las percepciones de autoeficacia juegan un significativo rol para influenciar la conducta de hacer ejercicio. Es decir, se ha encontrado que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia⁽²⁸⁾.

De igual forma se tienen los resultados del estudio de González y et al. ⁽⁷⁹⁾, donde la autoeficacia tuvo una relación significativa con el ejercicio, el cual presentó puntajes bajos, pues tan solo cerca del 24% de la muestra tenía conductas de adherencia en ese factor, lo cual es coincidente con lo reportado en este estudio donde tan solo el 33,7% alcanzó adherencia de entre con frecuencia a constantemente manifestada para este indicador.

Por lo anterior se considera el estudio de Sniehotta y et al⁽¹¹⁴⁾, quienes investigaron de manera longitudinal a una muestra de 307 pacientes cardíacos quienes fueron motivados a mantener o adoptar la conducta de realizar ejercicios. Los resultados confirmaron que entre los factores evaluados, la autoeficacia funcionaba (junto a las variables de planificación de conducta y

control de la acción) como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente.

Al analizar la investigación de Rimal⁽¹¹⁵⁾, examinó la relación de conocimiento sobre actividad física y autoeficacia para hacer ejercicios. Los resultados muestran que simultáneamente los valores de conocimiento y autoeficacia se correlacionaron positivamente con la conducta de hacer ejercicio, pero los valores previos de la auto-eficacia se correlacionaron negativamente con cambios en la conducta de hacer ejercicio. Más aún, los cambios en la autoeficacia para hacer ejercicio fueron correlacionados positivamente con cambios en conducta de ejercicio. Por tanto, es claro que no sólo los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio, sino que también aquellas personas con más baja autoeficacia inicial al mejorar su autoeficacia.

4.5.3 Proyecciones de utilidad en los escenarios de la práctica disciplinar

A fin de realizar un acercamiento sustancial, a la práctica; lo descrito por Resnick⁽³⁵⁾ utilizando enfoques cuantitativos y cualitativos combinados, demostró que las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados influyen en la participación de los adultos mayores en actividades funcionales y ejercicio. Con base en estos hallazgos, desarrolló intervenciones para mejorar la autoeficacia y expectativas de resultados relacionados con estas actividades. Realizó un trabajo que utiliza la teoría de la autoeficacia para fomentar comportamientos saludables como la práctica de ejercicio regular.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

En cuanto a la descripción de las características sociodemográficas se encontró que los participantes del estudio en mayor proporción son mujeres, la media de edad para este estudio fue de 67.2 años (DS \pm 10.45); predominó el nivel de escolaridad primaria; estado civil casado; de ocupación hogar; de estratos 1, 2 y 3. Dentro de las variables clínicas se encontró una mediana de 10 años de vivencia de la enfermedad y un rango intercuartílico entre 5 y 15 años. Al analizar las condiciones de funcionalidad de los participantes, se encontró que el 3.4% (n=6) presentó alta dependencia. En la valoración del estado cognitivo se encontró que sólo el 2.02% (n=36) tenían una alteración intelectual mínima.

A fin de determinar la adherencia terapéutica, en este estudio se encontró que las personas con diagnóstico de DM2, inscritos en el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Cardiovascular de la IPS Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, presentan una adherencia terapéutica de acuerdo a los indicadores de resultado del NOC⁽⁴⁸⁾ con una calificación entre *En ocasiones manifestada* y *Con frecuencia manifestada*, que correspondió a un 74% de la población que era adherente.

Al identificar el nivel de autoeficacia, los hallazgos del estudio indicaron que una mayor proporción de la población del estudio tenía una alta autoeficacia representando el 91% de la muestra.

Respecto al análisis de la relación existente entre autoeficacia general percibida y adherencia terapéutica, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas, lo cual significa que una persona con alta autoeficacia puede tener o no conducta

constantemente manifestada de adherencia terapéutica, o por el contrario, una persona adherente puede ser altamente eficaz o no serlo. Pese a esto, los resultados son positivos en la adherencia de aspectos como cumple con el régimen de la medicación, dieta prescrita, supervisa los cambios en el estado de la enfermedad y evita conducta que potencia la patología.

De otra parte y respecto a otros hallazgos del estudio, se tiene que los datos describen menor adherencia en los aspectos: cumple actividades prescritas, supervisa los efectos secundarios del tratamiento y reconoce las complicaciones de ser diabético.

Los hallazgos de este estudio respecto a la autoeficacia y el cumplimiento de actividad física prescrita, sugieren que es bastante útil fortalecer la autoeficacia de las personas para lograr que emprendan prácticas de ejercicio regular; por ende, resulta útil incluir aspectos de la teoría de la autoeficacia en el diseño de programas psicoeducativos para el paciente con DM2.

De igual manera la aplicación de los instrumentos y los resultados obtenidos proporcionan información valiosa y significativa en la identificación de factores que influyen en la situación de adherencia terapéutica de los pacientes con DM2 y poder implementar estrategias específicas que permitan lograr pacientes adherentes a través del tiempo.

El análisis estadístico de la información, permitió identificar y profundizar el conocimiento y comprensión de este fenómeno de Enfermería: Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con DM2, desde los cuales la disciplina pueda encaminar los planes de cuidado, estrategias e intervenciones a fin de contribuir al control y disminución de cifras de morbimortalidad de esta enfermedad que se proyecta aumentara aún más, debido al envejecimiento de la población, el régimen alimentario insalubre, la obesidad y el modo de vida sedentario⁽⁶⁾, para lo cual el factor protector que se debe potenciar es el cumplimiento de actividad física prescrita, el cual en este estudio correlacionó significativamente con la autoeficacia.

Los hallazgos encontrados en este de estudio, permiten orientar la disciplina de Enfermería que tiene por objetivo brindar un cuidado integral con la implementación de estrategias de intervención orientadas al mejoramiento de aquellas características que favorecen el logro de resultados positivos en la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas, además permitió a la Institución de Salud donde se realizó la investigación, conocer un panorama de la adherencia terapéutica y los componentes susceptibles de intervención, reconociendo además aspectos cognitivos-conductuales de la autoeficacia como factor motivacional para asumir conductas de practica regular de actividad física, uno de los principales factores protectores que intervienen en la comprensión de la adherencia al tratamiento en los pacientes DM2, señalando la importancia de lograr adherentes a largo plazo

5.2 Recomendaciones

De acuerdo con los resultados y conclusiones obtenidas en la investigación, se hacen las siguientes recomendaciones:

A la Institución de Salud del municipio de Bucaramanga tener en cuenta los hallazgos de esta investigación para la construcción de estrategias o para el rediseño de las existentes en materia de la adherencia terapéutica en personas con diabetes tipo 2, tales como conformar grupos de apoyo o de autocuidado y realización de encuentros para compartir experiencias y vivencias entre los pacientes que contribuyan a mantener alta su autoeficacia, sus conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados, de tal manera que esto permita mantener o mejorar su situación de adherencia y el asumir el cumplimiento de actividad física prescrita, reconocer complicaciones, supervisar efectos terapéuticos y demás componentes que se encuentran con menos adherencia.

Para los Programas de Enfermería de Colombia, o cualquier otra institución de salud continuar aplicando y perfeccionando instrumentos para la evaluación de la adherencia terapéutica en personas diabetes mellitus tipo 2, de esta forma se brindan herramientas para que enfermería evalúe continuamente la intervención y profundice en aspectos en que la persona no presenta adherencia.

Se recomienda a la sublínea de cuidado para la salud cardiovascular del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, emprender nuevos retos en la medición del fenómeno de adherencia; con estudios cualitativos, que permitan identificar las necesidades sentidas desde los aspectos individuales de los diabéticos en situación de no adherencia, de tal forma que desde la disciplina de la enfermería se puedan diseñar, valorar y encaminar estrategias de intervención específicas y apropiadas que conlleven a una a asumir las recomendaciones y fortalecer la adherencia terapéutica, lo cual podría contribuir en el control glucémico, la disminución de los índices de morbilidad, complicaciones y mortalidad por complicaciones y a una mejor calidad de vida y bienestar de las personas. Estudios cuasi experimentales serian de gran aporte para poner a prueba el fomentar la autoeficacia a través de la fuentes que propone Resnick en su teoría y que contribuyen a mantener a una persona con enfermedad crónica motivada para seguir el tratamiento a largo plazo.

Articular los resultados de este estudio con las líneas de acción que intervienen desde salud publica en los ciclos vitales del adulto Joven y el adulto mayor para fortalecer las políticas institucionales encaminadas a la reducción de la morbimortalidad derivados de las complicaciones del inadecuado control de la DM2, cada vez más frecuente a temprana edad debido a los procesos de urbanización, sedentarismo, alimentación poco saludable entre otros.

5.3 Limitaciones del estudio

La diferencia en los datos presentados de este estudio respecto a otros, manifiesta la necesidad de controlar los aspectos sociodemográficos para la medición estadística, como influyentes en el estudio de la adherencia terapéutica y autoeficacia, por ejemplo: parear la muestra por género, establecer grupos de edad, comorbilidades asociadas, nivel de escolaridad entre otras. Esto en razón a que dichas variables no fueron controladas para este estudio e incluir su análisis en relación con las variables autoeficacia y adherencia terapéutica, podría significar un sesgo en los resultados.

Además, se encontró que ante la no correlación de las principales variables de estudio, el tamaño de la muestra no es significativo para generalizar los resultados a otras IPS de Bucaramanga.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Nota Descriptiva [serial online] 2015 [5 pantallas]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
2. Lange I et. al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. Rev Med Chil [serial online] 2010;138(6):729-37. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n6/art10.pdf>.
3. Capewell S et. al. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. Bull World Health Organ [serial online] 2010;88(2):120-30. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814476/pdf/08-057885.pdf>.
4. Agudelo M et. al. Diabetes en México y Colombia: análisis de La tendência de años de vida perdidos, 1998-2007. Rev Salud Pública [serial online] 2011;13(4):560-71. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a02.pdf>.
5. Vargas H. Epidemiología de la diabetes mellitus. Libr Asoc Colomb Endocrinol [serial online] 2000 [5 pantallas]. Disponible en http://www.endocrino.org.co/files/Epidemiologia_de_la_diabetes_mellitus_H_Vargas.pdf.
6. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. Av en Diabetol. Elsevier [serial online] 2010;26(2):95-100. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista->

avances-diabetologia-326-linkresolver-epidemiologia-diabetes-colombia-S1134323010620054.

7. Instituto Nacional de Salud. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. V Informe Técnico. Bogotá: INS, 2015. p. 1-239.
8. Observatorio de Salud Pública de Santander. La diabetes: una enfermedad cada vez más frecuente. Actualidad OSPS [serial online]. 2016 [2 pantallas]. Disponible en <http://web.observatorio.co/la-diabetes-una-enfermedad-cada-vez-mas-frecuente-especialmente-en-las-mujeres-y-adultos-mayores-de-45-anos/>.
9. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2015. Bogotá: Dirección De Epidemiología y Demografía, 2015. p. 1-173.
10. Kishore P. Diabetes Mellitus (DM). Meck Manual [serial online] 2014 [36 pantallas]. Disponible en <http://www.merckmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/diabetes-mellitus-and-disorders-of-carbohydrate-metabolism/diabetes-mellitus-dm>.
11. California Health Care Foundation. Majority of California adults have prediabetes or diabetes. Newsroom [serial online] 2016 [3 pantallas]. Disponible en <http://newsroom.ucla.edu/releases/majority-of-california-adults-have-prediabetes-or-diabetes>.
12. Organización Mundial de la Salud. Global report on diabetes. Francia: WHO, 2016. p. 1-88.
13. Leśniowska J et. al. Costs of diabetes and its complications in Poland. Eur J Health Econ [serial online] 2014;15:653–660. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059958/pdf/10198_2013_Article_513.pdf.

14. Medina L, Camacho J y Ixhuatl O. Riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus 2. *Med Int Méx [serial online]* 2014;30:270-275. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim143f.pdf>.
15. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. *Clin diabetes. Am Diabetes Assoc [serial online]* 2008;26(2):77-82. Disponible en <http://clinical.diabetesjournals.org/content/26/2/77>.
16. Isla P. Diabetes mellitus: la pandemia del siglo XXI. *Rev Cient Enfer [serial online]* 2012;5:1-13. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5417723.pdf>.
17. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota Descriptiva [serial online] 2016 [5 pantallas]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
18. Velandia A y Rivera L. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Salud Pública [serial online]* 2009;11(4):538-48. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a05.pdf>.
19. Figueroa C y Gamarra G. Factors associated with no metabolic control in diabetics belonging to a program of cardiovascular risk. *Acta medica Colomb [serial online]* 2013;38(4):213-221. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n4/v38n4a06.pdf>.
20. Hoyos T, Anteaga M y Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(2):194-203. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400005>.
21. Observatorio Nacional de Salud. Enfermedad cardiovascular: principal causa de muerte en Colombia. Boletín No. 1 [serial online] 2013 [6 pantallas]. Disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de->

accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf.

- 22.** González J, Walker J y Einarson T. Diabetes mellitus tipo 2 en Colombia: costo de la enfermedad. Rev Panam Salud Pública [serial online] 2009;26:55–63. Disponible en: http://www.odc.org.co/files/Diabetes_en_Colombia_-_Costos_asociados_con_su_cuidado.pdf.
- 23.** Gómez Y. Factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de santa rosa, departamento del cauca. Universidad Nacional de La Plata [monografía serial] 2014 [91 pantallas]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/44689/Documento_completo__.pdf?sequence=3.
- 24.** Romero et. al. Cost-utility analysis of the use of detemir in patients with type 2 diabetes. Rev. Gerenc. Polit. Salud [serial online] 2015; 4(28):190-201. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/13200/10533>.
- 25.** Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: WHO/PAHO, 2004. p. 1-202.
- 26.** Castañeda D y Rodríguez A. Panorama de las enfermedades transmisibles en Colombia desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Infectio Asoc Colom Infectolog [serial online] 2015;19(4):141-3. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-infectio-351-linkresolver-panorama-las-enfermedades-transmisibles-colombia-S0123939215000569>.
- 27.** Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública: 2012-2021. Bogotá: Grupo de Comunicaciones, 2013. p. 1-237.
- 28.** Olivari C y Urra E. Self-efficacy and health behaviors. Cienc y enfermería [serial online] 2007;13(1):9-15. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>.

- 29.** Alves D et. al. Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial online] 20(3):1-8. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a08v20n3.pdf.
- 30.** Gertler P. The impact of disease management on health, CPG Compliance, Quality, and Cost of Care. *SimcoeDRAFT* [serial online] 2003;(12):1-29. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1657-5997200700020000400006&lng=en&pid=S1657-59972007000200004>.
- 31.** Fleury J. The application of motivational theory to cardiovascular risk reduction. *Image J Nurs Sch* [serial online] 1992l;24(3):229-239. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1521852>.
- 32.** Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev. American Psychological Association* [serial online] 1977;84(2):191-215. Disponible en <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>.
- 33.** Kear M. Concept analysis of self-efficacy. *Grad Res Nurs* [serial online] 2000;2(2):1-7. Disponible en [http:// graduateresearch.com/Kear.htm](http://graduateresearch.com/Kear.htm).
- 34.** Peterson S y Bredow T. Middle range theories: application to nursing research. Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 1-420.
- 35.** Resnick B, Jenkins LS. Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nurs Res* [serial online] 2000;49(3):154-159. Disponible en <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/articleviewer.aspx?year=2000&issue=05000&article=00007&type=abstract>.
- 36.** Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud “Un

sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá: el Ministerio, 2016. p. 1-97.

37. Congreso de la República. Ley 1438. (19, enero). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá; 47957:1-50.

38. Avendaño M y Barra E. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Ter psicológica* [versión online] 2008;26(2):165-172. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v26n2/art02.pdf>.

39. Ortiz M y Ortiz E. Psychological factors associated to patient's treatment compliance in Chilean diabetic teenagers. *Rev Med Chil* [serial online] 2005;133(3):307-313. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art06.pdf>.

40. Álvarez E y Barra E. Self-efficacy, perceived stress and treatment compliance among patients on hemodialysis. *Cienc y Enferm* [serial online] 2010;16(3):63–72. Disponible en http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_08.pdf.

41. Lorig K, Ritter P y Jacquez A. Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs. *Diabetes Educ* [serial online] 2005;31(3):401-409. Disponible en <http://tde.sagepub.com/content/31/3/401.long>.

42. Gaviria A et. al. La adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas. Universidad CES [monografía online] 2007 [23 pantallas]. Disponible en http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1002/1/Percepcion_enfermedad_ansiedad_depresion_autoeficacia_adhesion_tratamiento.pdf.

43. Alayón A y Mosquera M. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos. Cartagena de Indias, Colombia. *Rev Salud Publica* [serial online] 2008;10(5):777–787. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a10.pdf>.

44. International Diabetes Federation. ¿What is the diabetes?. Blog IDF [serial online] 2015 [5 pantallas]. Disponible en <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>.
45. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2016. ADA Guide [serial online] 2016 [3 pantallas]. Disponible en <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2016/04/resumen-de-las-guic81as-ada-2016.pdf>.
46. Dilla T et. al. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. Revista Atención Primaria [serial online] 2009;41.(6):342-348. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>.
47. Universidad de Oviedo. Concepto de adherencia terapéutica. Blog UniOviedo [monografía online] 2010 [8 pantallas] Disponible en <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/BASESPSICO&SALUD&ENF/2010-11/22BP-ADHERENCIA.pdf>.
48. Moorhead S et. al. NOC: clasificación de resultados de enfermería. 4 ed. Barcelona: Mosby, 2009. p. 1-912.
49. Romero, S y Orozco L. Validación de la etiqueta de resultado de enfermería: conducta terapéutica enfermedad o lesión. Memorias XIV Coloquio Panamericano de investigación en Enfermería [serial online] 2014 [484 pantallas]. Disponible en http://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2014/11/memorias-coloquio_af_final.pdf.
50. Cid P, Orellana A y Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. Rev Med Chil [serial online] 2010;138(5):551–557. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>.

-
- 51.** Bandura A y Locke E. Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology* [serial online] 2003;88(1):87–99. Disponible en <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2003JAP.pdf>.
- 52.** Mir F y Larrea V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter del Sist Nac Salud* [serial online] 2004;28(5):113–120. Disponible en http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf.
- 53.** Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Biblioteca de la OPS, 2004. p. 1-2002.
- 54.** DiMatteo M. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. LWW [serial online] 2004;42(3):200–209. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15076819>.
- 55.** Odegard P y Capoccia K. Medication taking and diabetes a systematic review of the literature. *Diabetes Educ*. SAGE Publications [serial online] 2007;33(6):1014–1029. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057270>.
- 56.** Salas M et. al. Costs of medication nonadherence in patients with diabetes mellitus: a systematic review and critical analysis of the literature. *Value Heal*. Wiley Online Library [serial online];2009;12(6):915–922. Disponible en [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(10\)60290-2/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(10)60290-2/pdf).
- 57.** Mateo J. et. at. Multifactorial approach and adherence to prescribed oral medications in patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pract*. Wiley Online Library [serial online];2006;60(4):422–428. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1368-5031.2006.00799.x/pdf>.

- 58.** Jansà M y Vidal M. The importance of adherence to the treatment in diabetes mellitus. *Av diabetol* [serial online]2009;25:55–61. Disponible en <http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1-9.pdf>.
- 59.** Soria R, Vega C y Nava C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. Psicol* [serial online] 2009;14(20):1-10. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008.
- 60.** Tomasello M. Los orígenes culturales de la cognición humana. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. p. 1-296.
- 61.** Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Patologías Crónicas. *Rev INFAC* [serial online]2011;19(1):1-6. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf.
- 62.** Barrera L, Vargas E y Cendales P. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. *Rev Javeriana* [serial online] 2015;17(1):1-12. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9122>.
- 63.** Muñoz G et. al. Diabetes mellitus and its association with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Rev Med Clin Condes* [serial online] 2016;27(2):266-270. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-90452663-S300>.
- 64.** Leung K et. al. Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Arch Gerontol Geriatr* [serial online] 2007;44(2):203-213. Disponible en [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(06\)00053-7/pdf](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(06)00053-7/pdf).

-
- 65.** Ortiz M et. al. Psychosocial factors associated with adherence to treatment of type 2 diabetes mellitus. *Ter psicológica*. SciELO Chile [serial online];2011;29(1):5–11. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>.
- 66.** Pedersen D. La construcción cultural de la salud y enfermedad en la América Latina. En *Cultura y salud en la construcción Las Américas*. Bogotá Instituto Colombiano de Cultura e Instituto Colombiano de Antropología, 1993. p. 1-28.
- 67.** Acosta M et. al. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enferm* [serial online];2005;21(3):1-8. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v21n3/enf08305.pdf>.
- 68.** Bandura A. *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. México: Desclée de Brouwer, 1999. p. 1-279.
- 69.** Canales S y Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicol y Salud* [serial online];2014;24(2):167-173. Disponible en <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>.
- 70.** Caro I. Revisión crítica de la teoría de la autoeficacia de A. Bandura. *Boletín de Psicología* [serial online];1987;16(4):61-89. Disponible en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N16-4.pdf>.
- 71.** Herrera G y Silva J. Resultados de intervenciones en adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial analizados desde el modelo de dorothea orem: una revisión integrativa. Pontificia Universidad Javeriana [monografía online];2014 [114 pantallas]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/47139/1/1030546214.2014.pdf>.

- 72.** Smith M y Liehr P. Middle range theory for nursing. 3 ed. New York: Springer Publishing Company, 2013. p. 49-68.
- 73.** Medina M. Autoeficacia en pacientes post-infarto agudos de miocardio en una IPS especializada en Girardot. BDigital [monografía online] 2015 [140 pantallas]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/52595/1/mauriciomedinagarzon.2015.pdf>.
- 74.** Resnick B. Efficacy beliefs in geriatric rehabilitation. Journal of Gerontological Nursing [serial online];1998;24(7):34-44. Disponible en <http://europepmc.org/abstract/med/9801529>.
- 75.** Mateus E. Validez y confiabilidad del instrumento SEMSA “Medición de la autoeficacia percibida en apnea del sueño” (Perceived self-efficacy measure for sleep apnea). BDigital [monografía online] 2014 [219 pantallas] Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/40205/1/539780.2014.pdf>.
- 76.** Rachman S y Hodgson R. Obsessions and compulsions. New York: Prentice-Hall, 1980. p. 1-639.
- 77.** Santos E, Zanetti M y Otero L. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev Latino-am Enferm. SciELO Brasil [serial online];2005;13(3):397–406. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a15.pdf>.
- 78.** Guerrero J et. al. Self-efficacy and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus undergoing hemodialysis. Rev Cuba Salud Pública [serial online];2016;42(2):193–203. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n2/spu03216.pdf>.
- 79.** González J et. al. Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev Investig en Psicol [serial online]; 2016;18(1):47–61. Disponible en

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11772>.

80. Landis B. Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues Ment Health Nurs* [serial online];1996;17(3):217–231. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8707542>.

81. Rapley P y Fruin D. Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *Int J Nurs Pract*. Wiley Online Library [serial online];1999;5(4):209–215. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-172x.1999.00173.x/abstract>.

82. Villegas N et. al. Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención de VIH y SIDA en mujeres chilenas. *Invest Educ Enferm* [serial online];2011; 29(2): 222–229. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183347/>.

83. Palacios J. Smoking-related self-efficacy and smoking intention in young people: Factorial validity and structural association. *Revista de socidrogalcohol* [serial online];2010;22(4):325-330. Disponible en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/174/173>.

84. Román Y et. al. Design and validation of a weigh control self-efficac inventory. *Clínica y Salud* [serial online];2007;18(1):45-56. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n1/v18n1a04.pdf>.

85. Ministerio de Salud. Resolución 008430. (4, octubre). Por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial* [serial online];1993;44973:1-20- Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo.008430.pdf>.

86. Congreso de la República. Ley 911. (5, octubre). Por la cual se dictan

disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial [serial online];2004;45693:1-9. Disponible en http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46.

87. Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Rev Evaluar [serial online];2001;2(15):7–37. Disponible en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/otros-recursos-1/guia-para-la-construccion-de-escalas-de>.

88. Schwarzer R et. al. The assessment of optimistic self-beliefs: comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the general self-efficacy scale. Appl Psychol. Wiley Online Librar [serial online];1997;46(1):69–88. Disponible en http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/schwa_baessler1997.pdf.

89. Sanjuán P, Pérez A y Bermúdez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. Psicothema [serial online]; 2000;12(spp):509–13. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>.

90. Barrera L et. at. Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2010. p. 1-360.

91. Ortiz L et. al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Investig y Educ en enfermería [serial online];2006;24(1):36–46. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a04.pdf>.

92. Gómez O. Calidad de vida y Nivel de salud percibido en personas con artritis reumatoide. BDigital [monografía online] 2010 [209 pantallas]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/46511/1/539436.2014.pdf>.

93. Venegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan [serial online];2006;6(1):137–147. Disponible en

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/87>.

- 94.** Marshal S, Heisel B y Grinnell D. Validity of the PULSES profile compared with the Functional Independence Measure for measuring disability in a stroke rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehabil* [serial online];1999;80(7):760-765. Disponible en [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(99\)90224-1/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(99)90224-1/pdf).
- 95.** Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr So* [serial online];1975;23(10):433-441. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1159263>.
- 96.** De la Iglesia J et. al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clínicana. Elsevier* [serial online];2001;117(4):129–134. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-S0025775301720404?redirectNew=true>.
- 97.** Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4 ed. Barcelona: Springer Science & Business Media, 1998. p. 1-274.
- 98.** Braga C et. al. The Taxonomy II proposed by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev Lat Am Enfermagem* [serial online]; 2003;11(2):240–244. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12852304>.
- 99.** Sarmiento L y Ibáñez L. El proceso de enfermería. Bucaramanga Publicaciones UIS. 2002. p. 1-5.
- 100.** Moorhead S, Jonhson M y Maas D. Clasificación de resultados de enfermería. 3 ed. Iowa: Harcourt. 2005. p. 1-846.
- 101.** Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México:

McGraw Hill - Interamericana, 1985. p. 1-701.

102. Orozco L Operacionalización del resultado de enfermería conducta terapéutica: enfermedad o lesión. Bucaramanga: Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, 2010. p. 1-4.

103. Orozco L. Medición en salud, diagnóstico, evaluación de resultados. Bucaramanga Publicaciones UIS, 2010. p. 1-4.

104. Daniel W. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. México: Limusa, 2003. p. 1-915.

105. Flórez I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Avances en enfermería. [serial online]; 2009 Dic;27(2):25-32. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12965/13999>

106. Refugio M, Vázquez O y Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Aquichan. [serial online]; 2006;6(1):8–21. Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/76/157>.

107. Mediavilla J. Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes tipo 2. Update en DIABETES. [serial online]; 2015;32(6):29-31. Disponible en <http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/UPDATE%202015/Update%20en%20diabetes%206-2-2-2015%20.pdf>

108. Fagalde M et. al. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. Rev. méd. Chile [serial online]. 2005; 133(8):919-928. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800008>.

109. Arechabala M et. al. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. Rev Panam Salud Pública. [Serial online]. 2011 Jul; 30(1): 74-79. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000700011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000700011>.
110. Alba L et. al. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. Gac Méd Méx. [serial online]. 2009;145(6):469–74. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n6/1_vol_145_n6.pdf
111. Ávila L et. al. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Rev. méd. Chile [serial online]. 2013 Feb; 141(2):173-180. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872013000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200005>.
112. Organización Panamericana de la Salud “Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2” [serial online] 2006; 1-82. Disponible en http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=424&Itemid=
113. Espinosa M. Relación entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. In: XIV Coloquio panamericano de investigación en enfermería. 2014. p. 315.
114. Sniehotta F, Scholz U, y Schwarzer R. Bridging the intention--behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. Psychol Health. Taylor & Francis; [serial online] 2005; 20(2):143–60. Disponible

en https://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/21072/sniehotta_210725.pdf?sequence=2

115. Rimal RN. Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Tests of a mutual reinforcement model. *J Health Psychol.* Sage Publications; [serial online] 2001;6(1):31–46 Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22049236>, doi: 10.1177/135910530100600103.

Anexo A. Modelo del consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA MAESTRIA EN ENFERMERÍA

Lo invitamos a participar en este estudio sobre Diabetes Tipo 2; Este documento denominado Consentimiento Informado contiene los compromisos éticos adquiridos y la información necesaria para garantizar su aprobación libre y voluntaria de participar en la investigación titulada: — **AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2** — el objetivo de es Determinar si existe relación entre la autoeficacia general percibida definida como “la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles” y la adherencia terapéutica, definida como el nivel de cumplimiento a los tratamientos farmacológicos (medicamentos formulados) y no farmacológicos (dieta, ejercicio etc.) realizada por la investigadora Mayerli Katherine Rincón Romero como parte de su proceso de formación de maestría en el programa de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Es importante su participación porque conocer esta relación permitirá en un futuro tomar acciones en el equipo e instituciones de salud para promover el adecuado cumplimiento de su tratamiento para el control de su enfermedad y disminuir complicaciones.

Lea con atención las siguientes preguntas y respuestas que le ayudaran a comprender de una mejor forma el proceso de participación en el estudio:

¿Qué involucra participar en el estudio?

A usted se le pedirá que responda con sinceridad las preguntas, Se aclara que no hay respuestas buenas o malas, solo se quiere conocer su experiencia que nos ayudara en el desarrollo de este estudio. El tiempo que le tomará responder las preguntas es de máximo 30 minutos.

Se espera que como participante del estudio usted responda las preguntas de la **ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA**, la cual cuenta con 15 ítems que exploran aspectos socio demográficos de la persona, aspectos asociados al tiempo de la enfermedad crónica, el número de horas

que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida y perfil PULSES (mide el grado de independencia de la persona en actividades vida diaria.), técnicas de comunicación; La ficha tiene un total de 22 ítems.¹ Además de las 10 preguntas del instrumento **AUTOEFICACIA GENERAL PERCIBIDA** Y 11 preguntas del **INSTRUMENTO PARA MEDICIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y/O DIABETES**, que permite medir la adherencia terapéutica en la persona con Diabetes tipo 2.

¿Cuáles son los riesgos del estudio?

Según el artículo 11 de la Resolución 8430 del 1993², que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, declara que su participación en esta investigación implica un **riesgo mínimo**; debido a que no provocará ningún daño físico, ni sufrimiento psicológico; lo pueden llevar a reflexionar.

Si usted se siente afectado por alguna pregunta, siéntase en la libertad de no responder y de suspender en cualquier momento su participación.

El beneficio será que sus respuestas aportarán conocimientos importantes para el desarrollo de la relación acerca de la autoeficacia con la adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, para prevenir complicaciones futuras y que estos datos serán utilizados con fines académicos.

¿Cómo se maneja la confidencialidad de la información?

A usted se le asignará un número de código. Mantendremos en secreto su nombre y cualquier otra información que relacione con los resultados de las escalas o instrumentos aplicados, Mantendremos los archivos que asocien el nombre al número de código en un armario bajo llave. Solamente el equipo investigador del estudio tendrá acceso a dicha información.

¿Cuáles son los derechos de los participantes?

Se aclara que usted no está obligado a responder esta solicitud. Puede desistir en cualquier momento de su participación, sin perjuicio alguno para usted.

Debe saber que puede cambiar de decisión de participar en el estudio en cualquier momento, sin que esto tenga alguna consecuencia o tener alguna inquietud, y que puede conocer los resultados de la investigación a través de la investigadora responsable enfermera Mayerli Katherine Rincón Romero, en el teléfono 3187887568, Correo electrónico: mkrinconr@unal.edu.co.

¹PULSES profile (1957). HENS MM. IN: Ward MJ & Lindeman CA (1978). Instruments for Measuring nursing practice and other health care variables. (2 vols).(DHEW Publication No. HRA 78 53). Washington, DC.

² Ministerio de salud. Resolución Número 8430 de 1993. [en línea]. [consultado abril 15, 2010]. Disponible en Internet: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf.

Si quisiera recibir mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto contactar a la Mg. Yanira Astrid Rodríguez H., presidente del Comité de ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia al teléfono: 57-1-3165000 ext. 17001-17020-17089. Correo electrónico: ugj_febog@unal.edu.co.

Yo _____ identificado con _____

Entiendo que la participación en el estudio es voluntaria y soy libre de oponerme a brindar la participación en cualquier momento. Toda la información reunida para este estudio es estrictamente confidencial y será usada únicamente por los investigadores para fines académicos, el único beneficio que recibiré es contribuir con el desarrollo científico, además voluntariamente recibiré información a través de un folleto educativo sobre la Diabetes tipo 2, al terminar de responder los cuestionarios. Las personas no serán identificadas en ningún reporte publicado.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y siento que todas mis preguntas han sido resueltas. Recibiré una copia firmada de este documento.

Nombre del paciente participante

Identificación: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____.

Testigo 1

Nombre: _____

Firma: _____

Testigo 2

Nombre: _____

Firma: _____

Consentimiento Informado administrado y explicado personalmente por:

_____.

Fecha: _____

Anexo B. Aval Comité de Ética Universidad Nacional



1/1

AVAL-015-2016

Bogotá D.C., 20 de abril de 2016

Profesora

CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO

Directora Posgrados Disciplinarios

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 18 de abril de 2016 Acta 6, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Maestría en Enfermería titulado "**Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo II**", de la estudiante Mayerly Katherine Rincón.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)

YANIRA ASTRID RODRÍGUEZ H.

Presidenta Comité de Ética*

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

*Delegada por la Decana

Copias: Katya Anyud Comedor – Director de Trabajo Final
Mayerly Katherine Rincón – Estudiante Maestría

Anexo C. Aprobación del Comité de Ética de la IPS

Ciudad: Bucaramanga
 Fecha: Septiembre 8 de 2015

Investigador
Katherine Rincón Romero.
 Enfermera profesional
 (c)Magister de enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular
 Universidad Nacional.
 L.C.

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD DESARROLLO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Atento saludo.

En virtud de su solicitud sustentada el 27 de agosto de 2015 ante comité de ética de la Investigación de Los Comuneros, Hospital Universitario de Bucaramanga, de aprobación del proyecto Influencia de la autoeficiencia en la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo II de Bucaramanga. El comité decide **APROBAR** la realización del proyecto teniendo en cuenta las observaciones realizadas durante su sustentación:

- Se requiere revisar el objetivo general y diseño metodológico. Al referir la intención de realizar predicción, el estudio requeriría ser con seguimiento a una cohorte; y en caso de ser un estudio transversal podría generar correlaciones o asociaciones. Es importante tenerlo claro con su asesor y/o epidemiólogo.
- Respecto a la población objeto, se deben considerar los siguientes aspectos:
 - a. Según el objetivo del estudio, los pacientes con diagnóstico de novo de DM2 serían ideales a favor de revisar la influencia de la autoeficiencia, lo cual difiere de pacientes crónicos, por lo que también se podría limitar la población según el tiempo de la patología en el paciente.
 - b. Planteando una muestra preliminar de 100 pacientes, hay que tener claridad en el proceso de reclutamiento en la Institución, lo cual no se evidencia aún.
 Se socializa la siguiente información de la Institución:
 - Los pacientes con DM2 son de los especialistas de medicina interna, especialidad que se tiene en hospitalización y en consulta externa. En consulta externa además se tiene atención de riesgo cardiovascular de PyP pero son solo pacientes de la EAPB NuevaEPS.

En conformidad, los pasos a seguir son:

1. Realizar los ajustes a la documentación de su proyecto y presentarlos en el formato respectivo FR0314 (Adjunto a la presente).
2. Definir metodología para el reclutamiento y reportar también ante comité.
3. Una vez definidas las metodologías, se requiere la presentación de avances ante el comité en formato requerido por la institución, FR0514 que será enviado a su correo electrónico. (La fecha se coordina según cronograma del comité y se puede indagar escribiendo al correo eticainvestigacioncomuneros@gmail.com)

COPIA CONTROLADA

Respetuosamente,



EDDY JOHANNA GONZÁLEZ SANDOVAL
 Presidenta Comité ética de la Investigación
 Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga

Código: FR0586, Versión: 01, Fecha: 17/04/2015, Página: 2 de 3, Estado: V; Formato para respuesta a solicitud de desarrollo del proyecto de investigación.
 Diseñado: Eddy Johanna González, Gestora médica. Revisado: Comité de ética de la Investigación. Aprobado: María Luján Pulido Loraux, Coordinadora de Gestión de Calidad.



Ciudad: Bucaramanga
Fecha: Abril 27 de 2016

Investigador
Katherine Rincón Romero.
Enfermera profesional
(c)Magister de enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular
Universidad Nacional.
L.C.

Asunto: SEGUIMIENTO A DESARROLLO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Atento saludo.

En virtud de seguimiento al estudio "Influencia de la autoeficacia en la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo II de Bucaramanga" Aprobado tras sustentación el día 27 de agosto de 2015 por comité de ética de la Investigación de Los Comuneros, Hospital Universitario de Bucaramanga, se confirmó recibido de ajustes en diciembre de 2015 con nuevo título Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2 y se corrobora ajuste de:

- a. Objetivo general y diseño metodológico
- b. Población objeto.
- c. Muestra

Estamos pendientes del informe de avances y presentación de resultados finales en el formato respectivo FR0514 que fue enviado a su correo electrónico. (La fecha se coordina según cronograma del comité y se puede indagar escribiendo al correo etica@investigacioncomuneros@gmail.com)

Respetuosamente,




EDDY JOHANNA GONZÁLEZ SANDÓVAL
Presidente Comité ética de la Investigación
Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga

Anexo D. Autorización de la autora para uso del instrumento "Conducta Terapéutica: enfermedad o lesión" 1609

Correo 1 de 1

REDACTAR

Recibidos
Destacados
Enviados
Borradores (3)
Más etiquetas ▾

Buen Día
Profesora Sandra,

Es muy Grato para mi Saludarla.

De acuerdo a nuestra conversación adjunto la solicitud de autorización e información acerca del instrumento para medir adherencia en diabeticos tipo II, validado por usted y su grupo de trabajo.

Muchas Gracias y quedo atenta a cualquier requerimiento.

Katherine Rincón Romero
Enfermera Profesional
Cetular: 3187887568
Email: majekatherineincon@gmail.com - mkrinconr@unal.edu.co

SOLICITUD USO ...

Correo 1 de 1

REDACTAR

Recibidos
Destacados
Enviados
Borradores (3)
Más etiquetas ▾

Sandra Lucrecia Romero Guevara <sandyrg1@gmail.com> 3 jun.

para mí ▾

Hola Mayerly.

En el presente estoy enviando el instrumento, el instructivo para el diligenciamiento y el resumen de la validación del mismo.

Revisa los adjuntos y yo creo que podemos tener un encuentro. voy a estar un poco ocupada por que estamos a puertas del II Congreso Latinoamericano de NANDA y entenderás que estamos con mucho trabajo, pero haré todo lo posible para que podamos encontrarnos.

Atentamente,

Universidad Industrial de Santander
CONSTRUIMOS FUTURO
www.uis.edu.co
webadmin@uis.edu.co
Línea de atención: (+57-7) 6344000
Carrera 27 calle 9 ciudad universitaria
Bucaramanga, Colombia

Sandra Lucrecia Romero Guevara
Profesor Asistente
Escuela de Enfermería
Facultad de Salud

• Correo: slurome@uis.edu.co
• Teléfono: (+57-7) 6344000 ext. 3009
• Sede: Bucaramanga

03:11 a.m.
05/09/2015

Anexo E. Modelo del instrumento de recolección de datos "Conducta Terapéutica: enfermedad o lesión" 1609

| "CONDUCTA TERAPÉUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN" 1609 | | |
|--|-----------|-----------|
| Las siguientes preguntas hacen referencia a su cumplimiento sobre las recomendaciones del tratamiento para la hipertensión arterial y/o diabetes. No existe respuesta bueno o malo, lo importante es que responda con total sinceridad SI o No según sea su comportamiento frente a las indicaciones del tratamiento de su enfermedad. | | |
| 160905 cumple con el régimen de medicación | | |
| 1. Respecto a las indicaciones en la toma de medicamentos, usted: | SI | NO |
| 1a. Se toma todos los medicamentos que le han ordenado? | | |
| 1b. Se toma todas las dosis de los medicamentos ordenados? | | |
| 1c. Se toma los medicamentos en las horas indicadas? | | |
| 1d. Cumple con las recomendaciones dadas para la toma de los medicamentos en relación con los alimentos? | | |
| 160904 Cumple el nivel de actividades prescritas | | |
| 2. En cuanto a las indicaciones sobre la actividad física, usted: | SI | NO |
| 2a. Cuando realiza ejercicio lo realiza como mínimo de 30 minutos al día? | | |
| 2b. Realiza ejercicio por lo menos 4 veces a la semana? | | |
| 2c. Antes de empezar el ejercicio usted realiza calentamiento y estiramiento? | | |
| 2d. Posterior al ejercicio realiza enfriamiento con estiramiento? | | |
| 160919 Sigue la dieta prescrita | | |
| 3. En cuanto a las recomendaciones en la dieta, usted: | SI | NO |
| 3a Cumple con la dieta baja en sal? | | |
| 3b Cumple con la dieta baja en grasas? | | |
| 3c Cumple con una dieta baja en azúcares? | | |
| 3d Cumple con la dieta baja en harina y almidones? | | |
| 3e Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras? | | |
| 3f. Evita el consumo de alimentos como: postres, dulces, panes, gaseosas. | | |
| 160906 Evita conductas que potencien la patología | | |
| 4. Respecto a las acciones que influyen en la tensión arterial/diabetes usted: | SI | NO |
| 4a Consume más de dos copas de licor o dos vasos de cerveza o bebidas alcohólicas al día?* | | |
| 4b Actualmente fuma?* | | |
| 4c Ha tenido situaciones que le generen disgusto (rabia) en la última semana?* | | |
| 4d Ha tenido situaciones que le generen preocupación en la última semana?* | | |
| 160916 Solicita cita con profesional sanitario cuando es necesario | | |
| 160921 Obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario | | |
| 5. ¿Asiste a cita o control con médico o enfermera, cuando? | SI | NO |
| 5a Asiste a cita o control cuando se siente enfermo | | |
| 5b Asiste a cita o control cuando tiene citas programadas | | |
| 5c Asiste a cita o control cuando tiene dudas o inquietudes acerca del tratamiento | | |
| 5d Asiste a cita o control cuando los valores de la tensión arterial o glicemia (azúcar) se encuentran alterados | | |
| 5e Asiste a cita o control cuando requiere mostrar resultados de laboratorio | | |
| 160908 Supervisa los efectos terapéuticos | | |
| 6. Además de los controles realizados por el equipo de salud, usted: | SI | NO |
| 6a Tiene facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro | | |
| 6b Realiza con frecuencia tomas de la presión arterial y/o glucometría. | | |

| | | | |
|--|-----------|-----------|---|
| 6c Lleva un registro en casa de los valores obtenidos de la presión arterial y/o glucometría (fecha, hora y valores). | | | |
| 6d Se ha pesado en el último mes? | | | |
| 160911 Supervisa los cambios en el estado de enfermedad | | | |
| 7. Reconoce cuales son los síntomas cuando se le sube la presión arterial en la sangre? Cuáles? | SI | NO | 7. Reconoce cuales son los síntomas cuando se le sube el azúcar en la sangre? Cuáles? |
| 7a Alteraciones visuales (visión borrosa, ver luces, ver manchas oscuras) | | | 7ai Sed intensa |
| 7b Calor | | | 7bi Boca seca |
| 7c Dolor de cabeza | | | 7ci Necesidad de orinar en bastante cantidad |
| 7d Palpitaciones | | | 7di Debilidad/cansancio |
| 7e Sangrado nasal | | | 7ei Alteraciones visuales |
| 7f Sentir un pito o zumbido en el oído | | | 7fi Mareo (borrachera) |
| 7g Sudoración | | | 7gi Confusión/Incoherencia (atontado, embotado) |
| 7h Debilidad/cansancio | | | |
| 7i Enrojecimiento de la cara | | | |
| 160909 Supervisa los efectos secundarios del tratamiento | | | |
| 8. ¿Usted reconoce cuales son las molestias causadas por el tratamiento para el control de la presión arterial? Menciónelas: | SI | NO | 8. ¿Usted reconoce cuales son las molestias causadas por el tratamiento para el control de la diabetes (azúcar)? Menciónelas: |
| 8a Baja tensión | | | 8ai Cefalea |
| 8b Boca seca | | | 8bi Palpitaciones |
| 8c Depresión (tristeza) | | | 8ci Sudoración |
| 8d Edema/hinchazón | | | 8di Palidez |
| 8e Estreñimiento | | | 8ei Alteraciones visuales |
| 8f Impotencia sexual | | | 8fi Ganas de vomitar y/o vómito. |
| 8g Irritación gástrica (ardor) | | | 8gi Mareo |
| 8h Mareo | | | 8hi Temblor |
| 8i Tos | | | 8ii Sensación de hambre (agonía) |
| 8J Aumento de la diuresis | | | 8ji Hormigueo/entumecimiento (adormecimiento de extremidades) |
| | | | 8ki Diarrea |
| 9. Reconoce las complicaciones de ser diabético y/o hipertenso, de cuales síntomas está usted pendiente? | | SI | NO |
| 9a Cambio brusco de la agudeza visual | | | |
| 9b Dolor agudo de los ojos | | | |
| 9c Hinchazón de los párpados en horas de la mañana | | | |
| 9d Disminución del volumen urinario | | | |
| 9e Cansancio fácil | | | |
| 9f Disminución de pulsos | | | |
| 9g Perdida de sensibilidad (hormigueo) | | | |
| 9h Úlceras | | | |
| 9i Dolor en las piernas durante la marcha | | | |
| 9j Taquicardia | | | |
| 9k Intolerancia al ejercicio | | | |

| 160913 Altera las funciones el rol para el cumplimiento terapéutico | | |
|---|-----------|-----------|
| 10. Usted, | SI | NO |
| 10a Durante el día interrumpe las actividades del hogar/trabajo para tomar a tiempo los medicamentos. | | |
| 10b Ha modificado labores del trabajo o actividades del hogar para poder cumplir con las recomendaciones dadas por el equipo de salud. | | |
| 10c Considera que cumplir con el tratamiento (hacer ejercicio, tomar los medicamentos, asistir a citas) demanda mucho tiempo*. | | |
| 10d Han modificado las funciones para ayudarle al cumplimiento del tratamiento los miembros de la familia | | |
| 160920 Equilibra actividad y reposo | | |
| 11. Usted: | SI | NO |
| 11a Duerme entre 6 y 8 horas al día | | |
| 11b Al despertar siente que descanso durante la noche | | |
| 11c Siente que tiene la energía suficiente para llevar a cabo las actividades diarias | | |
| 11d Realiza periodos de descanso durante sus labores del trabajo o del hogar | | |
| 11e Cuenta con mínimo 30 minutos para tomar cada una de las 3 comidas importantes del día. | | |
| 11f En momentos diferentes de las labores del trabajo o del hogar, realiza al menos 1 vez por día actividades de recreación y descanso (ver TV, caminata, leer, escuchar música, chatear en internet, etc.) | | |

Anexo F. Autorización de los autores para el uso de la "Escala de Autoeficacia General"


Freie Universität Berlin

Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie (P.F. 05),
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungs-
wissenschaft und Psychologie
- Gesundheitspsychologie -
Professor Dr. Ralf Schwarzer
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin, Germany

Fax: +49 30 830 59924
health@gesund.fu-berlin.de
www.fu-berlin.de/gesund

Permission granted

to use the General Self-Efficacy Scale for non-commercial research and development purposes. The scale may be shortened and/or modified to meet the particular requirements of the research context.

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

You may print an unlimited number of copies on paper for distribution to research participants. Or the scale may be used in online survey research if the user group is limited to certified users who enter the website with a password.

There is no permission to publish the scale in the Internet, or to print it in publications (except 1 sample item).

The source needs to be cited, the URL mentioned above as well as the book publication:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: a user's portfolio. General and special health* (pp.35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Professor Dr. Ralf Schwarzer
www.ralfschwarzer.de

Anexo G. Escala de Autoeficacia General

Autores: BAESSLER Y SCHWARZER

Lea con atención cada afirmación, y marque la opción de respuesta que refleje mejor como cree usted que se comportaría si tal situación sucediera, colocando una (x) en el espacio que considere.

Por favor conteste con sinceridad, trabaje con rapidez y elija la respuesta que venga a su mente en primer lugar.

NOTA: No colocar más de dos marcas (x) en respuesta a una afirmación.

| | 1 Incorrecto | 2 Apenas cierto | 3 Mas Bien cie | 4 Cierto |
|--|-----------------|-----------------------|----------------------|-------------|
| 1.Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero Aunque alguien se me oponga. | | | | |
| 2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente. | | | | |
| 3.Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta Llegar a alcanzar mis metas | | | | |
| 4.Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados | | | | |
| 5.Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas | | | | |
| 6.Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles | | | | |
| 7.Venga lo que venga, por lo general soy capaz de Manejarlo | | | | |
| 8.Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario | | | | |
| 9.Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer | | | | |
| 10.Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo | | | | |
| Total | | | | |

Instructivo

-Se le pide a la persona que lea las afirmaciones acerca de cómo puede estar enfrentando algunas situaciones de la vida.

-Debe leer detenidamente para que pueda emitir rápidamente una sola respuesta.

-Interpretación: valor de las respuestas Incorrecto: 1, Apenas cierto o cierto: 2, más bien cierto: 3, cierto: 4. Puntaje de 28 a 40 significa alta autoeficacia, de 16 a 27 moderada autoeficacia y de 4 a 15 baja autoeficacia.

Anexo H. Autorización para el uso de la ficha "Caracterización de la Persona con Enfermedad Crónica"



Bogotá, D.C., 16 de junio de 2015

Enfermera

MAYERLI KATHERINE RINCÓN ROMERO
Magister de Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular
Universidad Nacional de Colombia-convenio UDES

Asunto: Permiso para el uso de la Ficha de Caracterización de la persona con enfermedad crónica

Reciba un cordial saludo. Como líder del grupo de investigación "Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico" de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, me permito autorizar el uso de la Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-P, con el fin de usarlo en la investigación titulada "Auto-eficacia y niveles de adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus TIPO II".

Es importante aclarar que durante el proceso investigativo, deben dar los créditos necesarios, según la normatividad de propiedad intelectual al grupo "Cuidado de enfermería al paciente crónico" y finalmente, dar a conocer al grupo los resultados de dicha investigación.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

LORENA CHAPARRO DÍAZ
Líder Grupo de Investigación

Anexo I. Encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica

FICHA TÉCNICA

Esta ficha fue propuesta por el Grupo de Cuidado al Paciente crónico y su familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Ha sido utilizada en 4 investigaciones en Colombia relacionadas con los fenómenos de habilidad de cuidado y calidad de vida.

En su **versión original**, cuenta con 15 ítems que exploran aspectos socio demográficos del paciente, aspectos asociados al tiempo de la enfermedad crónica, el número de horas que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida y perfil PULSES del paciente que mide el grado de funcionalidad.

En el año 2012 se realizó una **revisión** del instrumento, el cual fue ampliado a 18 ítems adicionando información relacionada con la espiritualidad, soporte social con el uso de TICS, estado mental del paciente (Prueba Test SPMSQ) y nivel de percepción de carga.

En 2013, la revisión dejó un instrumento con 20 ítems.

Para su aplicación, el instrumento debe contar con otros instrumentos anexos que son:

- Perfil PULSES (ver ficha Técnica).
- Prueba TEST SPMSQ (ver ficha Técnica).

El Instrumento puede ser auto diligenciado siempre y cuando el paciente o quien lo diligencie esté en condiciones mentales óptimas para hacerlo, excepto en la valoración PULSES y Minimental, pues por sus variables de valoración clínica y por la necesidad de establecer de forma objetiva el estado mental del cuidador y del paciente, deben ser aplicadas por el investigador.

El 6 de marzo de 2014 concluye una nueva revisión que señala que esta es una FICHA DE CARACTERIZACIÓN con tres dimensiones que incluyen: 1. Identificación de condiciones del paciente y perfil socio demográfico. 2. Percepción de carga y apoyo y 3. Medios de información y comunicación. La ficha tiene un total de 22 ítems.

Para su aplicación, esta ficha debe contar con dos instrumentos anexos que son:

- Perfil PULSES (ver ficha Técnica).
- Prueba TEST SPMSQ (ver ficha Técnica).

La ficha puede ser auto diligenciada siempre y cuando el paciente esté en condiciones mentales óptimas para hacerlo. Sin embargo las preguntas referentes al PULSES y SPMSQ, por su naturaleza de valoración clínica deben ser diligenciadas por el investigador.

**ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRONICA
GCPC-UN-P³**

Institución en la que se diligencia esta ficha: _____

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL PACIENTE Y SU PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

1.1 Valoración del paciente
 -PULSES total: 6-8 9-11 12-24
 -Test SPMSQ: (N. errores)
 0-2 3-4 5-7 8-10

1.2 Diagnósticos médicos _____

1.3 Género
 Masculino Femenino

1.4 Edad _____ años

1.5 Grado Máximo de escolaridad _____

1.6 Departamento de Procedencia _____

1.7 Lugar de Residencia:

 Rural Urbano

1.8 Estado Civil
 Soltero(a)
 Casado(a)
 Separado(a)
 Viudo(a)
 Unión Libre

1.9 Ocupación
 Hogar
 Empleado (a)
 Trabajo Independiente
 Estudiante
 Otros _____

1.10 Estrato socioeconómico
 1 2 3 4 5 6

1.11 Tiempo que lleva con enfermedad crónica _____

2.3 Indique con una x los apoyos con los que cuenta y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:

| Apoyo con que cuenta | Marque con x | Nivel de satisfacción | | | |
|----------------------|--------------|-----------------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Psicológico | | | | | |
| Familiar | | | | | |
| Religioso | | | | | |
| Económico | | | | | |
| Social | | | | | |
| Otro. ¿Cuál? | | | | | |

2.4 Percibe que para su familia, usted como paciente es una carga:

Muy Alta Alta Moderada Baja

2.5 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 0 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:

| Niveles de Bienestar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Físico | | | | | |
| Psicológico-Emocional | | | | | |
| Social | | | | | |
| Espiritual | | | | | |

3. MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3.1 Autovaloración en el uso de las TIC's

| TIC's | Nivel conocimiento | | | Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado | | | Frecuencia de uso | | |
|------------|--------------------|-------|------|--|-------|------|-------------------|-------|------|
| | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo |
| Televisión | | | | | | | | | |

³ Instrumento de Caracterización del paciente con enfermedad crónica. Grupo de cuidado al paciente crónico y su familia, Universidad Nacional de Colombia. 1996-2012. Versión 5, revisada el 06 de Marzo de 2014.

| <p>1.12 Religión _____ Nivel de Compromiso Religioso <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo</p> <hr/> <p>2. PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO</p> <p>2.1 ¿Tiene un único cuidador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad del (los) cuidador(es): _____</p> <p>2.2 Número de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado _____</p> <p>2.3 La persona que lo cuida es: <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>Radio</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Computador</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>3.2 ¿Para su cuidado usted se apoya en TIC's? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3.3 Nivel de apoyo percibido con el uso de TIC's en el cuidado de su enfermedad Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/></p> <p>4.4 Ordene por prioridad las TIC's que les podrían ser más útiles para recibir información para su cuidado, siendo 1 el menos útil y 5 el más útil:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #333; color: white;"> <th>TIC'S</th><th>N°</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisión</td><td></td></tr> <tr><td>Radio</td><td></td></tr> <tr><td>Computador</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td></tr> <tr><td>Otro ¿Cuál?</td><td></td></tr> </tbody> </table> | Radio | | | | | | | | | | Computador | | | | | | | | | | Teléfono | | | | | | | | | | Internet | | | | | | | | | | Otro. ¿Cuál? | | | | | | | | | | TIC'S | N° | Televisión | | Radio | | Computador | | Teléfono | | Internet | | Otro ¿Cuál? | |
|---|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|----|------------|--|-------|--|------------|--|----------|--|----------|--|-------------|--|
| Radio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Computador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Internet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro. ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIC'S | N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Televisión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Computador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Internet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre de la persona que diligencia el Instrumento: _____

Teléfono: _____

Anexo J. Presupuesto de la investigación

La investigación será financiada con recursos propios por el investigador principal; por tanto no se consideran conflictos de intereses para la ejecución del estudio. A continuación se expone el presupuesto:

| DESCRIPCIÓN DE GASTOS | COSTOS PARCIALES | NUMERO | COSTOS TOTALES | RECURSOS PROPIOS |
|---|------------------|-------------|-------------------|------------------|
| GASTOS DE PERSONAL | | | | |
| Investigador principal, corresponden al valor aproximado de los semestres de la Maestría de Enfermería. | | 4 semestres | 31.000.000 | 31.000.000 |
| Contratación de personal de apoyo para aplicación de instrumentos y digitación de información | 10.000 | 120 | 1.200.000 | 1.200.000 |
| GASTOS OPERATIVOS | | | | |
| Materiales y suministros: carpetas, fotocopias, lapiceros, otros | | | 300.000 | 300.000 |
| Publicaciones: corrección de estilo | | | 600.000 | 300.000 |
| Bibliografía: servicio de hemeroteca y compra de material bibliográfico | | | 600.000 | |
| Transporte: desplazamiento entre instituciones. | 3600 diarios | 50 días | 180.000 | 180.000 |
| TOTAL DE GASTOS | | | 33.880.000 | |

Fuente: RINCON ROMERO, Mayerli Katherine. Investigación: Autoeficacia y Adherencia terapéutica en personas con Diabetes mellitus tipo 2.

Anexo K. Cronograma de actividades

La programación de las actividades en la consecución de los objetivos de la investigación son las siguientes distribuidas en meses:

| actividades | unidad de tiempo | primeros seis meses | | | | | | segundos seis meses | | | | | |
|--|------------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | primer año | | | | | | | | | | | |
| | | jul | ago | sep | oct | nov | dic | ene | feb | mar | abr | may | jun |
| Revisión de literatura científica | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Construcción del estado del arte | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| elaboración del marco de referencia | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Planteamiento del proyecto de investigación, Marco teórico, conceptual y diseño metodológico | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| solitud de permiso para el uso instrumentos | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ |
| revisión al proyecto para presentación a comités de ética | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

| actividades | unidad de tiempo: meses | tercer semestre | | | | | | cuarto semestre | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | segundo año | | | | | | | | | | | |
| | | jul | ago | sep | oct | nov | dic | ene | feb | mar | abr | may | jun |
| Presentación de la propuesta de investigación a los comité de ética: institucional y de la universidad nacional | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Entrenamiento de Auxiliares de Investigación para apoyar la aplicación de los instrumentos del estudio: conceptos generales de los instrumentos, guías operativas de los instrumentos. | | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| Evaluación de la técnica de la aplicación de los instrumentos por los auxiliares de investigación a los participantes que firman consentimiento informado, través de la observación y acompañamiento de la Investigadora Principal | | | | | | | | | ■ | | | | |
| Recolección muestra total estudio, verificación diaria de los instrumentos diligenciados | | | | | | | | | | ■ | ■ | | |

Anexo L. Modelo del folleto educativo

¿PORQUE SER TENER ALTA ADHERENCIA TERAPEUTICA ?

El control diario de la diabetes contribuirá a que su nivel de glucosa en la sangre se mantenga dentro de los límites deseados y ayudará a prevenir otros problemas de salud que la enfermedad puede causar con el paso de los años.

Le contamos cuáles son, no para asustarlo, sino para informarle lo que puede hacer para evitarlos.

¿COMO HACERLO?

No solo es tomarse el medicamento para la diabetes todos los días

Usted debe además:

Siga su plan de comidas todos los días (sin azúcares y baja en harinas)

Realice actividad física todos los días

Mídase el nivel de glucosa en la sangre y lleve un registro

Duerma adecuadamente

Evite situaciones estresantes

Atienda las recomendaciones dadas por el equipo de salud

¿En que me ayuda la autoeficacia?

Ya sabemos que La autoeficacia se ha definido como la creencia en la propia capacidad de organizar y ejecutar las acciones necesarias para controlar una situación.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica que necesita acciones para su control y así evitar complicaciones.

Entonces si yo creo que puedo cuidarme, cambiar mi estilo de vida a hábitos saludables podre mantener la diabetes bajo control.

ES EL MOMENTO DE ASUMIR RETOS EN EL CONTROL DE LA DIABETES, ESTA EN TUS MANOS ...

¡CONFIA EN TI !

AUTORA: MAYERLI KATHERINE RINÓN
CELULAR: 3247467568
EMAIL: MKRINON@UNALLE.EDU.CO

AUTOEFICACIA COMO FUENTE DE MOTIVACIÓN PARA LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2



Gracias por Leerme, solo quiero aportar a su Bienestar

¿ QUE ES LA AUTOEFICACIA?

"las creencias que una persona tiene sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar acciones requeridas para producir los resultados deseados "

Por tanto representa la confianza de que uno es capaz de modificar las conductas negativas para la salud mediante la acción personal y asumir acciones positivas por ejemplo: alimentación baja en harinas y azúcares.

CONSEJOS PARA ELEVAR LA AUTOEFICACIA

1. Elimina el "No soy capaz" – cada vez que te la repites confirmas tu inseguridad y las consecuencias psicológicas son tan contraproducentes como cuando te lo dicen otras personas. Ya es hora de que empieces: si me lo propongo "soy capaz".
2. No seas pesimista – El anticiparse negativamente al futuro suele convertirse en realidad, porque nosotros mismos nos encargamos de que se cumplan.
3. No seas fatalista – El pasado ya pasó y si cambias en el aquí y en el ahora, estarás contribuyendo de manera significativa a tu destino.
4. Trata de ser realista – Acepta tus éxitos; sería injusto desconocer tus logros. Pero también acepta tu cuota de responsabilidad en los fracasos.

¿ QUE ES LA ADHERENCIA TERAPEUTICA?

Según la Organización Mundial de la salud es el grado en que el comportamiento de una persona — tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas por el equipo de salud.

¿QUE ES LA DIABETES TIPO 2? es una enfermedad que dura toda la vida (crónica) en la cual hay un alto nivel de azúcar (glucosa) en la sangre debido a que el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina.

Insulina: Hormona encargada del metabolismo y regulación de la glucosa que consumimos en los ali-

5. No recuerdes lo malo – La visión negativa de uno mismo se alimenta principalmente de los recuerdos. Aprende a revivir el pasado en sus aspectos agradables y disfrutar del recuerdo positivo.

6. Revisa tus metas – No dejes que el miedo y la inseguridad decidan por ti. Si no hay retos, la resignación está manejando tu vida. Tienes el derecho a esperar más de ti y de la vida.

7. Ponte a prueba y arriesgate – Los puntos anteriores son condiciones necesarias pero no suficientes para ser autoeficaz.

Es fundamental que te animes a dar el paso decisivo: actuar para alcanzar las metas. Recuerda, la única forma de confiar en ti mismo es ponerte a prueba.



