TESIS
PS2006
C6

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, LA PERCEPCIÓN DE LA DIABETES, LA AUTOEFICACIA EN LA DIABETES, PRESENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES, TIPO DE DIABETES, NSE, TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y SEXO SOBRE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN DIABÉTICOS

Trabajo de Investigación presentado por:

Claudia CORREIA

Y

Patricia FERNÁNDES.

A la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Profesor Guía:

Luisa ANGELUCCI

Caracas, Junio de 2006.

ÍNDICE GENERAL.

ÍNDICE GENERAL vi

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS viii

RESUMEN ix

I. INTRODUCCIÓN 1

II. MARCO TEÓRICO 4

III. MÉTODO 30

Problema 30

Hipótesis 30

Variables 32

Endógenas 32

Exógenas 33

Variables de control 35

Tipo y Diseño de investigación 35

Población y Muestra 36

Instrumentos 37

Procedimiento 41

Consideraciones éticas 43

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS 45

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 59

VI. CONCLUSIONES 77

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES 79

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 81

ANEXOS

Anexo A. Medida del Sumario de las Conductas de Autocuidado en Diabetes (versión definitiva).

Anexo B. Escala de Estilos de Afrontamiento.

Anexo C. Escala del Modelo de Creencias de Salud en Diabetes (versión definitiva).

Anexo D. Escala de Autoeficacia en Diabetes (versión definitiva).

Anexo E. Encuesta Socioeconómica de Graffar.

Anexo F. Medida del Sumario de las Conductas de Autocuidado en Diabetes (versión de la prueba piloto).

Anexo G. Escala del Modelo de Creencias de Salud en Diabetes (versión de la prueba piloto).

Anexo H. Escala de Autoeficacia en Diabetes (versión de la prueba piloto).

Anexo I. Carta a los jueces expertos (Instrumentos versión original en inglés y versión traducida).

Anexo J. Medida del Sumario de las Conductas de Autocuidado en Diabetes: Confiabilidad ítem-escala y Análisis Factorial.

Anexo K. Escala de Estilos de Afrontamiento: Confiabilidad ítem-escala.

Anexo L. Escala del Modelo de Creencias de Salud en Diabetes: Confiabilidad ítem-escala y Análisis Factorial.

Anexo M. Escala de Autoeficacia en Diabetes: Confiabilidad ítem-escala y Análisis Factorial.

Anexo N. Matriz de correlación entre las variables.

Anexo Ñ. Análisis de regresión, errores y normalidad de las variables del modelo.

ÌNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Ruta Propuesto 31

Tabla 1: Matriz de componentes rotados para la Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes 46

Tabla 2: Matriz de componentes rotados para el Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes 47

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el modelo 49

Tabla 4. Coeficientes B, β y su significancia para Dieta 53

Tabla 5. Coeficientes B, β y su significancia para Otras Conductas 54

Tabla 6. Coeficientes B, β y su significancia para Afrontamiento centrado en la emoción 54

Tabla 7. Coeficientes B, β y su significancia para Afrontamiento centrado en el problema 55

Tabla 8. Coeficientes B, β y su significancia para Control percibido de la enfermedad 56

Tabla 9. Coeficientes B, β y su significancia para No barreras no susceptibilidad 56

Tabla 10. Coeficientes B, β y su significancia para Autoeficacia 57

Figura 2. Diagrama de Ruta Resultante 58

RESUMEN.

La presente investigación pretendió explicar a través de un diagrama de ruta, la relación que guardan entre sí las variables autoeficacia en la diabetes, percepción de la diabetes, estilos de afrontamiento, tipo de diabetes, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, presencia de otras enfermedades, sexo y NSE, así como la influencia que tienen estas variables sobre las conductas de autocuidado en un grupo de pacientes diabéticos. La muestra estuvo conformada por 300 personas diabéticas, 179 mujeres y 121 hombres con edades comprendidas entre los 20 y los 85 años, que asistían a unidades para el tratamiento de la diabetes ubicadas en la zona Metropolitana de Caracas.

Por medio de un análisis de ruta, se obtuvo que a mayor autoeficacia y mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad, mayor cumplimiento de la dieta. El hacer un alto uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, poseer altos niveles de autoeficacia, tener un alto NSE, mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad de la diabetes y el padecer diabetes tipo 1, predice el cumplimiento de las otras conductas de autocuidado (ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar). En referencia a las asociaciones entre el NSE y los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción, se halló que un bajo NSE predice el empleo de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción. Para las relaciones entre la autoeficacia y los estilos de afrontamiento dirigidos a la tarea, se halló que altos niveles de autoeficacia predicen el uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea. En cuanto a la percepción de la diabetes, se encontró que un mayor NSE predice un mayor control percibido en la enfermedad, mientras que un mayor NSE y el padecer diabetes tipo 1 predicen una mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad. Por último, en relación a la variable autoeficacia se encontró que esta no es predicha por ninguna de las variables planteadas, a saber, sexo, NSE, tipo de diabetes y tiempo de diagnostico.

Esta investigación posee un carácter heurístico porque con ella se abre campo a nuevos trabajos relacionados con las conductas de autocuidado de la diabetes en el área de la psicología de la salud, permitiendo ampliar el modelo de las variables psicosociales que influyen en el cumplimiento de las mismas. Así, como brindar información para posibles lineamientos para proyectos de intervención en esta área.

I. INTRODUCCIÓN.

La diabetes es una enfermedad crónica que por sus características y consecuencias constituye indiscutiblemente un problema de salud pública. Ciertos datos estadísticos sobre esta enfermedad indican que en Venezuela su incidencia en adultos es de 8% (Mendoza, comunicación personal, Octubre 29, 2004) y en Puerto Rico la incidencia en niños es de 0,2% (Collado-Mesa, Barceló, Arheart y Messiah, 2004). Autores como Wild, Roglic, Green, Sicree y King (2004) afirman que para el año 2030 la diabetes será considerada una epidemia, ya que se espera que la prevalencia a nivel mundial aumente de 2.8% a 4.4%. Por otra parte, esta enfermedad constituye la octava causa de muerte en Venezuela (Mendoza, comunicación personal, Octubre 29, 2004) y la quinta en países como Estados Unidos (American Diabetes Association, 2004).

Además de tener una alta incidencia en la población, la diabetes tiene importantes consecuencias tanto fisiológicas como psicológicas, siendo común encontrar entre sus afectados niveles inferiores de bienestar personal y altos niveles de depresión, ansiedad y desajuste conductual (Talbot, Nouwen, Gingras, Belánger y Audet, 1999). Sin embargo, algunas de estas consecuencias pueden evitarse o disminuirse si la persona lleva a cabo ciertas conductas de autocuidado definidas para controlar la enfermedad (dieta, medicación, ejercicios, cuidado de los pies, monitoreo de glucosa y no fumar), ya que estas benefician positivamente la salud física del individuo y disminuyen la severidad de la enfermedad y las probabilidades de que surjan complicaciones futuras (Hauser y Pollets, 1979).

Una disciplina que ha tomado las conductas de autocuidado como variable de estudio es la psicología de la salud. Esta se ocupa en conocer la relación existente entre diversas variables psicosociales y la enfermedad y/o el bienestar personal (Reeve, 1994).

Dentro de dicha área, diferentes investigaciones muestran que los factores psicosociales pueden influir en la posibilidad de asumir conductas de autocuidado. Algunos de los resultados encontrados son: (a) existe una relación directa entre las expectativas de autoeficacia y las conductas de autocuidado (Glasgow, Toobert y Gillete, 2001; McKean, Mullan, Fisher y Chesla, 2003); (b) los estilos de afrontamiento

al estrés dirigidos a la emoción reducen la tensión emocional disminuyendo la posibilidad de adoptar conductas de autocuidado (Katz, 1970; cp. Lazarus y Folkman, 1986); (c) los estilos de afrontamiento dirigidos a la tarea se relacionan con un mejor control de la enfermedad a través de las conductas de autocuidado (DeCoster y Cummings, 2005); (d) la percepción de la enfermedad se relaciona con las conductas de autocuidado de manera diferente en función del factor considerado, de manera directa con los beneficios percibidos del tratamiento (Hampson, Glasgow y Toobert, 1990), mientras que para la susceptibilidad y la severidad percibida de la enfermedad los resultados han sido contradictorios, algunos muestran una relación directa (Skinner, Hampson y Fife-Schaw, 2002), mientras que otros una relación indirecta (Bond, Aiken y Somerville, 1992); (e) relación inversa entre los niveles de depresión y las conductas de autocuidado (Lin, Katon, Von Korff, Rutter, Simon, Oliver y cols., 2004); y (f) relación directa entre las conductas de autocuidado y los niveles de autorregulación (Senécal, Nouwen y White, 2000) y la experticia en el manejo de la enfermedad (McKean y cols., 2003).

En la mayoría de los estudios revisados acerca de la relación entre estos factores psicosociales y las conductas de autocuidado, es común encontrar un abordaje parcelado, sin considerar las interrelaciones entre variables. Además, existen contradicciones en las relaciones planteadas entre ciertas variables, como por ejemplo, la relación entre severidad percibida y susceptibilidad percibida con las conductas de autocuidado. Por otra parte, la comparación entre pacientes que padecen diferentes tipos de diabetes (tipo 1 y tipo 2), ha sido muy poco explorada en investigaciones previas (Macrodimitris y Endler, 2001).

La presente investigación considera dichos aspectos dentro de un enfoque multivariado y tiene como objetivo predecir el grado en que pacientes con diabetes mellitus adoptan conductas de autocuidado a partir de las variables estilos de afrontamiento, la percepción de la diabetes, la autoeficacia en la diabetes, presencia de otras enfermedades, tipo de diabetes, nivel socioeconómico (NSE), tiempo de diagnóstico de la enfermedad y sexo, haciendo uso de un análisis de ruta.

Con esto, se espera ampliar los conocimientos teóricos acerca de este tema, lo cual podría servir de base para el desarrollo futuro de programas educativos y de intervención para personas que padecen esta enfermedad.

II. MARCO TEÓRICO.

La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por la producción insuficiente de insulina por parte del páncreas o por el uso insuficiente de la insulina disponible en los tejidos del cuerpo. Debido a que la absorción de la glucosa a los tejidos y células grasas es gobernada por la insulina, la insuficiencia de la misma o su uso ineficiente dan como resultado niveles anormalmente elevados de glucosa en la sangre (hiperglicemia) (Hauser y Pollets, 1979).

La diabetes se clasifica en dos tipos principalmente: (1) *Diabetes tipo 1 o insulino dependiente*, se caracteriza por la poca o ninguna producción de insulina por parte del páncreas, haciendo que se acumulen altos niveles de glucosa en la sangre; por esta razón, estos pacientes requieren frecuentes inyecciones de insulina para vivir (Saponaro, 1979). Este tipo de diabetes generalmente se presenta en la infancia o adolescencia y afecta a aproximadamente un 5 o 10% de los diabéticos (American Diabetes Association, 2004) y (2) *Diabetes tipo 2 o no insulino dependiente,* se caracteriza por el uso inapropiado de la insulina por parte del cuerpo, a pesar de que su producción no se encuentra alterada (Saponaro, 1979). Generalmente se presenta en adultos, más frecuentemente en obesos, y constituye aproximadamente un 90% de los casos de diabetes (American Diabetes Association, 2004).

Las causas de la diabetes no se encuentran establecidas con claridad. Así, parece haber un componente de debilidad congénita en el páncreas que explicaría los casos de diabetes de tipo 1 que se presentan en la infancia o adolescencia, sin la presencia de un factor patógeno externo desencadenador. También parece haber un componente hereditario importante que explicaría los casos de diabetes tipo 2. Por su parte, los hábitos alimentarios inadecuados (alta ingesta de carbohidratos y grasas), pueden favorecer la aparición de la diabetes directamente en personas cuyos órganos ya se encuentran agotados por la edad o indirectamente al favorecer la obesidad (Saponaro, 1979).

Esta enfermedad se asocia con importantes complicaciones fisiológicas que agravan la situación del paciente diabético, entre estas están la retinopatía, nefropatía diabética, perifrenia vascular (relacionado con gangrena y amputaciones), enfermedades

cardíacas como infarto agudo al miocardio, lesiones vasculares cerebrales, arteriosclerosis, hipertensión, infartos, cetoacidosis diabética, coma diabético, impotencia y pie diabético (Hauser y Pollets, 1979).

Más allá del estudio de las causas biológicas y las complicaciones fisiológicas de la diabetes, dado el énfasis en el modelo biopsicosocial de salud, hay un interés creciente en evaluar las variables emocionales, conductuales y sociales relacionadas con dicha enfermedad.

Así, enfermedades de este tipo han sido estudiadas bajo la perspectiva de disciplinas como la medicina conductual, la psicología médica y la psicología de la salud. Esta última es considerada en la presente investigación dado que es la disciplina que se ocupa de estudiar la influencia de diversos factores psicológicos sobre el bienestar personal y la enfermedad (Reeve, 1994).

Las enfermedades varían, entre otras cosas, por el grado de controlabilidad real que el individuo tiene sobre las mismas y en la posibilidad que éste tiene para lograr una mejor calidad de vida. En este sentido, las variables psicológicas tendrán mayor relevancia en la medida en que el individuo tenga mayores posibilidades de manejar su enfermedad y adoptar las conductas de cuidado necesarias para lograr una mejor calidad de vida.

El Nacional Institute of Aging (NIA) y el Nacional Institute of Nursing Research (NINR) (1997) consideran que entre las conductas de autocuidado que permiten lograr mayor bienestar y calidad de vida se incluyen: (a) los comportamientos realizados por los individuos dirigidos a prevenir enfermedades o promover su estatus de salud actual; (b) los comportamientos implicados en el tratamiento de síntomas de enfermedades temporales o crónicas; y (c) los comportamientos realizados por personas con discapacidades para compensar o ajustarse a las limitaciones funcionales que afectan sus rutinas diarias.

La Organización Mundial de la Salud (1983; cp. NIA y NINR, 1997) definió las conductas de autocuidado como "las actividades que los individuos, familias y comunidades realizan con la intención de alcanzar la salud, prevenir la enfermedad o

limitarla en caso de tenerla y retomar la salud. Estas actividades se derivan del conocimiento y experiencia de los profesionales de la salud". En lugar de ser visto como un fracaso del individuo para usar los servicios médicos, el autocuidado es visto como un continuum de conductas autoiniciadas que promueven la salud y previenen las enfermedades.

Las conductas de autocuidado son consideradas como un conjunto de comportamientos voluntarios, donde se asume que el individuo tiene la intención deliberada de actuar o evitar actuar, de forma que se favorezca su condición de salud actual y futura (NIA y NINR, 1997).

Algunas de las prácticas incluyen el mantenimiento de una dieta y hábitos de sueño saludables, evitar el fumar y la inactividad, promover la seguridad ambiental y en el hogar, y el mantenimiento de hábitos de higiene adecuados. En el caso de tener una enfermedad crónica, las conductas de autocuidado están dirigidas a compensar los detrimentos en el funcionamiento físico y cognitivo, o al ajuste a las limitaciones impuestas por la enfermedad. Así, se definen actividades básicas específicas para realizar diariamente, que estén dirigidas a prevenir limitaciones futuras consecuencia de padecer la enfermedad (NIA y NINR, 1997).

Dentro de las enfermedades crónicas, es conocido que la diabetes requiere que las personas que la padecen realicen una compleja serie de comportamientos para mantener un óptimo control metabólico, prevenir complicaciones futuras e incluso la muerte del paciente. Dichas conductas de autocuidado implican la administración regular de inyecciones de insulina (en el caso de los insulino dependientes), monitoreo constante de la glucosa en sangre, mantener una dieta sana, hacer ejercicios rutinariamente (Lawson, Bundy, Lyne y Harvey, 2004), cuidar adecuadamente los pies y evitar fumar (Toobert, Hampson y Glasgow, 2000).

Estudios reportan que el grado en que los individuos adoptan conductas de autocuidado o conductas dirigidas a cuidar su salud, se ve influenciado tanto por variables sociodemográficas como por variables psicológicas. Entre las variables sociodemográficas más influyentes en esta relación, se han encontrado el NSE (Brown, Ettner, Piette, Weinberger, Gregg, Shapiro y cols., 2004), el sexo, duración de la

enfermedad y la edad de los pacientes diabéticos (Streisand, Respess, Overstreet, Gonzalez, Chen, y Holmes, 2002).

En relación a las variables sociodemográficas, Brown y cols. (2004) llevaron a cabo una revisión de la literatura que ha descrito la relación entre NSE y la salud en personas diabéticas, considerando los principales mecanismos que pueden ser influyentes en dicha relación. En este sentido, explican como premisa general que el NSE de las personas con diabetes influye en su riesgo de mortalidad o de desarrollar las complicaciones de la diabetes, así como también en la realización de las conductas de autocuidado necesarias para controlar la enfermedad.

Entre pacientes diabéticos, factores como bajo ingreso económico, menor nivel educativo, y el vivir en un área altamente pobre, se han relacionado con menores conductas de autocuidado (tasas más altas de fumar y tasas más bajas de chequeo de glucosa en sangre y ejercicios físicos). De esta manera, el tener un bajo nivel educativo puede dificultar la ejecución apropiada de algunas de estas conductas, que incluyen no solo el monitoreo de glucosa en sangre, examinarse los pies, restricciones en la dieta y ejercicio regular, sino también tareas más complicadas como el autocontrol glicémico, manejo de las dosis insulínicas y de múltiples medicaciones (Brown y cols., 2004).

La relación directa entre NSE y la salud en pacientes diabéticos, se explica parcialmente por el tener más fácil acceso a cuidados de salud primarios y de calidad. De hecho, se ha encontrado que las disparidades en la salud encontradas en los diferentes niveles socioeconómicos se reducen, si bien no desaparecen totalmente, cuando las personas diabéticas de nivel socioeconómico bajo sí tienen un fácil acceso a servicios de salud de calidad (Brown y cols., 2004).

Adicionalmente, Brown y cols. (2004) plantean que otras variables relacionadas con el NSE pueden ser influyentes en la salud y la realización de conductas de autocuidado en diabéticos. Así, las personas con bajo NSE pueden tener dificultades para la comunicación con su médico y el entendimiento de las prescripciones dadas por este, mayores niveles de estrés, menor accesibilidad a comidas saludables y menores posibilidades para mantener una dieta adecuada, todo los cual puede dificultar la

realización de las conductas de autocuidado y puede tener efectos directos en la salud de las personas.

Resumiendo, se observa como el NSE influye en el grado en que las personas diabéticas adopten las conductas de salud por diferentes razones. Específicamente, dicha variable económica se relaciona con la posibilidad de tener acceso a servicios de asistencia médica de calidad, niveles altos de estrés, menor posibilidad de consumir alimentos saludables, y además, influye en el entendimiento y en la ejecución de las instrucciones dadas por el médico por el bajo nivel educativo frecuentemente asociado con bajo NSE.

Por otra parte, si se considera el alto costo económico que implica el tratamiento de la diabetes, específicamente el llevar una dieta sana y balanceada, las inyecciones de insulina y el monitoreo constante de la glucosa en sangre, se puede inferir que para los estratos socioeconómicos más bajos será mas difícil el cumplimiento de las conductas de autocuidado necesarias para el control de la enfermedad.

De esta manera, ya que el grado en que los pacientes diabéticos adoptan conductas de autocuidado pareciera estar influenciado por su nivel de ingreso y sus condiciones económicas, el NSE será incluido en el presente estudio buscando conocer su relación con las conductas de autocuidado y el resto de las variables propuestas.

Además del NSE, otras variables sociodemográficas han sido estudiadas para conocer su asociación con las conductas de autocuidado. En esta línea, Streisand y cols. (2002) realizaron una investigación en Puerto Rico para estudiar la relación entre variables demográficas (edad, sexo, duración de la enfermedad, control metabólico HbA1c) y conductas de autocuidado (inyección de insulina, ejercicio, monitoreo de glucosa en sangre y dieta) en niños con diabetes tipo 1 (n=41). La muestra estaba formada por 28 niños y 18 niñas, la edad promedio era de doce años, tenían por lo menos seis meses diagnosticada la enfermedad y no padecían de ninguna de las posibles complicaciones de la diabetes.

Los resultados indicaron que la edad se relacionaba con la frecuencia de las comidas (r=.33, p<.05), es decir, los niños con más edad comían menos veces al día, y

la duración de enfermedad se relacionaba negativamente con la frecuencia de comidas (r=-.57, p<.05) y con la frecuencia de monitoreo de glucosa en sangre (r=-.57, p<.05), en donde los niños con más duración de la enfermedad comían y chequeaban su glucosa en sangre más veces al día. El control metabólico se relacionaba positivamente con la frecuencia (r=.48, p<.05) y duración del ejercicio (r=.41, p<.05), es decir, los niños con poco control metabólico se ejercitaban menos frecuentemente y en sesiones de ejercicio más cortas. El genero se relacionaba con la puntualidad a la hora de inyectarse insulina, la dieta y el ejercicio, específicamente, las niñas eran más consistentes que los niños al cumplir con su horario de las inyecciones de insulina (r=.42, p<.05), comían menos grasas (r=.34, p<.05) y más carbohidratos (r=.38 p<.05), y se ejercitaban por periodos más cortos de tiempo (r=.-42, p<.05). En líneas generales se puede decir que el ser más joven, de sexo femenino, tener más tiempo con la enfermedad y mejor control metabólico, se relacionaba más frecuentemente con mayores conductas de autocuidado.

Además de las variables sociodemográficas asociadas a las conductas de autocuidado, se conoce que estas también se ven influenciadas por ciertos aspectos psicológicos del individuo, que hacen que las personas respondan de maneras muy diferentes al cuidado de esta enfermedad, en el sentido de que unos se adaptan y cumplen con la rutina de cuidados preescrita por los médicos, mientras que otros no la llevan a cabo y se enferman constantemente, presentando serias complicaciones tanto psicológicas como fisiológicas (Hauser y Pollets, 1979). Algunos de estos factores psicológicos asociados con las conductas de autocuidado son la autoeficacia (McKean y cols., 2003), la autorregulación (Senécal y cols., 2000), los modelos personales de la salud, o en este caso de la diabetes (Hampson, Glasgow y Sttrycker, 2000), la depresión (Lin y cols., 2004), el control percibido (McKean y cols., 2003), y los estilos de afrontamiento (Fournier, Ridder y Bensing, 2002).

Entre estos estudios, es posible observar que uno de los factores favorecedores de las conductas de autocuidado, y que ha recibido mayor atención en las investigaciones es la autoeficacia. Se ha planteado que altas expectativas de autoeficacia se relacionan con conductas de salud y prevención de enfermedad, así como también con conductas de recuperación, de control o de evitación de complicaciones en caso de estar enfermo. Por su parte, niveles inferiores de expectativas de autoeficacia se asocian con baja

probabilidad de adoptar conductas para prevenir la enfermedad o actuar ante ella en caso de ya padecerla (Pervín, 1998).

Bandura (1977), es quien acuña el término autoeficacia por primera vez y la define como las expectativas que tiene una persona acerca de su habilidad para organizar y ejecutar acciones competentes en situaciones determinadas. La autoeficacia también puede ser entendida como la convicción que tiene la persona de llevar a cabo cierta tarea y exhibir una conducta o habilidad; influyendo esta convicción en la energía del sujeto para iniciar, mantener y dedicar esfuerzos en el logro de una conducta.

Las expectativas de autoeficacia se forman a partir de diversas fuentes de información:

(1) Experiencias directas: es la principal fuente de las expectativas; si se evalúa que una conducta se ha desarrollado exitosamente, entonces aumenta la eficacia percibida, pero si por el contrario se juzga que una actividad no ha sido realizada exitosamente, baja la eficacia percibida. El éxito hace referencia al haber hecho posible la conducta en sí, y no a las consecuencias que se obtienen a partir de ésta (Bandura, 1986). En definitiva, los éxitos aumentan esta creencia mientras que los fracasos la disminuyen; sin embargo, luego de que está establecida una alta expectativa de eficacia, el efecto de los fracasos es reducido.

(2) Experiencias indirectas o vicarias: se basa en la percepción de otras personas al adoptar las conductas. Si la persona percibe que otros logran ciertas actividades en condiciones adversas, el observador eventualmente generará expectativas de eficacia en esa actividad particular (Bandura, 1980; cp. Tirro, 1996); sin embargo, la experiencia indirecta puede tener el efecto contrario, es decir, al observar la incapacidad de una persona al realizar cierta conducta puede que reduzca la expectativa de efectividad. El efecto de la experiencia indirecta sobre las expectativas propias será mayor a medida que: (a) la similitud percibida entre el observador y el actor aumente; y (b) cuanto menor sea la experiencia por parte del observador con respecto a la conducta observada (Reeve, 1994).

(3) Persuasión verbal: el inducir verbalmente a una persona de que podrá realizar una tarea generalmente produce un aumento en las expectativas de autoeficacia a corto plazo. En la persuasión lo que se busca es animar a la persona a considerar sus habilidades potenciales e ignorar las deficiencias y fracasos anteriores. Sin embargo, la persuasión será menos efectiva en la medida en que ésta entre en contradicción con la experiencia previa directa (Reeve, 1994).

(4) "Arousal" o activación emocional: La activación del Sistema Nervioso Autonómico indica tensión, miedo, estrés y por ende, ineficacia, por el contrario, la ausencia de fatiga, dolor, nerviosismo y activación tiende a incrementar la sensación de eficacia. La relación entre ambas variables, la eficacia y la activación fisiológica, es bidireccional, ya que así como la ineficacia produce mayor activación, esta a su vez es señal de ineficacia (Bandura y Adams, 1977).

En resumen, las expectativas de autoeficacia vendrían dadas por el hecho de haber realizado exitosamente una conducta, la observación de otras personas realizando exitosamente una acción en circunstancias similares, a través de la persuasión verbal y por la baja activación fisiológica. A partir de esto, resulta posible inferir que la capacidad real del individuo carece de importancia en las expectativas de autoeficacia.

En este sentido, las expectativas de autoeficacia son de gran relevancia dado que se considera que las conductas son determinadas principalmente por las expectativas relacionadas a las habilidades, más que a la probabilidad de ser hábil y fuerte ante los desafíos y retos del entorno (Schwarzeer, 1992). Según Bandura (1977), algunas de las consecuencias que tienen las expectativas de autoeficacia sobre la conducta son: primero, influyen en la elección del comportamiento que el sujeto va a iniciar, independientemente de sus habilidades reales. Segundo, afectan la cantidad de esfuerzo dedicado a realizar una actividad, siendo las personas con elevada autoeficacia las que persisten más en las tareas. Tercero, influyen sobre los patrones de pensamiento y reacciones emocionales de las personas, ya que las que tienen alta autoeficacia atribuyen sus fallas a la falta de esfuerzo o a la dificultad de la tarea, mientras que quienes tienen baja autoeficacia lo atribuyen a la falta de capacidades.

En conclusión, las expectativas elevadas de autoeficacia aumentan la probabilidad de llevar a cabo una conducta, y además, la duración y el esfuerzo invertido en las tareas, mientras que expectativas bajas de autoeficacia pueden operar haciendo que la persona se esfuerce menos o sencillamente no intente la conducta.

Un concepto relacionado con las expectativas de autoeficacia son las expectativas de resultado, las cuales consisten en la valoración que hace el individuo sobre los logros que puede obtener a partir de determinada conducta (Bandura, 1977). Un ejemplo de esto sería la estimación que hace el individuo de que las conductas de cuidado (conducta) garantizarán prevenir complicaciones y mantener calidad de vida (resultados). De esta manera, se diferencia de la autoeficacia por ser ésta la expectativa que tiene la persona de poder llevar a cabo la conducta, mientras que la expectativa de resultado es la creencia de que tal conducta permitirá obtener cierto resultado. En el presente trabajo se da prioridad a las expectativas de autoeficacia, ya que se asume que aún cuando una persona puede esperar que cierta conducta aumente las probabilidades de obtener algún beneficio en particular, si la persona no se cree capaz de llevarla a cabo difícilmente lo hará.

Además, a partir de la afirmación de Bandura (1986) en donde expone que son las creencias más que las habilidades por sí solas las que permiten predecir el desempeño del individuo, podría inferirse que una persona puede tener los conocimientos y las habilidades para llevar a cabo las conductas de cuidado, pero si sus expectativas de autoeficacia son bajas, es poco probable que inicie tales conductas. Las expectativas de autoeficacia en pacientes que sufren de enfermedades como la diabetes, son de fundamental importancia a la hora de llevar a cabo las conductas necesarias para su tratamiento. Específicamente, estas expectativas pueden influenciar a que la persona realice o no estas conductas y persista en las mismas.

En este sentido, Glasgow y cols. (2001) realizaron una revisión de 22 investigaciones acerca de los factores psicológicos e interpersonales que influyen en las conductas de autocuidado en pacientes diabéticos. Los autores encontraron que los factores más consistentemente relacionados con bajos niveles de autocuidado eran la baja autoeficacia y bajos niveles de soporte familiar. También reportan que diversas investigaciones hacen referencia al impacto que tiene la depresión y los modelos

personales (creencias percibidas acerca de la enfermedad) de la diabetes como variables limitantes de las conductas de autocuidado.

Otros autores que también han estudiado la influencia de las expectativas de autoeficacia sobre las conductas de autocuidado fueron Johnston-Brooks, Lewis y Garg (2002). Ellos realizaron una investigación con la finalidad de explorar la influencia de la autoeficacia y la autoestima sobre las conductas de autocuidado (dieta, ejercicio, monitoreo de glucosa, medicación) y el control metabólico (HbA1c) en pacientes diabéticos tipo 1. Específicamente, la investigación tenía dos objetivos: 1) examinar el rol de la autoeficacia y la autoestima como predictoras de las conductas de autocuidado y el control metabólico, y 2) probar si el autocuidado media la relación entre la autoeficacia y la autoestima con el control metabólico. La muestra estaba formada por 110 sujetos diabéticos tipo 1, con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, el 61% de la muestra eran mujeres y todos tenían por lo menos un año padeciendo la enfermedad.

Los resultados indicaron que en comparación con la autoestima, la autoeficacia era mejor predictor en todos los aspectos del autocuidado y el control metabólico, específicamente, el modelo que incluía únicamente a la autoeficacia como predictora de las conductas de autocuidado y el control metabólico, explicaba más varianza que el modelo que consideraba la autoestima por sí sola como predictora (R^2=0.35 vs. R^2=0.08), y explicaba casi igual varianza que el modelo que planteaba ambas variables juntas (R^2=0.36). Por otra parte, los resultados confirmaron el modelo mediacional en el cual un mejor autocuidado, especialmente el cumplimiento de la dieta, explicaba la asociación entre alta autoeficacia y mejor control metabólico (ß=-0.26, p<.05), es decir, altos niveles de autoeficacia se relacionan con mayores conductas de autocuidado, que a su vez se relacionan con un mejor control metabólico.

Por su parte, McKean y cols. (2003) realizaron una investigación para estudiar la influencia de la autoeficacia percibida en la diabetes y la experticia general en ésta enfermedad sobre los comportamientos de cuidado (dieta, ejercicio, monitoreo de glucosa y medicación) y la salud en general. La muestra estaba constituida por pacientes diabéticos tipo 2, de los cuales 74 eran latinoamericanos y 115 americanos con ascendencia europea. Los participantes debían haber sido diagnosticados desde hace

más de un año y menos de nueve años, tener una edad entre 25 a 62 años, no podían padecer mayores complicaciones asociadas a la diabetes ni otras enfermedades y tenían que tener una pareja de igual origen con un mínimo de tres años viviendo juntos.

Los hallazgos encontrados mostraron que para los participantes latinos, la experticia general y las expectativas de autoeficacia se relacionaban positivamente con las conductas de dieta y ejercicio, mientras que para los americanos con ascendencia europea, solamente altas expectativas de autoeficacia se relacionaban positivamente con tales comportamientos de cuidado. De esta manera, se concluye que la experticia general y las expectativas de autoeficacia están relacionadas con las conductas de autocuidado, específicamente con dieta y ejercicio, de manera diferente según sea la población considerada.

En relación a las conductas de dieta, Senécal y cols. (2000) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de conocer como las conductas de dieta (conducta de autocuidado) y la satisfacción de vida se relacionaban con los factores propuestos en dos teorías motivacionales, la teoría social-cognitiva (autoeficacia) y la teoría de autodeterminación (autorregulación). La muestra estaba constituida por pacientes diabéticos tipo 1 y 2, de los cuales 313 eran mujeres y 324 eran hombres, todos miembros de una asociación de diabetes. Además, los participantes debían tener como mínimo tres años de diagnóstico y tener una edad entre 20 y 70 años de edad.

Los resultados obtenidos muestran que (a) mayores niveles de autoeficacia aumenta la probabilidad de adoptar conductas de dieta (β=0.54, z>1.96) y en menor medida se asocia con mayores niveles de satisfacción de vida (β=0.15, z>1.96); y (b) mayores niveles de autorregulación se relacionan con mayor adopción de conductas de dieta (β=0.21, z>1.96) y mayores niveles de satisfacción de vida (β=0.34, z>1.96). Los resultados indican que la autoeficacia mostró una mayor asociación con la adherencia a la dieta, mientras que la autorregulación estaba significativamente más asociada con la satisfacción de vida.

A partir de estos estudios, se observa como las expectativas de autoeficacia se asocian positivamente con las conductas de autocuidado, específicamente con ejercicio (McKean y cols., 2003), y adherencia a la dieta (McKean y cols., 2003; Senécal y cols.,

2000). De esta manera, las personas con mayores expectativas de autoeficacia cumplirán con mayor probabilidad la dieta preescrita y los ejercicios recomendados.

Al ser las expectativas de autoeficacia de gran importancia en cualquier comportamiento que el individuo inicie y mantenga, se considera necesario incluir dicha variable en esta investigación, asumiendo que dependiendo de si el individuo considere que tiene la habilidad o no para realizar las conductas de autocuidado necesarias en la diabetes, las llevará o no a cabo.

En relación a esta variable, se han encontrado que ciertas características sociodemográficas de las personas pueden afectar de manera directa sus niveles de autoeficacia, específicamente el sexo y el NSE. En cuanto al sexo, se ha encontrado que en pacientes diabéticos los hombres tienden a presentar mayores expectativas de autoeficacia que las mujeres (Fournier y cols., 2002).

Al considerar el NSE, la literatura reporta que esta variable presenta relaciones significativas con las expectativas de autoeficacia en diferentes ámbitos. Específicamente, autores reportan que las personas que tienen un mayor nivel educativo presentan mayores expectativas de autoeficacia para realizar ejercicios físicos (Clark, Patrick, Grembowski y Dirham, 1995). Igualmente, otros investigadores han encontrado que a mayor nivel educativo, mayor estatus en la ocupación y mayor ingreso económico mayores son las expectativas de autoeficacia a la hora de retirarse laboralmente (Neuhs, 1990). Adicionalmente, se ha reportado que adolescentes portugueses con alto NSE tienden a presentar mayores expectativas de autoeficacia general en comparación con adolescentes de bajo NSE (Coimbra y Fontaine, 2001). En líneas generales, la literatura parece indicar que el poseer un NSE alto tiende a asociarse con altas expectativas de autoeficacia, mientras que el poseer un NSE bajo tiende a relacionarse con bajas expectativas de autoeficacia. Es de interés en la presente investigación explorar si esta relación se cumple en pacientes diabéticos y en sus expectativas de autoeficacia en la diabetes.

Además de las expectativas de autoeficacia, otra variable que también se relaciona con las conductas de autocuidado es la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud o enfermedad. El Modelo de Creencias de Salud es una de las perspectivas más

consideradas en las investigaciones con enfermedades crónicas, específicamente con poblaciones diabéticas (Hampson y cols., 1990; Skinner y cols., 2002; Lawson y cols. 2004).

El Modelo de creencias en salud fue propuesto por Rosenstock en 1950 (cp. Avillana, Salazar y Correa, 2003) con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad y el cumplimiento de los tratamientos y las recomendaciones médicas por parte de los pacientes.

En el modelo se plantea como hipótesis general que para llevar a cabo conductas de salud los individuos deben tener niveles mínimos de motivación e información importante sobre la salud, percibirse a sí mismos como potencialmente vulnerables, a la enfermedad como amenazante y estar convencidos de la efectividad del tratamiento y que la ejecución del mismo implica pocas dificultades (Rosenstock, 1966; cp. Manuera, Mateo, Albert y Arreal, 2004). Según el modelo, los factores que determinan la conducta de salud se resumen en dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas.

Más específicamente, el Modelo de Creencias de Salud propone que los factores determinantes en las conductas de salud/enfermedad son: (a) la susceptibilidad percibida: percepción subjetiva de contraer una enfermedad o de empeorar en caso de presentarla; (b) severidad percibida: sentimientos relativos a la seriedad de contraer una enfermedad o de que se cure en caso de tenerla y las evaluaciones relativas a las consecuencias clínico-médico de la enfermedad y de las posibles consecuencias en su trabajo, vida familiar y relaciones interpersonales; (c) beneficios percibidos de la acción de salud recomendada, el cual podría ser considerado como un equivalente a las expectativas de resultado propuesto por Bandura (1977); y (d) barreras percibidas: aspectos potencialmente negativos de una acción de salud (Rosenstock, 1966; cp. Manuera y cols., 2004). Estas dos ultimas, beneficios y barreras percibidos, se relacionan con las conductas de salud y seguimiento del tratamiento, ya que el individuo emprenderá acciones para mantener o mejorar su condición física, en la medida en que perciba que los comportamientos concretos que debe adoptar son eficaces para alcanzar

calidad de vida, y que los beneficios que obtendrá a partir de dichas medidas superan los costos y sacrificios que la ejecución de tales conductas implican.

Además de estos cuatro factores, el modelo contempla una última variable que es la existencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar. Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones con personas afectadas por alguna enfermedad (Avillana y cols., 2003).

Se considera que diversas variables sociodemográficas, sociopsicológicas y estructurales podrían afectar la percepción del individuo e influir indirectamente sobre el comportamiento relacionado con la salud. En resumen, las percepciones acerca de la salud/enfermedad orientaran el comportamiento de las personas hacia un mayor o menor riesgo de enfermar o si está enfermo de recuperarse o empeorar (Morales, 1999).

En este sentido, Bond y cols. (1992) estudiaron la utilidad del Modelo de Creencias de Salud para predecir la adherencia a un régimen de conductas de autocuidado en adolescentes diabéticos tipo 1 (n=56), con edades entre 10 a 19 años. La muestra fue tomada de una fundación para jóvenes diabéticos, el 43% de los participantes eran de sexo masculino y el resto de sexo femenino y todos habían tenido la enfermedad al menos por un año. Se midieron los siguientes constructos del modelo: (1) amenaza percibida (combina la susceptibilidad y la severidad percibida); y (2) costos y beneficios de llevar a cabo las conductas de autocuidado. Además agregaron las claves para buscar tratamiento (escalofríos, vómitos, inhabilidad para concentrarse y dificultades para respirar) como variable predictora de las conductas de autocuidado.

Los hallazgos indicaron que tanto los beneficios percibidos de la acción de salud como las claves para buscar tratamiento predecían el cumplimiento de las conductas de autocuidado (R^2= .29, p< .001). Las amenazas percibidas interactuaban con los beneficios percibidos para predecir las conductas de autocuidado (r=-.38, p<.01), específicamente, el mayor cumplimiento del régimen sucedía cuando había una baja percepción de amenaza y altos beneficios percibidos. Para la variable amenaza los resultados son contradictorios con lo propuesto por el Modelo de Creencias de Salud, así, los autores explican que los individuos que perciben una alta amenaza pueden

dedicarse a manejar sus reacciones emocionales, por ejemplo miedo, en lugar de dedicarse a las conductas de de autocuidado. Otro resultado importante es que mientras se incrementaba la edad, las conductas de ejercicio, inyecciones y monitoreo de glucosa disminuían (r=-.53, p<.001; r=-.28, p<.05; r=-.23, p<.10), para lo cual los autores no encontraron una explicación teórica.

Dentro de esta línea de investigación, existen autores que han abordado la percepción de la enfermedad de manera similar a la planteada por el Modelo de Creencias de Salud, tal es el caso de Hampson y cols. (1990) quienes hablan de Modelos Personales acerca de la Enfermedad. La propuesta de estos autores se puede considerar conceptualmente equivalente a la de Rosenstock (1966; cp. Manuera y cols., 2004), ya que plantea que las percepciones de la enfermedad estarían formadas por componentes similares a los ya mencionados (percepción de la gravedad de la enfermedad, impacto percibido y efectividad del tratamiento para controlar la diabetes y prevenir sus complicaciones), a excepción del factor barreras percibidas, el cual no es considerado por este modelo.

Con la finalidad de explorar los Modelos Personales acerca de la diabetes como predictoras de las conductas de autocuidado (dieta, ejercicio, monitoreo de glucosa en sangre e inyecciones) Hampson y cols. (1990) realizaron un estudio longitudinal en adolescentes con diabetes tipo 1 (n=74). La muestra estaba formada por sujetos entre 12 y 18 años con al menos un año de diagnostico de la enfermedad y el 56% de los sujetos eran de sexo masculino. En la primera medición, se observó que las mujeres percibían su enfermedad como más grave (F=7.13, p<.01) y consideraban que tenía un mayor impacto en sus vidas (F=4.95, p<.05) en comparación con los hombres; además, los sujetos de nivel socioeconómico bajo mantenían peores dietas que el resto de los sujetos (r=-0.25, p<.05).

Al considerar las segundas mediciones (después de un año), se halló que cambios en la efectividad percibida del tratamiento para controlar la diabetes se correlacionan significativamente con cambios en el seguimiento de la dieta (r=0.42; p<.005), específicamente, cuando los sujetos cambiaban sus percepciones a una mayor efectividad del tratamiento también aumentaba su seguimiento de la dieta. Los autores explican que los adolescentes parecen no preocuparse tanto por los efectos a largo plazo

de la diabetes, y por ello, el resto de las otras medidas de modelos personales de la diabetes (gravedad percibida y efectividad del tratamiento para prevenir complicaciones) no predecían las conductas de autocuidado.

Posteriormente, Hampson y cols. (2000) estudiaron los modelos personales de la diabetes (severidad de la enfermedad, efectividad del tratamiento y agregaron control percibido) como predictoras de las conductas de autocuidado, específicamente, el seguimiento de una dieta adecuada en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 (n=111). La muestra estaba compuesta por sujetos de 40 años o más (edad promedio 65 años), con más de un año de diagnostico de la enfermedad, el 62% de sexo femenino, el 80% tenían diabetes tipo 2 y el 75% consumía insulina; los sujetos debían ser los principales responsables de llevar a cabo las conductas de cuidado. Los participantes recibieron un entrenamiento dirigido a aumentar las conductas de dieta necesarias en la enfermedad, y después de tres meses, se midió de nuevo el nivel de cumplimiento de la dieta establecida. Los resultados indicaron que aquellos sujetos que tenían una mayor creencia de la efectividad del tratamiento reportaron una menor ingesta de grasas (r=-.25, p<.01). Las variables restantes del modelo no mostraron correlaciones significativas con el seguimiento de una dieta mas sana.

Por otra parte, Skinner y cols. (2002) encontraron hallazgos similares a los de Hampson y cols. (1990) en una investigación que exploraba la influencia de los modelos de creencias personales (gravedad e impacto percibidos de la diabetes y efectividad del tratamiento) y las características de personalidad (afabilidad, concientización, extroversión, estabilidad emocional y apertura a la experiencia) sobre las conductas de autocuidado (dieta, ejercicio, monitoreo de la glucosa, inyecciones de medicamento), en diabéticos tipo 1 (n=358). La muestra estaba formada por sujetos con edades comprendidas entre 12 y 30 años, el 61% de la muestra eran mujeres y la totalidad debía tener por lo menos un año con la enfermedad diagnosticada.

Se encontró que la percepción de la efectividad del tratamiento para controlar la diabetes se relacionaba positivamente con todas las conductas de autocuidado (r=.33, p<.005), mientras que la gravedad percibida se relacionaba positivamente con todas las conductas menos el monitoreo de glucosa en sangre (r=.23, p<.005). La concientización influía indirectamente en el monitoreo de glucosa en sangre a través de la percepción de

la efectividad del tratamiento, es decir, a mayor concientización mayor efectividad percibida del tratamiento (r=.32, p<.005) y a su vez mayor monitoreo de glucosa (r=.22, p<.005). Además, bajas puntuaciones en estabilidad emocional se asociaban con mayor percepción del impacto (r=-.41, p<.005) y de la amenaza de la diabetes (r=-.42, p<.005), y éstas a su vez predecían altas conductas de autocuidado.

En esta misma línea, Lawson y cols. (2004) emplearon el cuestionario de percepción de la diabetes (Illness Perception Questionnaire, IPQ) (síntomas, causas, control y consecuencias de la enfermedad) y la entrevista de los modelos personales de diabetes (Personal Models of Diabetes Interview, PMDI) (síntomas, causas, efectividad del tratamiento y consecuencias de la enfermedad) para predecir la búsqueda de ayuda en el cuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (n=84). La muestra estaba conformada por 42 sujetos que no asistían a consultas médicas para controlar su diabetes y 42 sujetos que sí asistían, ambos grupos fueron apareados en cuanto a sexo, edad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad (por lo menos un año). Todos los sujetos tenían edades comprendidas entre 18 y 65 años y el 74% de los sujetos eran de sexo masculino.

Entre los resultados con la PMDI se encontró que los pacientes que buscaban ayuda regular mantenían creencias más positivas acerca del curso de la enfermedad (t=-2.24, p=.03), de los beneficios del tratamiento (t=-5.26, p=.001) y de la amenaza de la diabetes (t=2.18, p=.03). Además, en la IPQ aquellos pacientes que buscaban ayuda regularmente también percibían un mayor control (t=2.41, p=.02), un curso más optimista de la enfermedad (t=2.21, p=.03), y consecuencias menos serias (t=2.31, p=.02). Por otra parte, las creencias de efectividad del tratamiento (PMDI) y control percibido (IPQ) predecían la asistencia a clínicas (R=.29, p<.001; R=.13, p<.045).

A partir de las investigaciones anteriores se puede señalar que de las cuatro variables que conforman el Modelo de Creencias de Salud o los Modelos Personales, los beneficios de la acción de salud (efectividad del tratamiento) es la que está más asociada con las conductas de autocuidado en diabéticos. Específicamente, a mayor beneficio percibido de la acción de salud hay mayores probabilidades de adoptar conductas de autocuidado. Con respecto al factor de severidad percibida de la enfermedad (impacto), hay reportes contradictorios en las investigaciones,

específicamente, algunas plantean que a mayor severidad percibida mayor autocuidado (Skinner y cols. 2002), en concordancia con lo propuesto por el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1966; cp. Manuera, Mateo, Albert y Arreal, 2004). Sin embargo, otras investigaciones plantean resultados contrarios, es decir, que a menor severidad percibida mayor autocuidado (Bond y cols. 1992). En relación a la susceptibilidad percibida (gravedad), también se encuentran resultados contradictorios en las investigaciones, así, hay resultados que indican que a mayores niveles de esta variable mayores conductas de autocuidado (Skinner y cols., 2002), en coherencia con lo propuesto con el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1966; cp. Manuera, Mateo, Albert y Arreal, 2004), mientras que hay otras investigaciones que reportan resultados opuestos, a saber, que a menor susceptibilidad percibida mayor autocuidado (Bond y cols. 1992). En relación con las barreras percibidas del tratamiento de salud no se han conseguido investigaciones que planteen una influencia de esta variable sobre las conductas de autocuidado.

Con la finalidad de aclarar la posible influencia que tienen las variables que conforman dicho modelo sobre las conductas de autocuidado en diabéticos, los cuatro factores serán tomados en cuenta en la presente investigación.

En relación a los elementos del Modelo de Creencias de Salud una variable importante a considerar es el sexo, dado que autores han reportado que existen diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la diabetes, específicamente, las mujeres diabéticas perciben su enfermedad como más grave (susceptibilidad) y consideran que ésta tiene un mayor impacto en sus vidas (severidad) (Hampson y cols., 1990). Sumado a esto, el Modelo de Creencias de salud plantea que a mayor severidad y susceptibilidad percibida de la enfermedad, mayor probabilidad hay de adoptar conductas de autocuidado (Rosenstock, 1966; cp. Manuera, Mateo, Albert y Arreal, 2004). A partir de estos resultados se podría inferir que las mujeres al percibirse como más susceptibles y su enfermedad como más severa, tienen mayor probabilidad de adoptar conductas de autocuidado.

Otra variable de importancia es el NSE de los pacientes diabéticos y su influencia sobre la percepción que estos tienen de la enfermedad. Así, se ha encontrado que en personas diabéticas el poseer un bajo nivel educativo se relacionaba con percepciones

de la enfermedad basadas fundamentalmente en los síntomas negativos de esta y los requerimientos necesarios para tratarla. Los autores explican que el poseer un bajo NSE generalmente viene acompañado de escasos recursos materiales y mayor estrés cotidiano, lo cual puede influir en que estas personas tengan percepciones más centradas en la interferencia que tiene la diabetes en su vida que aquellas personas con un alto NSE (Chesla, Skaff, Bartz, Mullan y Fisher, 2000). De esta manera, se puede inferir que los pacientes diabéticos con alto NSE tendrán percepciones más positivas de la enfermedad en comparación con los de bajo NSE.

Por otra parte, el definir a los problemas de salud y a las enfermedades crónicas, por ejemplo la diabetes, como una situación estresante, ante la cual el individuo se ve afectado por ésta y busca reaccionar de alguna manera, resulta importante considerar cómo los sujetos que padecen estos tipos de enfermedades enfrentan a las situaciones de estrés y cómo esto puede relacionarse con las conductas de autocuidado implicadas en la enfermedad. De esta manera, otra variable que pudiera ser relevante en poblaciones diabéticas y por lo tanto será tomada en cuenta en el presente estudio, son los estilos de afrontamiento ante el estrés, ya que pueden afectar la salud al impedir o facilitar conductas ajustadas relacionadas con la salud/enfermedad.

Los estilos de afrontamiento son el conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos (Lazarus y Folkman, 1986). Mechanic (1974; cp. Lazaruz y Folkman, 1986) propone que los estilos de afrontamiento cumplen las funciones de: (a) afrontar las demandas del entorno; (b) alcanzar niveles de motivación óptimos para enfrentar a las demandas; y (c) mantener un estado de equilibrio psicológico que le permita al individuo dirigir su energía y sus recursos a estas demandas.

De esta manera, los estilos de afrontamiento son vistos como un proceso adaptativo. Sin embargo, lo que define al afrontamiento no es el tipo de resultado (adaptativo o no), sino las conductas englobadas en él, de hecho, ninguna estrategia se considera en sí misma mejor que otra, sino que la calidad de la misma se observa en sus efectos sobre una situación dada y en la adecuación a las demandas internas o externas de la situación. Así, una estrategia que resulta efectiva en determinada situación, puede

no serlo en otra (Lazarus y Folkman, 1986). Específicamente, la efectividad de las estrategias de afrontamiento que se emplean va a depender de dos dimensiones importantes, la complejidad y la flexibilidad. En relación a la complejidad, un estilo único se define por la utilización de la misma estrategia de afrontamiento en las distintas situaciones, mientras que en un estilo complejo la persona emplea diferentes estrategias de afrontamiento ante una misma situación. La flexibilidad se relaciona con el grado en que el individuo cambia la(s) estrategia(s) de afrontamiento en las distintas situaciones (Lazarus y Folkman, 1986).

Por otro lado, el afrontamiento puede ser definido como una respuesta premeditada, dirigida a la resolución del estrés existente entre el individuo y su ambiente, o a disminuir las emociones negativas que devienen de la situación estresante, en este caso sería el poseer una enfermedad crónica y todas las consecuencias que ésta conlleva. Así, el primer caso hace referencia a una estrategia *dirigida al problema*, la cual tiene como función manejar la situación que está ocasionando el malestar, mientras que en el segundo caso, estaría *dirigida a la emoción*, siendo su función primordial reducir el malestar general existente en el individuo.

Definiendo más detalladamente ambos tipos de afrontamiento, se tiene que las estrategias focalizadas al problema implican, definir el problema, buscar soluciones alternativas, evaluar tales alternativas en función de sus costos y beneficios, elegir la opción más apropiada y aplicar dicha elección, mientras que en las dirigidas a la emoción, se busca manejar el impacto emocional negativo que produce la situación estresante e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Lazarus y Folkman, 1986).

La forma de afrontamiento que una persona adopta depende de la evaluación que haga respecto a la posibilidad de hacer algo para cambiar la situación. En este sentido, si la valoración de la situación estresante dice que se puede hacer algo (es controlable), predominarán las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Por otra parte, si la valoración indica que la situación es incontrolable, predominarán las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1984, c.p. Sandín, 1995).

Ambas funciones de las estrategias de afrontamiento, manejar el problema y reducir el malestar, son de gran importancia al evaluar la efectividad del afrontamiento, ya que si se logra dominar efectivamente la situación de estrés pero con gran costo emocional, el afrontamiento no logra ser eficaz, de forma similar, si se logra el control adecuado de las emociones, pero no se enfrenta directamente la fuente del conflicto, el afrontamiento tampoco es eficaz (Lazarus y Folkman, 1986). Sin embargo, en líneas generales se considera que las estrategias dirigidas al problema son más adaptativas que las emocionales, ya que las primeras se relacionan con niveles más bajos de distrés global y psicológico (Pakenham, Dadds, y Terry, 1994).

Los pacientes diabéticos para que puedan sobrevivir y tener mejor calidad de vida deben mantener una serie de actividades difíciles que dependen de ellos mismos, como conseguir una dieta determinada, realizar los ejercicios adecuados, cumplir con la medicación preescrita y con el tratamiento impuesto (Lazarus y Folkman, 1986). El llevar a cabo dichas actividades, implica necesariamente que la persona adopte un estilo de afrontamiento dirigido al problema, el cual puede verse entorpecido por ciertas maneras de reaccionar emocionalmente, como por ejemplo negando la situación, ya que al no aceptar su condición de enfermo reduce la posibilidad de emprender las conductas necesarias para mejorar su condición física.

A nivel general, las estrategias de afrontamiento se vinculan con problemas de salud de diferentes maneras, entre ellas: (a) dejar de prevenir las condiciones ambientales nocivas dado a la insuficiencia del afrontamiento dirigido al problema; (b) regular de forma insuficiente la perturbación emocional frente a amenazas incontrolables, debido al uso ineficiente de estrategias de afrontamiento dirigidos a la emoción; (c) impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad al usar excesivamente el afrontamiento dirigido a la emoción; y (d) hacer uso de un estilo de afrontamiento en si mismo perjudicial, como por ejemplo, consumo excesivo de sustancias nocivas (Lazarus y Folkman, 1986).

En este sentido, se han encontrado algunas investigaciones que estudian la relación entre los estilos de afrontamiento y las conductas relacionadas con la salud/enfermedad. Katz (1970; cp. Lazarus y Folkman, 1986) encontró que mujeres con cáncer de mama que negaban su enfermedad (estilo de afrontamiento dirigido a la

emoción) lograban reducir la importancia de su condición y, por tanto, disminuía la tensión emocional. Sin embargo, dicha negación demoraba la búsqueda de atención médica, haciendo más probable un mayor deterioro. Igualmente, Farberow (1980; cp. Lazarus y Folkman, 1986) encontró que los pacientes diabéticos que intentaban negar las graves implicaciones de su enfermedad (estilo de afrontamiento dirigido a las emociones), no cumplían con lo que se les prescribía (medicación y tratamiento recomendado), reduciendo así las conductas de autocuidado necesarias para mejorar su condición.

En esta misma línea, DeCoster y Cummings (2005) realizaron un estudio que tenía dos objetivos principalmente: (a) explorar como la raza (africanos americanos vs. blancos no latinos) y el genero (femenino vs. masculino) influyen en las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con diabetes tipo 2, y (b) analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el control de la enfermedad a través de las conductas de autocuidado. Se realizaron entrevistas a profundidad para la recolección de los datos (n=43, 9 mujeres de raza negra, 5 hombres negros, 15 mujeres blancas y 5 hombres blancos).

Los resultados indican que los diabéticos de raza blanca reportan significativamente mayor uso de estrategias centradas en el problema que los diabéticos de raza negra y que los hombres reportan menos uso de estrategias centradas en la emoción y más estrategias centradas en el problema que las mujeres. Además, las personas que reportaban emplear estrategias de afrontamiento centradas en el problema tenían menos probabilidades de reportar que utilizaban estrategias centradas en la emoción. Por ultimo, el afrontamiento dirigido a la emoción se relaciona con un peor control de la diabetes, mientras que el afrontamiento dirigido al problema se relaciona con un mejor control de la enfermedad a través de las conductas de autocuidado.

Por su parte, Fournier y cols. (2002) realizaron un estudio para explorar las estrategias de afrontamiento empleadas por pacientes diabéticos tipo 1 (n=104, 45 hombres y 59 mujeres), pacientes con artritis reumatoidea (n=95) y pacientes con esclerosis múltiple (n=98), con edades entre 18 y 65 años. Encontraron entre sus hallazgos que los pacientes diabéticos hacen uso con mayor frecuencia de las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema (M=21.9, p <0.01) que aquellas dirigidas a la emoción (13.7%), y que estos a su vez, hacen mayor uso de las estrategias de

afrontamiento dirigidas a la tarea que los pacientes con artritis reumatoidea (M=19.7, p <0.01) y esclerosis múltiple (M=19.8, p <0.01). Además, se encontró que los pacientes con diabetes tenían niveles de control interno mayores que los pacientes con artritis reumatoidea y esclerosis múltiple (M= 15.8, p<0.001; M= 22.0, p<0.001; M= 21.5, p<0.001 respectivamente) (a menor puntuación mayores niveles de control interno). Adicional a esto, también se encontró que las expectativas positivas de eficacia estaban más relacionadas con el uso de estrategias dirigidas a la tarea y que las expectativas de autoeficacia estaban indirectamente relacionadas con un mejor funcionamiento físico en diabéticos por usar estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, las cuales actúan como variable mediadora en las diferentes enfermedades. Por último, otro dato de interés encontrado en el grupo de los diabéticos fue que los hombres poseían más expectativas positivas de eficacia (M=31.6; p<.05) que las mujeres (M= 30.0; p<.05).

En conclusión, el que los pacientes diabéticos adopten en mayor medida estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea pudiera deberse al hecho que presenten mayores niveles de control interno, mayores expectativas de autoeficacia, al hecho que efectivamente la diabetes sea una enfermedad mucho más controlable por medio de conductas de autocuidado que otras enfermedades y a que efectivamente estas estrategias le permitan obtener mejores resultados y un mejor control de la enfermedad que las estrategias centradas en la emoción. Estos factores parecieran favorecer que la persona se movilice para buscar soluciones concretas, incluyendo la ejecución de las conductas de autocuidado para sobrellevar su enfermedad, ya que además del control real que tienen los pacientes sobre su diabetes, estos se perciben capaces de hacer lo necesario para controlar su enfermedad. Esto concuerda con lo propuesto por Bandura (1977) sobre que lo que finalmente determina la conducta no es la habilidad que tenga el individuo para llevarla a cabo, sino las expectativas que tenga de dicha habilidad.

En líneas generales, se puede observar que en enfermedades crónicas, el emplear estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se relacionan con menores niveles de tensión emocional. Sin embargo, estas estrategias disminuyen la probabilidad de que las personas tengan asistencia médica y adopten conductas de autocuidado. Así, en enfermedades controlables mediante conductas de autocuidado como la diabetes, la adopción de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema se relaciona con un mejor funcionamiento físico.

Adicionalmente, en la actualidad los terapeutas conductuales suponen que el afrontamiento efectivo no solo debe estar en concordancia con la situación generadora de tensión, sino que debe coincidir con otras variables personales del individuo como lo son sus creencias y valores, ya que de lo contrario esto se convertiría en fuente adicional generadora de estrés (Lazarus y Folkman, 1986). En este sentido, el afrontamiento efectivo del paciente diabético a su enfermedad, no sólo dependería de la correspondencia entre lo que hace (las conductas de autocuidado) y lo que su condición le exige, sino que las conductas a iniciar deberían ser cónsonas con sus creencias, incluyendo sus propias expectativas de autoeficacia.

La utilización de las estrategias de afrontamiento va a depender de la interacción de diversos factores, no solo situacionales sino también personales. Así, se puede hablar de ciertas variables sociodemográficas que influyen en la estrategia de afrontamiento que se selecciona, entre ellas, el NSE y el sexo.

En cuanto al NSE, McCrae (1984) propuso que el NSE que posee la persona determina la estrategia de afrontamiento que se utiliza. Específicamente, plantea que los individuos de NSE alto tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento centradas en el problema y menos estrategias centradas en la emoción. Igualmente, Menaghon (1983) plantea que las personas de NSE alto usan estrategias de afrontamiento que incluyen flexibilidad y escogencia lógica, caracterizándose por ser enfocadas al problema.

En relación a la variable sexo, como se dijo anteriormente De Coster y Cummings (2005) encontraron que los hombres reportan menos uso de estrategias centradas en la emoción y más estrategías centradas en el problema que las mujeres. Igualmente, Aguilar (1997) reporta que las mujeres evalúan las situaciones más afectivamente que los hombres, expresando más abiertamente sus emociones y tendiendo a la religiosidad. Por su parte, los hombres tienden a afrontar los problemas de manera más activa, reportan ser más planificadores y esperan el momento oportuno para actuar correctamente. En este sentido, se ha encontrado que las mujeres tienden a usar más estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, mientras que los hombres tienden a emplear en mayor medida estrategias dirigidas al problema.

Como se puede ver a lo largo de las investigaciones revisadas, el sexo es una variable que repetidamente tiene influencia sobre otras variables, entre ellas, las conductas de autocuidado, la autoeficacia, la percepción de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento. Específicamente, se reporta que las mujeres tienden a presentar mayores conductas de autocuidado (Streisand y cols., 2002), menores niveles de autoeficacia (Fournier y cols., 2002), una percepción más negativa de la enfermedad (Hapson y cols. 1990) y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (De Coster y Cummings, 2005; Aguilar, 1997). Por ello, parece relevante incluirla en el presente modelo para estudiar su comportamiento en interacción con las demás variables.

Por otro lado, al considerar los diferentes estudios es posible observar que existe un gran interés por estudiar cómo diversas variables psicológicas y sociodemográficas se relacionan con la adopción o no de conductas de autocuidado en pacientes diabéticos. Sin embargo, las investigaciones citadas han empleado poblaciones de pacientes con diabetes tipo 1 por un lado, o diabetes tipo 2 por otro, o los estudian en conjunto pero no analizan las posibles diferencias entre ambos grupos.

De esta manera, parece relevante incluir simultáneamente ambos tipos de diabetes en la presente investigación, para estudiar su relación con las conductas de autocuidado en diabéticos tipo 1 y tipo 2, ya que es posible que los resultados encontrados en un tipo de diabetes no sean generalizables al otro, sobretodo si se considera que el tipo de tratamiento y el momento de aparición y de diagnóstico de la enfermedad varían en ambas condiciones. En este sentido, la diabetes tipo 1 generalmente se diagnostica en la infancia y antes de los 30 años, y el tratamiento hace énfasis de manera obligatoria en las inyecciones de insulina, mientras que en la diabetes tipo 2 el diagnostico se hace generalmente después de los 30 años y el tratamiento se centra especialmente en el seguimiento de una dieta y un plan de ejercicios, y el consumo de insulina no siempre es obligatorio (American Diabetes Association, 2004).

Al considerar las diferencias entre ambas condiciones, se puede suponer una posible influencia de ambos tipos de diabetes no solo sobre las conductas de autocuidado, sino también sobre sus expectativas de autoeficacia para cumplir el tratamiento y sobre la forma en que las personas perciben la enfermedad. En este

sentido, Streisand y cols. (2002) reportan que las personas que tienen más tiempo con la enfermedad tienden a presentar mayores conductas de autocuidado, este sería el caso de las personas con diabetes tipo 1. Dado que estos serían los que presentan mayores conductas de autocuidado se puede inferir que también serían los que presentan expectativas más altas de autoeficacia y una percepción de la enfermedad con alta severidad, susceptibilidad y beneficios del tratamiento y bajas barreras percibidas.

En relación a esto, otra variable que resulta relevante considerar es el tiempo de diagnóstico (duración de la enfermedad), dado que se considera que las personas que padecen la enfermedad hace varios años han tenido mas oportunidades de conseguir información y experiencia en el tratamiento de la diabetes, y por ende, tienen mayores probabilidades de realizar las conductas de autocuidado. De esta manera, dicha variable también será incluida en el modelo de regresiones propuesto en la presente investigación para estudiar su influencia sobre las conductas de autocuidado, y sus posibles interacciones con las expectativas de autoeficacia y la percepción de la enfermedad.

Por último, otra variable que parece relevante tener en cuenta en el presente estudio, es la presencia de otras enfermedades diferentes a la diabetes. En algunas de las investigaciones revisadas esta variable es controlada de manera que las personas no pueden tener otras condiciones físicas que afecten su salud (Streisand y cols., 2002; McKean y cols., 2003). Sin embargo, tomando en cuenta las variables que se están introduciendo en el modelo, parece de gran importancia explorar la influencia que puede tener el poseer otras enfermedades sobre la percepción de la diabetes y las conductas de autocuidado.

De esta manera, el objetivo de la presente investigación es estudiar la influencia de los estilos de afrontamiento (dirigidos al problema y a la emoción), percepción de la diabetes (susceptibilidad y severidad percibida de la enfermedad, beneficios del tratamiento y barreras para llevarlo a cabo), la autoeficacia en la diabetes, presencia de otras enfermedades, tipo de diabetes, NSE, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y sexo sobre las conductas de autocuidado en diabéticos y la relación entre estas variables, bajo la perspectiva de un análisis de ruta.

III. MÉTODO.

1. Problema:

¿Cuál es la influencia de los estilos de afrontamiento (dirigidos al problema y a la emoción), la percepción de la diabetes (susceptibilidad y severidad percibida de la enfermedad, beneficios del tratamiento y barreras para llevarlo a cabo), la autoeficacia en la diabetes, presencia de otras enfermedades, tipo de diabetes, NSE, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y sexo sobre las conductas de autocuidado en diabéticos, y cómo se relacionan estas variables entre sí?

2. Hipótesis:

Se pretende evaluar las relaciones consideradas en el siguiente diagrama de ruta:

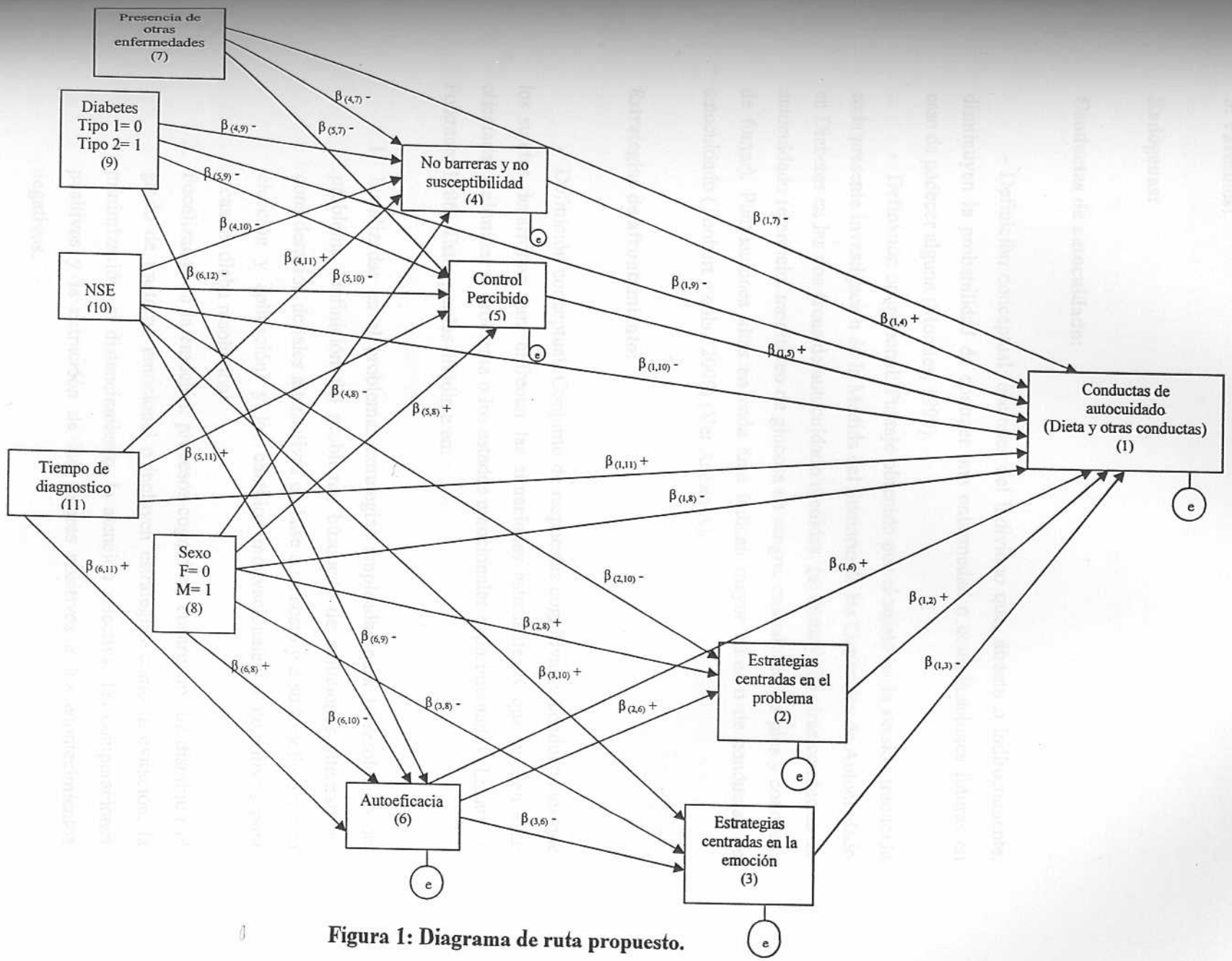


Figura 1: Diagrama de ruta propuesto.

3. Variables:

Endógenas:

Conductas de autocuidado:

- Definición conceptual: acciones del individuo que, directa o indirectamente, disminuyen la probabilidad de contraer una enfermedad o complicaciones futuras en caso de padecer alguna (Morales, 1999).

- Definición operacional: Puntaje obtenido por el sujeto en la versión traducida en la presente investigación de la Medida del Sumario de las Conductas de Autocuidado en Diabetes en las dos áreas de autocuidado medidas: (a) dieta y (b) otras conductas de autocuidado (ejercicio, monitoreo de glucosa en sangre, cuidado de los pies y conducta de fumar). Puntuaciones altas en cada área indican mayor número de conductas de autocuidado (Toobert y cols., 2000) (Ver Anexo A).

Estrategias de afrontamiento:

- Definición conceptual: Conjunto de respuestas cognitivas y conductuales que los sujetos desarrollan para enfrentar las situaciones estresantes y que pueden estar orientadas a eliminar el problema o los estados emocionales experimentados (Lazarus y Folkman, 1986). Estás puedes dividirse en:

1. Focalizadas en el problema: estrategias empleadas para la resolución del problema (definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación) y los cambios motivacionales o cognitivos para alcanzar dicha resolución.
2. Focalizadas en la emoción: procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de los valores positivos a los acontecimientos negativos.

- Definición operacional: Puntaje obtenido por el sujeto en cada una de las subescalas (centrado en la emoción y centrado en el problema) de la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) modificada por Llorens (1995), donde puntajes altos indican un mayor uso de dicha estrategia de afrontamiento (Ver Anexo B).

Percepción de la diabetes:

- Definición conceptual: creencias acerca de las amenazas de la diabetes sobre la propia salud y acerca de las posibilidades de reducir esas amenazas (Daniel y Messer, 2002).

- Definición operacional: Puntaje obtenido por subescala (control percibido y no barreras no susceptibilidad) en la versión traducida en la presente investigación de la Escala del Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes, donde puntajes elevados indican mayores niveles de los constructos medidos (Daniel y Messer, 2002) (Ver Anexo C).

Autoeficacia en la diabetes:

- Definición conceptual: creencias que tiene una persona acerca de su habilidad para organizar y ejecutar acciones competentes en situaciones determinadas (Bandura, 1977), específicamente, en situaciones de enfermedad como la diabetes.

- Definición operacional: Puntaje obtenido en la versión traducida en la presente investigación de la Escala de Autoeficacia en Diabetes, donde puntajes altos indican mayor confianza en las capacidades propias para realizar las conductas necesarias para controlar la enfermedad (McKean y cols., 2003) (Ver Anexo D).

Exógenas:

Presencia de otras enfermedades:

- Definición conceptual: Presencia de alguna complicación física que afecte la salud de la persona diferente a la diabetes.

- Definición operacional: La batería de instrumentos contiene un ítem de selección que posee dos opciones de respuesta (Sí y No), codificados como "uno" (1) y "dos" (2), respectivamente.

Tipo de diabetes:

- Definición conceptual: Se clasifica en dos tipos: (a) tipo I (insulino-dependiente): ocurre como resultado de una reducida o inexistente producción de insulina, lo cual da lugar a la hiperglicemia que es tratada con inyecciones de insulina; y (b) tipo II (no insulino-dependiendiente), causada por el uso inadecuado de la insulina por parte del cuerpo, y es tratada principalmente con dieta, ejercicio y medicación oral (Macrodimitris y Endler, 2001).

- Definición operacional: La batería de instrumentos contiene un ítem de selección que posee dos opciones de respuesta (tipo I o tipo II), codificadas como "uno" (1) y "dos" (2), respectivamente.

NSE:

- Definición conceptual: Posición o estatus que alcanza un individuo en la sociedad de acuerdo a los recursos económicos que posee (Pereira y Rodríguez, 1996).

- Definición operacional: Puntaje obtenido en la Encuesta Socioeconómica de Graffar modificada (adaptación de Méndez, 1996 cp. Aldaz, 1997), donde puntajes totales elevados indican menor nivel socioeconómico (Anexo E).

Tiempo de diagnóstico:

- Definición conceptual: Lapso temporal en meses transcurrido desde la fecha en que fue hecho el diagnóstico de diabetes en una persona hasta la fecha en que se realiza la administración del instrumento de investigación.

- Definición operacional: La batería de instrumentos contiene un ítem de selección que posee dos opciones de respuesta (menos de 12 meses y más de 12 meses), codificados como "uno" (1) y "dos" (2), respectivamente.

Sexo:

- Definición conceptual: "Hombre o mujer determinado por factores genéticos presentes en la concepción que tienen sus resultados en las diferencias fisiológicas y anatómica" (Baron y Byrne, 1998, p. 205).

- Definición operacional: La batería de instrumentos contiene un ítem de selección que posee dos opciones de respuesta (masculino y femenino), codificados como "uno" (1) y "dos" (2), respectivamente.

Variables a controlar.

Se controló el orden de presentación de los instrumentos colocando primero los datos de identificación, seguido de Escala de Autoeficacia en Diabetes, la Medida del Sumario de las Conductas de Autocuidado en Diabetes, Escala del Modelo de Creencias de Salud en Diabetes, Escala de Afrontamiento y la Escala Graffar.

4.- Tipo y diseño de investigación:

El presente estudio es de tipo no experimental en donde no se tiene control directo de las variables. Es una investigación de campo, específicamente de comprobación de hipótesis dado que busca predecir relaciones entre variables psicológicas (conductas de autocuidado, estilos de afrontamiento, percepción de la diabetes) y sociodemográficas (presencia de otras enfermedades, tipo de diabetes, NSE, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y sexo) en estructuras sociales reales (Kerlinger y Lee, 2002). Se utilizó un diseño transversal de una sola medida en el tiempo. Asimismo, se empleó un diseño de ruta, el cual permite la representación gráfica de las variables y analizar cuantitativamente las relaciones que se dan entre ellas. Para realizar este análisis las características que debe reunir el modelo son: sistema de variables cerrado, relaciones entre variables asimétricas, lineal y con un nivel de medida de intervalo o razón y no debe existir correlación entre las variables residuales (Sierra, 1981).

5.- Población y muestra:

La población estuvo constituida por las personas que padecen de diabetes mellitus que asisten a diversas Unidades de Diabetes dirigidas a personas con bajos recursos económicos ubicadas en el Área Metropolitana de Caracas, para recibir tratamiento médico y/o charlas educativas. Para la prueba piloto la muestra fue tomada de esta población y estuvo conformada por 99 sujetos (hombres y mujeres), mientras que la muestra final estuvo constituida por 300 sujetos (hombres y mujeres) también obtenidos de esta población.

En ambos casos, el muestreo fue no probabilístico propositivo, ya que la selección de los sujetos estuvo en función de decisiones deliberadas para lograr una muestra representativa de la población estudiada (Kerlinger y Lee, 2002). Por último, la participación en el estudio fue voluntaria.

La muestra obtenida estuvo conformada por 300 personas de edades comprendidas entre 20 y 85 años que asisten a consulta médica para el tratamiento de su diabetes. La edad promedio fue 57 años con una desviación típica de 13.91 años. El 59.7% (179 sujetos) de los sujetos fueron de sexo femenino, mientras que el 40.3% fueron de sexo masculino (121 sujetos). Además, el 13% de los pacientes tenían diabetes tipo 1 (39 sujetos), mientras que el (87%) de los pacientes tenían diabetes tipo 2 (261sujetos). Por otra parte, el 12,7% de las personas habían sido diagnosticadas de diabetes hace menos de 12 meses (38 sujetos), mientras que el 87% (261) habían sido diagnosticadas hace más de 12 meses (261 sujetos).

El 61% de los pacientes tratan su enfermedad en el Centro Integral de diabetes y otras Enfermedades Metabólicas (CIDEM), el 19.7% la tratan en la Unidad de diabetes del Hospital Vargas, el 7.3% en el Centro Medico Docente la Trinidad, específicamente a la Fundación de Amigos Contra la Diabetes (FADI), el 2.3% en el Seguro Social y el 9.3% en otras instituciones.

De las personas que conformaron la muestra, el 54,7% (164 sujetos) no presentaron ninguna enfermedad diferente a la diabetes, mientras que el 45.3% sí presentaron alguna enfermedad (136 sujetos). Específicamente, el 33% sufre de

enfermedades cardiovasculares, el 1.3% sufre de enfermedades gastrointestinales, el 2% sufre de enfermedades renales, el 5% sufre de enfermedades visuales, el 2.7% padece de enfermedades hormonales, el 2.7% sufre de enfermedades respiratorias, el 3.7% sufre de enfermedades en los huesos y el 10.7% padece de otras enfermedades.

Por último, la mayoría de las personas poseen un NSE medio (media= 12.56 y As=-0.123) y se observó una distribución homogénea (CV=22.69) y de forma mesocúrtica (K=0.033).

6.- Instrumentos:

Los instrumentos utilizados en esta investigación son los siguientes: Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes (Toobert y cols., 2000), Escala de Estilos de Afrontamiento modificada por Llorens (1995), la Escala del Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes (Daniel y Messer, 2002), la Escala de Autoeficacia en Diabetes (McKean y cols., 2003), y Encuesta Socioeconómica de Graffar modificada (adaptación de Méndez, 1996 cp. Aldaz, 1997).

La Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes (Toobert y cols., 2000) es un cuestionario breve de autoreporte que mide la frecuencia de las conductas de autocuidado de los 7 días previos a la aplicación del instrumento. Contiene 11 ítems que miden los siguientes aspectos del régimen de la diabetes: dieta (1, 2, 3, 4), ejercicio (5, 6), monitoreo de glucosa en sangre (7, 8), cuidado de los pies (9, 10) y conducta de fumar (11, 12), en donde 0 significa ningún día y 7 significa los siete días de la semana previa.

La consistencia interna de las escalas medida por las correlaciones entre-ítems es adecuada (r= 0,47), excepto para la subescala de dieta (r= 0,23). La confiabilidad test-retest después de tres meses resultó moderada baja (r=0.40). A pesar de que la confiabilidad no es muy alta, la validez resultó adecuada y fue comprobada a partir de correlaciones con otras escalas de dieta (Kristal Food Habits Questionnaire, r=0,54; p<0.001) y ejercicio (Datos de Automonitoreo de Ejercicio, r=0.58; p<0.001).

En la presente investigación se realizó una traducción de la escala original en inglés y se realizaron las correcciones pertinentes en función de la opinión de un grupo de jueces expertos (ver Anexo F) como una aproximación a la validez de contenido. Adicionalmente, se calculó la confiabilidad y la estructura factorial de este instrumento mediante una prueba piloto.

Se obtuvo un alpha de 0.77, lo que indica que posee una adecuada confiabilidad; los ítems que cargaron más bajo fueron el 11 y después el 6. El análisis factorial se realizó con una rotación varimax y un autovalor de 1.6, hallándose 2 factores que explicaron un 45.66% de la varianza total de la prueba. En la matriz rotada se puede ver que los ítems 1, 2, 3, 4, 7 y 8 cargaron en el primer factor, mientras que los ítems 5, 6, 9 y 10 cargaron en el segundo factor; el ítem 11 no cargó en ningún factor pero se va a dejar para análisis adicionales en la descripción de la muestra. Para la muestra definitiva, también se realizaron cálculos de confiabilidad y estructura factorial que se reportan en el apartado de análisis de resultados.

La Escala de Afrontamiento al Estrés traducida al español por Zaplana y revisada por Valdés (Lazarus y Folkman, 1986) del original Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1984), fue adaptada por Llorens (1995) y fue empleada en la presente investigación. Berruete y Ochoa (1989) realizaron un estudio psicométrico de la prueba y eliminaron los ítems que no presentaban correlación significativa con el puntaje total y que no se relacionaban con el modelo revelado por el análisis factorial de componentes principales que se efectuó, reduciendo la escala de 67 a 43 ítems. Pare esta nueva versión de la escala la consistencia interna fue de 0.88 empleando el Coeficiente alpha de Cronbach.

Posteriormente, Llorens (1995) realizó una nueva versión de la adaptación anteriormente mencionada, la cual presenta opciones de respuesta dicotómicas ("en absoluto"=0; "en alguna medida"=1). Esta versión posee un total de 28 ítems, un Alpha de Cronbach de 0.75 y presenta 6 subescalas obtenidas a partir del análisis factorial, siendo estas:

1. Solución Fantástica: compuesta por los ítems 4, 19, 21, 22 y 23.
2. Búsqueda de apoyo e información: 2, 5, 9, 10 y 14.

3. Evasión y conformismo: 1, 4, 7, 8, 11 y 28.
4. Afrontamiento activo: 12, 13, 15 y 16.
5. Hacerse responsable: 3, 20 y 24.
6. Reevaluación cognitiva: 24, 26, 27 y 28.

Los ítems 6, 17, 18 y 25 se eliminaron de la escala por aportar muy poco a la confiabilidad. La solución fantástica, la evasión y conformismo y la reevaluación cognitiva se agrupan en el factor de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción de Lazarus y Folkman (1986), y la búsqueda de apoyo, el afrontamiento activo y el hacerse responsables se agrupan en el factor de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. En esta versión un mayor puntaje en cada ítem representa un mayor uso de la estrategia que miden. Para los fines de la presente investigación la escala se corregirá obteniendo puntajes para las agrupaciones más generales, es decir, las estrategias dirigidas a la emoción y las dirigidas al problema, donde los puntajes elevados indicarán mayor uso de la estrategia de afrontamiento medida.

La Escala del Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes (Daniel y Messer, 2002) posee 16 ítems que miden las creencias percibidas acerca de la diabetes. Dicha escala esta constituida por otras cuatro subescalas, las cuales con: (a) susceptibilidad: percepción subjetiva de las posibilidades de que la diabetes empeore; (b) severidad: sentimientos relativos acerca de las consecuencias de padecer diabetes y de las complicaciones futuras asociadas a la misma; (c) beneficios: efectividad del tratamiento para controlar la diabetes; y (d) barreras: aspectos negativos relacionados al tratamiento para controlar la diabetes. Las preguntas se puntúan en una escala Likert que va de 1, indicando total desacuerdo, a 5 indicando total acuerdo.

Los autores reportan que la validez de constructo del instrumento ha sido confirmada y su confiabilidad test-retest para todas las subescalas es adecuada (α=0.69 a 0.82). En la presente investigación se realizó una traducción de la escala original en inglés y se realizaron las correcciones pertinentes en función de la opinión de un grupo de jueces expertos (ver Anexo G) como una aproximación a la validez de contenido.

La confiabilidad y la estructura factorial de este instrumento se verificaro mediante una prueba piloto. Se obtuvo un alpha de 0.78, lo que indica que posee una

confiabilidad elevada; los ítems que cargaron más bajo fueron el 5, 2 y después el 1. El análisis factorial se realizó con una rotación varimax y un autovalor de 1.44, se fijo a 4 factores que explicaron un 58.5% de la varianza total de la prueba. En la matriz rotada se puede observar que en el primer factor (Beneficios) cargaron los ítems 8, 9, 10, 11 y 12, en el segundo factor (Barreras) cargaron los ítems 7, 13, 14, 15 y 16, en el tercer factor (Severidad) cargaron los ítems 4, 5, 6, 7 y 9, y en el cuarto factor (Susceptibilidad) cargaron los ítems 1, 2 y 3. En función de los análisis se cambió la redacción de los siguientes ítems 1, 4, 7, 8 y 15, así como también el número de opciones de respuesta, siendo ahora cuatro opciones: nada cierto, poco cierto, muy cierto y totalmente cierto. Para la muestra definitiva, también se realizaron cálculos de confiabilidad y estructura factorial que se reportan en el apartado de análisis de resultados.

La Escala de Autoeficacia en Diabetes (McKean y cols., 2003) consiste en nueve ítems que miden que tan confiados se sienten los sujetos para realizar lo necesario para manejar su diabetes (por ejemplo: "para hacer y mantener los cambios en su dieta" o "hacer y mantener cambios en su programa de ejercicio"). Las preguntas se puntúan en una Escala Likert en donde una puntuación de uno indica para nada seguro y una de cuatro refleja mucha seguridad. Esta escala posee una consistencia interna elevada tanto para poblaciones latinas (α=0.87) como para americanos con ascendencia europea (α=0.83). La escala se corrige obteniendo un puntaje total, donde puntuaciones elevadas indican mayor confianza en las capacidades propias para realizar las conductas necesarias para controlar la enfermedad. En la presente investigación se realizó una traducción de la escala original en inglés y se realizaron las correcciones pertinentes en función de la opinión de un grupo de jueces expertos (ver Anexo H) como una aproximación a la validez de contenido.

Adicionalmente, la confiabilidad y la estructura factorial de esta versión del instrumento fue verificada mediante una prueba piloto. Se obtuvo un alpha de 0.92, lo que indica que el instrumento posee una alta confiabilidad. El análisis factorial se realizó con una rotación varimax y un autovalor de 1.5, hallándose un solo factor que explicó un 44.584% de la varianza total de la prueba, es decir, es una escala unifactorial como era esperado. Se modificó la redacción del ítem número 5 dado que se observó problemas en su comprensión.

La Encuesta Socioeconómica de Graffar modificada es un instrumento cuyo objetivo es clasificar a los sujetos en niveles socioeconómicos determinados (ver Anexo E). Méndez (1986, cp. Aldaz, 1997) hizo una adaptación del instrumento para una mayor aproximación a la realidad en Venezuela. La escala consta de cuatro parámetros, profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuentes de ingresos familiares y tipo de vivienda. Cada uno de estos cuatro parámetros está conformado por cinco alternativas de respuesta que se puntúan del uno (1) al cinco (5) y van de mayor a menor nivel socioeconómico. Para la presente investigación se obtuvo un puntaje total, donde las puntuaciones elevadas indican un menor nivel socioeconómico. La confiabilidad y la validez del instrumento fue evaluada por Delgado Moreno (2003), obteniendo una confiabilidad de 0.68 estimada por el alpha de Crombach; y la estructura factorial del instrumento fue evaluada por un análisis de los componentes principales y se encontró que está constituida por un factor que explica el 52.71% de la varianza.

7.- Procedimiento:

En primer lugar, se contactó con diversas Unidades de Diabetes de la zona Metropolitana de Caracas, entre ellas, la Fundación de Amigos de la Diabetes (FADI), el Centro Integral de Diabetes y Enfermedades Metabólicas (CIDEM) y la Unidad de Diabetes del Hospital José María Vargas, para solicitar el permiso para la obtención de la muestra en sus cedes. Así, fue solicitada una copia del anteproyecto del trabajo de grado y una carta del director de la escuela para ser entregada a los directivos de las instituciones.

Por otra parte, se realizó la traducción de los siguientes instrumentos cuya versión original estaba en inglés: la Escala de Autoeficacia en Diabetes (McKean y cols., 2003), la Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes (Toobert y cols., 2000) y la Escala del Modelo de Creencias de Salud en Diabetes (Daniel y Messer, 2002). Luego se envió una carta para solicitar la validación de dichas traducciones a jueces expertos en el área (médicos, psicólogos expertos en investigación y psicólogos clínicos), con el fin de juzgar la pertinencia de los términos empleados, el número de ítems, su orden, las instrucciones, entre otros (ver Ánexo I). Después, se llevó a cabo las modificaciones de las escalas en base a las sugerencias dadas por la mayoría de los jueces expertos.

Posterior a las modificaciones, se realizó la recolección de la muestra piloto y se procedió a aplicar individualmente las escalas previamente seleccionadas. Así, se le explicaba a cada sujeto que se estaba realizando una investigación acerca de la diabetes y se solicitaba el permiso para realizarle unas preguntas. La aplicación de la batería completa tomaba aproximadamente 20 minutos y se realizó individualmente pues la mayoría de estos pacientes presentaban diversas limitaciones que les impedían a ellos mismos responder, ya que muchos no sabían leer, tenían un bajo nivel de comprensión lectora o poseían impedimentos físicos asociados a la enfermedad.

Terminada la aplicación, se corrigieron todas las escalas y se realizó el análisis psicométrico (confiabilidad y validez) de las mismas, empleando el programa SPSS versión 7.5, para luego realizar las modificaciones necesarias en dichas escalas.

Una vez preparados los instrumentos, se seleccionó de manera intencional la muestra definitiva de 300 personas administrando dichos instrumentos y anexando a la batería final la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) modificada por Llorens (1995) y la Encuesta Socioeconómica de Graffar modificada (adaptación de Méndez, 1996 cp. Aldaz, 1997). Se siguió el mismo procedimiento de aplicación empleado para la recolección de la muestra piloto. Ya obtenidos los datos de la muestra final, se corrigió todas las escalas aplicadas y se pasó al análisis de los resultados empleando el programa SPSS.

Así, para dicho análisis se realizaron los siguientes pasos (a) análisis de instrumento de las diferentes escalas utilizadas; (b) análisis descriptivo de las variables; (c) la verificación de los supuestos del modelo matemático, regresión múltiple y (d) un análisis de ruta.

- Análisis de los instrumentos: Para ello, (a) se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach para así conocer la consistencia interna de las pruebas, y (b) se analizó la estructura factorial de las pruebas, a través del análisis de componentes principales, utilizando rotación varimax y un autovalor de 1.5.
- Análisis descriptivo: Para observar el comportamiento de las variables en la muestra se calcularon los estadísticos descriptivos: media, valor mínimo, valor máximo, kurtosis, asimetría y coeficiente de variación de las siguientes

variables: percepción de la enfermedad, autoeficacia en la diabetes, estilos de afrontamiento, NSE y conductas de autocuidado. Para las variables sexo, edad, tipo de diabetes, tiempo de diagnostico, presencia de otras enfermedades e instituciones donde se es atendido, se calculó la frecuencia y porcentaje.

- Análisis de los supuestos de la regresión múltiple: Se llevó a cabo una matriz de correlaciones para conocer las relaciones existentes entre las variables del modelo planteado y evaluar a partir del análisis de esta matriz, la presencia de multicolinealidad (correlaciones superiores a 0.70) entre las variables independientes planteadas en el modelo. Además, se analizó la normalidad de las variables y los supuestos referentes a los residuales.
- Análisis de Ruta: Se realizó a través de las regresiones múltiples de las variables endógenas del modelo. Se consideró la varianza de la variable dependiente (endógena) que es explicada por cada una de las variables independientes del modelo (aquellas que afectan directamente a la variable endógena), el coeficiente R, R^2 y su significancia (F). Se determinaron también los coeficientes Beta y su significancia para cada una de las variables predictoras en el modelo. Para todos los análisis se empleó un nivel de significancia de 0.05.

Se finalizó con la discusión de los resultados obtenidos, las conclusiones y las limitaciones y recomendaciones.

8.- Consideraciones éticas:

Tomando como base el Código Deontológico de la Práctica de la Investigación en Psicología (Escuela de Psicología, 2002), se tomó en cuenta las siguientes consideraciones, de forma tal de realizar una praxis adecuada y ética para lograr el objetivo de esta investigación.

Se procuró tener altos niveles de conocimiento actualizado sobre el tema durante las actividades de investigación que se llevaron a cabo, y a su vez, se asumió la responsabilidad que conlleva la realización de esta tarea.

Previo a la administración de los instrumentos, se solicitó los permisos necesarios a las instituciones donde se aplicaron los mismos. Sólo se incluyeron en el estudio aquellos individuos que dieron su consentimiento para participar en el mismo. Se intentó respetar a los individuos participantes en la investigación, tomando en cuenta el respeto por la dignidad y las buenas condiciones durante su participación, la privacidad y la confidencialidad de la información aportada por ellos y su bienestar general.

Dado que el conocimiento por parte de los sujetos en relación a los fines esperados de la investigación podría sesgar a los individuos al responder y esto a su vez a los resultados obtenidos, solo les proporcionó la información necesaria para la completación de los instrumentos.

Por otra parte, para que el estudio se ajustara a los estándares científicos y tecnológicos adecuados de la investigación, se hizo uso de una técnica previamente definida y estandarizada como lo es de análisis de ruta. La justificación de su empleo se debe a la discusión previa y a la recomendación por parte de la tutora del trabajo, por ser considerada apropiada para alcanzar el objetivo propuesto en el presente estudio.

Se evitó la manipulación indebida de los datos obtenidos a partir de los instrumentos utilizados. Asimismo, se evitaron errores que pudieran afectar los resultados.

Siguiendo los principios generales de la investigación, se considera que este estudio realiza una importante contribución a la sociedad, específicamente, en el área de salud y de psicología de la salud, ya que el conocimiento adquirido podría servir de base para el desarrollo futuro de programas educativos y de intervención para personas que padecen esta enfermedad.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis psicométrico de los instrumentos.

Una vez procesados los datos de la prueba definitiva efectuada sobre una muestra de 300 pacientes diabéticos, se calculó la confiabilidad del cuestionario Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes (Toobert y cols., 2000) a través del coeficiente de Alfa de Cronbach; se obtuvo un puntaje de 0.59 indicando una confiabilidad moderada alta. Todos los ítems correlacionaron en forma positiva con el puntaje total de la escala. El ítem 1 presentó la mayor correlación con el puntaje total (r= 0,46), mientras que el ítem 11 fue el que presentó una menor correlación (r=0,08) (ver Anexo J).

Además, se obtuvo la estructura factorial del la prueba a partir del método de componentes principales y se consiguieron 2 factores al usar como corte un autovalor de 1.5, que explican un 35% de la varianza total de la prueba (ver Anexo J). En el factor 1, denominado Dieta (ítems: 1, 2, 3, 4), se obtuvo una confiabilidad de 0.69 y explica un 21,79% de la varianza con un autovalor de 2,39, mientras que en el factor 2, llamado Otras conductas de autocuidado (ítems: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11), se obtuvo una confiabilidad de 0.46 y explicaba un 13,47% con un autovalor de 1,48 (Ver tabla 1). Se utilizó el método de rotación Varimax de estos dos factores y la revisión de los mismos para su discriminación y descripción se hizo tomando aquellos ítems con carga factorial mayor a 0.40, excepto los ítems 8 y 11 que se ubicaron en el factor 2 con una carga factorial cercana a 0.30.

La estructura factorial obtenida no concuerda con la teoría, dado que la Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes (Toobert y cols., 2000) inicialmente cuenta con cinco factores (dieta, ejercicios, exámen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar) a pesar de que el autor propone que se calcule sólo un puntaje total. Adicionalmente, se calculó la confiabilidad de dichas subescalas, obteniéndose un alfa de 0.69 y 0.46 respectivamente, indicando una confiabilidad moderada alta para el factor 1 y una confiabilidad moderada para el factor 2.

Tabla 1: Matriz de componentes rotados para la Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes

	Componente	
	1	2
Días en que ha seguido un plan de alimentación saludable	0,820*	0,136
Días en que ha seguido el plan de alimentación recomendado por el médico	0,810*	0,156
Días en que comió suficientes raciones de frutas y vegetales	0,647*	0,017
Días en que comió alimentos altos en grasas	0,504*	-0,153
Días en que realizó por lo menos 30 minutos de actividad física continua	0,011	0,456*
Días en que realizó una sesión específica de ejercicios diferente a la que realiza en la casa o en el trabajo	-0,155	0,581*
Días en que chequeó su glucosa en sangre	0,191	0,425*
Días en que chequeó su glucosa en sangre las veces recomendadas por el medico	0,264	0,294*
Días en que revisó sus pies	0,073	0,602*
Días en que revisó la parte interna de sus zapatos	0,202	0,601*
Días en que fumó cigarrillos	-0,081	0,297*

Para los cálculos relacionados a esta escala, se invirtieron las puntuaciones de los ítems 4 y 11, de esta manera, la puntuación de 7 indica 0 días a la semana, la puntuación de 6 indica 1 día, la puntuación de 5 indica 2 días, la puntuación de 4 indica 3 días, la puntuación de 3 indica 4 días, la puntuación de 2 indica 5 días, la puntuación de 1 indica 6 días y la puntuación de 0 indica 7 días a la semana. Además, se obtuvo un puntaje para los dos factores obtenidos (dieta y otras conductas de autocuidado), donde los puntajes altos indican mayor número de las conductas de autocuidado medidas.

Para la Escala de Afrontamiento al Estrés (Lazarus y Folkman, 1986) se calculó la confiabilidad, y se obtuvo un alfa de 0.84 indicando una alta consistencia interna. El ítem 19 presentó la mayor correlación con el puntaje total (r= 0.54), mientras que el ítem 1 y 10 fueron los que presentaron menor correlación (r=0.25) (ver Anexo K).

Debido a que esta escala ha sido empleada en varias investigaciones, en el presente estudio no se realizó ninguna modificación a la versión de Llorens (1995), por lo que se conservó la misma estructura factorial la cual se encuentra formada por 6 subescalas.

Para la Escala del Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes (Daniel y Messer, 2002) se realizaron cálculos similares obteniéndose una confiabilidad moderada, con un coeficiente Alfa de 0.51. El ítem 14 presentó la mayor correlación con el puntaje total (r= 0.35), mientras que el ítem 11 fue el que presentó una correlación casi nula (r=0.0048) (Ver Anexo L).

Adicionalmente, se obtuvo la estructura factorial de la prueba a partir del método de componentes principales y se obtuvieron 2 factores con un autovalor de 1,5 que explican un 30% de la varianza (ver Anexo L). El factor 1, el cual se denominó Percepción de Control (ítems: 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 15), explicaba un 17.10% de la varianza con un autovalor de 2,73, mientras que el factor 2, llamado No Barreras y No Susceptibilidad (ítems: 4, 6, 7, 13, 14, 16), explicaba un 13.04% de la varianza con un autovalor de 2,09 (Ver tabla 2). Se encontró que el ítem 5 no cargó en ningún factor. Se utilizó el método de rotación Varimax de estos dos factores y la revisión de los mismos para su discriminación y descripción se hizo tomando aquellos ítems con carga factorial mayor a 0.40.

Tabla 2: Matriz de componentes rotados para el Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes

	Componente	
	1	2
La diabetes puede ser una enfermedad seria si uno no la controla.	0,528*	0,013
Mi diabetes empeorará si yo no hago nada al respecto.	0,516*	-0,001
La dieta, ejercicios y medicación previenen las complicaciones de mi diabetes.	0,510*	-0,043
Mi diabetes esta bien controloda.	0,253	0,418*
Mi diabetes no es un problema para mi mientras me sienta bien.	0,179	0,028
Mi diabetes tendrá un efecto negativo en mi salud futura	-0,066	0,628*
La diabetes me producirá una gran cantidad de enfermedades	-0,239	0,601*
Siempre tendré que hacrer dieta, ejercicio o medicación para la diabetes.	0,479*	-0,044
Puedo controlar la diabetes.	0,588*	0,236
La dieta, ejercicios o medicación controlarán la diabetes	0,667*	0,032
Cambiar mis hábitos alimentarios y de ejercicio probablemente ayudarán.	0,408*	-0,302
La dieta, ejercicios y medicación de la diabetes me ayudarán a sentirse mejor.	0,565*	-0,125
Tendré que cambiar demasiados hàbitos para seguir el régimen de dieta, ejercicios y medicamentos.	-0,104	0,683*
Es dificil seguir la dieta que me prescribieron.	0,175	0,602*
Entiendo lo que me han explicado acerca de la dieta.	0,462*	0,065
Hacer ejercicios y/o tomar medicamentos interfiere con mis actividades diarias	0,055	0,394*

Para los cálculos relacionados a esta escala, se invirtieron las puntuaciones de los ítems 6, 7, 13, 14 y 16, es decir, la puntuación 4 indicaba nada cierto, la puntuación 3 indicaba poco cierto, la puntuación 2 indicaba muy cierto y la puntuación 1 indicaba totalmente cierto. Además, se obtuvo un puntaje para los dos factores obtenidos (control percibido y no barreras no susceptibilidad), donde los puntajes altos indican mayores niveles del constructo medido.

Los resultados obtenidos no concordaron con lo planteado por la Escala del Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes (Daniel y Messer, 2002) en donde se esperaban 4 factores: Susceptibilidad (del ítem 1 al 4), Severidad (del ítem 5 al 8), Beneficios (del ítem 9 al 12) y Barreras (del ítem 13 al 16). Sin embargo, se puede ver que en el factor 1 se agruparon los ítems de la subescala Beneficios y la mayoría de los de la subescala Susceptibilidad (excepto el ítem 4 que cargó en el factor 2), mientras que en el factor 2 se agruparon la mayoría de los ítems de las subescalas Severidad (excepto el ítem 5) y Barreras (excepto el ítem 15 que cargó en el factor 1). El ítem 5 no cargó en ningún factor por lo que se recomienda su revisión.

Con respecto a la Escala de Autoeficacia en Diabetes (McKean y cols., 2003), se calculó la confiabilidad obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.75, indicando una consistencia interna alta. El ítem 7 presentó la mayor correlación con el puntaje total (r= 0,54), mientras que el ítem 6 fue el que presentó una menor correlación (r=0,28) (ver Anexo M). Por otra parte, se calculó la estructura factorial de la prueba a partir del método de componentes principales y con un autovalor de 3,13 se obtuvo un solo factor que explica un 35% de la varianza total de la prueba (Ver Anexo M). La estructura factorial obtenida concuerda con la teoría, ya que la Escala de Autoeficacia en Diabetes (McKean y cols., 2003) es una escala unifactorial.

Análisis descriptivo.

Una vez realizados los análisis de validez y confiabilidad de los instrumentos, se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central, dispersión y forma con el fin de evaluar el comportamiento de los puntajes obtenidos en las diferentes variables presentes en el diagrama de ruta propuesto (ver Tabla 3).

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el modelo

	Media	Mediana	Desviación Típica	Asimetría	Kurtosis	Mínimo	Máximo
Dieta	20,405	22	6,482	-0,787	-0,173	0	28
Otras conductas	29,182	29	8,820	-0,113	-0,477	8	49
Control percibido	33,936	35	2,416	-1,390	1,613	26	36
No barreras no susceptibiledad	14,234	14	3,688	0,341	-0,401	7	24
Autoeficacia	29,193	29	4,457	-0,346	-0,671	18	36
Afrontamiento emocional	7,932	8	3,153	-0,198	-0,866	0	13
Afrontamiento problema	11,783	12	2,786	-1,038	1,042	0	15
NSE	12,557	13	2,846	-0,123	0,033	5	20

En relación a la variable *conductas de autocuidado* en donde un mayor puntaje corresponde a un mayor autocuidado, se obtuvo que para la subescala *dieta (n=299)* los sujetos mostraron un rango que va desde 0 hasta 28 (siendo el rango de puntuación posible de 0 a 28), una media aritmética de 20.40 y una asimetría de -0.79, reflejando una distribución asimétrica negativa; donde la mayoría de las personas presentaron puntajes altos en esta variable y se distribuyen de manera moderadamente heterogénea (CV= 31.76) y platicurtica (K=-.173). Así, los pacientes diabéticos encuestados presentan un cumplimiento alto de su dieta.

En la subescala *Otras conductas (n=297)* de autocuidado los sujetos mostraron un rango que va desde 8 hasta 49 (siendo el rango de puntuación posible de 0 al 49), una media aritmética de 29,18 y una asimetría de -0.113 reflejando una distribución moderadamente heterogénea, así la mayoría de las personas presentaron puntajes medios en esta variable y se distribuyen de manera moderadamente heterogénea (CV=30.23) y platicurtica (K=-0.48). De esta manera, los pacientes diabéticos encuestados presentan un cumplimiento moderado del resto de las conductas de autocuidado (ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar).

Respecto a la variable *autoeficacia en diabetes (n=300),* donde un mayor puntaje indica una autoeficacia en diabetes mayor, se halló que el rango de puntuación se ubicó entre 18 y 36 (siendo el rango de puntuación posible de 9 a 36), con una media aritmética de 29.19. Se obtuvo una distribución asimétrica negativa (As=-0.35) indicando una tendencia hacia puntajes altos en dicha variable. La distribución de los puntajes se dio de una manera homogénea (CV=15.28) y platicurtico (K=-0.67). Así se observa que los pacientes diabéticos estudiados presentan niveles de expectativas de

autoeficacia moderados altos, es decir presentan niveles moderados altos de confianza para realizar lo necesario para manejar su diabetes.

En cuanto a la variable *percepción de la enfermedad*, en la subescala de *control percibido* (*n=298*), donde puntuaciones mayores se corresponden con una percepción de mayor control, los puntajes oscilaron entre 26 y 36 (siendo el rango de puntuación posible de 9 a 36) y se obtuvo una media aritmética de 33.94 y una distribución altamente asimétrica (As= -1.39), indicando que la mayoría de las personas presentaron puntajes altos en esta variable. Se observó una distribución muy homogénea (CV=7.13) y leptocurtica (K=1.61). Así, se observa que los pacientes diabéticos encuestados tienen una alta percepción de control de la diabetes, es decir, perciben a las acciones de salud recomendadas como beneficiosas, y además, perciben su enfermedad como poca severa, en el sentido que es posible mantener cierta estabilidad física, y consideran que su enfermedad no tendrá grandes consecuencias clínico-médicas ni en las diferentes áreas de la vida del individuo.

La subescala *no barreras y no susceptibilidad* (*n=291*), donde un mayor puntaje indica una percepción de menos barreras y menor susceptibilidad (excepto en el ítem 4), tuvo una fluctuación entre los puntajes de 7 a 24 (siendo el rango de puntuación posible de 6 al 24), con una media aritmética de 14.23 y una distribución asimétrica positiva (As=0.34), indicando que la mayoría de las personas presentaron puntajes medios bajos en esta variable. La distribución de los puntajes se dio de una manera homogénea (CV=25.93) y con forma platicurtica (K=-0.40). Así, los pacientes diabéticos del estudio perciben niveles moderados bajos de no barreras y de no susceptibilidad ante la diabetes.

Para la variable *estrategias de afrontamiento*, donde mayores puntajes indican más uso de esa estrategia de afrontamiento, se obtuvo que para la dimensión *estrategias centradas en el problema* (*n=299*) los sujetos mostraron un rango que va desde 0 hasta 15 (siendo el rango de puntuación posible de 0 al 15), una media aritmética de 11.78 y una distribución altamente asimétrica (As=-1.04), indicando que la mayoría de las personas presentaron puntajes altos en esta variable de manera homogénea (CV=23.68) y altamente leptocúrtica (K=1.04). Así, los pacientes diabéticos encuestados presentan alto uso de las estrategias centradas en el problema, es decir suelen emprender acciones

que tienen como función manejar la situación de estrés (la diabetes) que está ocasionando su malestar.

En la dimensión *estrategias centradas en la emoción* (*n=296*) los puntajes oscilaron entre 0 y 13 (siendo el rango de puntuación posible de 0 al 13) y se obtuvo una media aritmética de 7,93 y una asimetría negativa de -0,20. Se observó una distribución homogénea (CV=39,72) y platicurtica (K=-0.87). Así, los resultados indican que la mayoría de las personas presentaron puntajes moderados altos en esta variable, es decir, presentan un uso moderado alto de las estrategias centradas en la emoción, las cuales tiene como función reducir el malestar general producido por la situación

Por último, la mayoría de las personas poseen un NSE (*n=296*) medio (media= 12.55 y As=-.12) y se observó una distribución homogénea (CV=22.66) y de forma mesocurtica (K=0.033).

En resumen, se observó que la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados presentaron un cumplimiento alto de su dieta, un cumplimiento moderado del resto de las conductas de autocuidado (ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar), niveles de expectativas de autoeficacia moderados altos, alta percepción de control de la diabetes, perciben niveles moderados bajos de no barreras y no susceptibilidad ante la diabetes, y un alto uso de las estrategias centradas en el problema y moderado alto de las centradas en la emoción. A su vez, se observa que la muestra obtenida tenía un NSE medio.

Análisis de ruta.

Por otra parte, con el fin de verificar algunos de los supuestos requeridos para el análisis de regresión múltiple, base del análisis de ruta, se verificó la multicolinealidad entre las variables predictoras incluidas en el modelo por medio de la matriz de correlaciones simples, estimada a partir del coeficiente producto-momento de Pearson. Ninguna correlación entre las variables predictoras se encuentra por encima del valor de 0.70, indicando que no existe multicolinealidad entre las mismas (ver Anexo N).

Se verificaron los supuestos relativos a los errores. No existía correlación entre los errores, dado que los coeficientes Durbin Watson estuvieron cercanos a 2, la media de los mismos fue 0 y el rango de puntuación estuvo entre 1.793 y 2.064. Asimismo, se observó, en líneas generales, normalidad en las variables predictoras del modelo de regresión, destacándose las variables estrategias dirigidas a la tarea y control percibido como un poco alejadas de la normal, recomendándose cautela a la hora de interpretación de los resultados que involucran estas variables (ver Anexo Ñ).

Luego de verificar el cumplimiento de los supuestos necesarios para la realización del análisis de regresión, se procedió al cálculo de los coeficientes de correlación múltiple, el coeficiente de determinación y los coeficientes b y β para cada una de las variables predictoras involucradas en el modelo propuesto (ver Figura 1). El análisis se realizó con cada variable endógena y se inició de derecha a izquierda en el diagrama, tomando como nivel de significancia un nivel de 0.05.

De esta manera, para la variable conductas de autocuidado, específicamente para la subescala *dieta*, se encontró una correlación múltiple moderara (R= 0.52; F= 10.207; gl= 10/272; p= 0.000) entre esta variable y la combinación lineal de las variables sexo, tiempo de diagnóstico, autoeficacia, NSE, tipo de diabetes, Creencias acerca de la Diabetes (no barreras y no susceptibilidad y control percibido), estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea y presencia de otras enfermedades. El coeficiente de determinación ajustado fue de 0.25, indicando que el modelo explica un 25% de la varianza total de la escala Dieta de manera significativa ($R^2 = 0.25$) (ver Anexo Ñ).

Al considerar el efecto de cada una de las variables sobre la conducta de hacer dieta (ver Tabla 4), los coeficientes Beta indican que la variable autoeficacia es la que más predice con una correlación moderada y positiva (β=0.47; p=0.000) seguida por la percepción de no barreras y no susceptibilidad hacia la diabetes presentando una correlación baja positiva pero significativa estadísticamente (β=0.15; p=0.007). Así, las personas que presentan una mayor autoeficacia y una mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad de la diabetes tienden a presentar mayores conductas de autocuidado dirigidas al cumplimiento de la dieta.

Tabla 4: Coeficientes B, β y su significancia para Dieta

	Coeficiente No-Estandarizado		Coeficiente Estandarizado	t	p
	B	Error Estándar	Beta		
(Constante)	4,202	6,594		0,637	0,525
Afrontamiento emocional	-0,158	0,148	-0,076	-1,063	0,289
Afrontamiento problema	0,226	0,162	0,098	1,398	0,163
Control percibido	-0,239	0,156	-0,089	-1,527	0,128
No barreras No susceptibilidad	0,270	0,099	0,152	2,733	0,007*
Autoeficacia	0,694	0,085	0,474	8,136	0,000*
Presencia de otra enfermedad	0,380	0,717	0,029	0,529	0,597
NSE	-0,163	0,124	-0,071	-1,315	0,190
Tiempo de Dx	-1,113	1,039	-0,056	-1,071	0,285
Tipo de Diabetes	1,076	1,057	0,056	1,018	0,310
Sexo del Sujeto	0,256	0,711	0,019	0,361	0,719

* Significativas al 0,05

Para la subescala *otras conductas de autocuidado* se obtuvo una correlación múltiple moderada baja significativa estadísticamente (R=0.399; F=5.117; gl=10/270; p=0.000), donde la combinación lineal de las variables sexo, tiempo de diagnóstico, autoeficacia, NSE, tipo de diabetes, percepción de la diabetes (percepción de no barreras y no susceptibilidad y control percibido), estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea y presencia de otras enfermedades, explica el 13% de la varianza total de los puntajes en esta subescala (R^2 = 0.13) (ver Anexo Ñ).

Al evaluar el efecto de cada una de las variables por separado, se hallaron correlaciones positivas bajas y significativas de las variables estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea (β=0.20; p=0.008), autoeficacia (β=0.176; p=0.006) y percepción de no barreras y no susceptibilidad de la diabetes (β=0.128; p=0.035); y correlaciones negativas bajas y significativas de las variables NSE (β=-0.129; p=0.029) y tipo de diabetes (β=-0.126; p=0.034) (ver Tabla 5). Estos resultados indican que las personas que tienen un alto uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, alta autoeficacia, mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad de la diabetes, mayor NSE y diabetes tipo 1 (código: Tipo 1=1, Tipo 2=2) tienden a presentar mayor cumplimiento del resto de las conductas de autocuidado asociados a la diabetes, específicamente, ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar.

Tabla 5: Coeficientes B, β y su significancia para Otras conductas

	Coeficiente No-Estandarizado		Coeficiente Estandarizado	t	p
	B	Error Estándar	Beta		
(Constante)	10,039	9,620		1,044	0,298
Afrontamiento emocional	-0,226	0,215	-0,081	-1,050	0,295
Afrontamiento problema	0,627	0,236	0,200	2,658	0,008*
Control percibido	0,278	0,227	0,077	1,222	0,223
No barreras No susceptibilidad	0,309	0,146	0,128	2,120	0,035*
Autoeficacia	0,350	0,125	0,176	2,785	0,006*
Presencia de otra enfermedad	0,437	1,049	0,025	0,417	0,677
NSE	-0,400	0,182	-0,129	-2,197	0,029*
Tiempo de Dx	-0,988	1,529	-0,037	-0,646	0,519
Tipo de Diabetes	-3,284	1,538	-0,126	-2,135	0,034*
Sexo del Sujeto	1,298	1,040	0,072	1,248	0,213

* Significativas al 0,05

Al considerar la variable estilos de afrontamiento, específicamente la subescala *estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción*, se obtuvo una correlación múltiple baja (R= 0.21; F= 4.437; gl= 3/288; p= 0.005)) entre este estilo de afrontamiento y la combinación lineal de las variables sexo, autoeficacia y NSE. El coeficiente de determinación ajustado fue de 0.034, indicando que el modelo explica un 3.4% de la varianza total de manera significativa ($R^2 = 0.034$) (ver Anexo Ñ).

Al evaluar las magnitudes del efecto de cada una de las variables por separado se halló solo una correlación positiva baja y significativa con el NSE (β=0.162; p=0.006) (ver Tabla 6) indicando que las personas que poseen un NSE más bajo tienden a un mayor uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

Tabla 6: Coeficientes B, β y su significancia para afrontamiento emocional

	Coeficiente No-Estandarizado		Coeficiente Estandarizado	t	p
	B	Error Estándar	Beta		
(Constante)	2,6985	1,5620		1,7276	0,0851
Sexo del Sujeto	0,4849	0,3735	0,0753	1,2985	0,1952
Autoeficacia	0,0752	0,0409	0,1062	1,8376	0,0671
NSE	0,1804	0,0649	0,1616	2,7819	0,006*

* Significativas al 0,05

Para la subescala estrategias de afrontamiento dirigidas al problema se encontró una correlación múltiple baja, pero significativa estadísticamente (R=0.187; F=3.507; gl=3/291; p=0.016), donde la combinación lineal de las variables sexo, autoeficacia y NSE, explica el 2.5% de la varianza total de los puntajes en esta subescala ($R^2 = 0.025$) (Ver Anexo Ñ).

Específicamente, se obtuvo que la variable autoeficacia predice las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea de manera positiva y baja, pero significativa (β=0.171; p=0.003) (ver Tabla 7) en el sentido que a mayor autoeficacia mayor uso de esta estrategia de afrontamiento dirigidas a la tarea

Tabla 7: Coeficientes B, β y su significancia para afrontamiento centrado en el problema

	Coeficiente No-Estandarizado		Coeficiente Estandarizado	t	p
	B	Error Estándar	Beta		
(Constante)	7,521	1,375		5,469	0,000
Sexo del Sujeto	0,277	0,330	0,049	0,838	0,402
Autoeficacia	0,107	0,036	0,171	2,963	0,003*
NSE	0,054	0,057	0,055	0,947	0,345

* Significativas al 0,05

En relación con la variable percepción de la enfermedad, específicamente la subescala *control percibido*, se obtuvo una correlación múltiple baja pero significativa estadísticamente (R=0.211; F=2.679; gl=5/288; p=0.022), donde la combinación lineal de las variables sexo, tiempo de diagnóstico, NSE, tipo de diabetes y presencia de otras enfermedades, explica el 2.8% de la varianza total de los puntajes en esta subescala ($R^2 = 0.02$) (Ver Anexo Ñ).

Al evaluar por separado la influencia directa de estas variables se halló que el NSE guarda una correlación baja negativa pero significativa (β=-0.165; p=0.005) (ver Tabla 8), indicando que las personas de mayor nivel socioeconómico tienden a percibir un mayor control sobre la diabetes.

Tabla 8: Coeficientes B, β y su significancia para control percibido

	Coeficientes No-Estandarizado		Coeficiente Estandarizado		
	B	Error Estàndar	Beta	t	p
(Constante)	35,198	1,512		23,275	0,000
Sexo del Sujeto	0,331	0,294	0,067	1,123	0,262
NSE	-0,141	0,050	-0,165	-2,831	0,005*
Tiempo de Dx	-0,077	0,425	-0,011	-0,180	0,857
Tipo de Diabetes	0,477	0,422	0,067	1,131	0,259
Presencia de otra enfermedad	-0,486	0,294	-0,100	-1,650	0,100

* Significativas al 0,05

Para la subescala *no barreras y no suceptibilidad* se encontró una correlación múltiple baja (R=0.255; F= 3.911; gl= 5/281; p= 0.002) en esta variable y la combinación lineal de las variables sexo, tiempo de diagnóstico, NSE, tipo de diabetes y presencia de otras enfermedades. El coeficiente de determinación ajustado fue de 0.048, indicando que el modelo explica un 4.8% de la varianza total de manera significativa ($R^2 = 0.048$) (ver Anexo Ñ).

En forma particular, se evidenció que el NSE y el tipo de diabetes presentaron correlaciones negativas bajas y significativas (β=-0.114; p=0.051; β=-0.188; p=0.002) (ver Tabla 9), indicando que un mayor NSE y el padecer diabetes tipo 1 predicen una mayor percepción de no barreras y no suceptibilidad.

Tabla 9: Coeficientes B, β y su significancia para no barreras y no suceptibilidad

	Coeficiente No-Estandarizado		Coeficiente Estandarizado		
	B	Error Estándar	Beta	t	p
(Constante)	21,635	2,322		9,316	0,000
Sexo del Sujeto	-0,206	0,449	-0,027	-0,458	0,647
NSE	-0,147	0,075	-0,114	-1,956	0,051*
Tiempo de Dx	-0,896	0,649	-0,080	-1,381	0,169
Tipo de Diabetes	-2,073	0,653	-0,188	-3,175	0,002*
Presencia de otra enfermedad	0,207	0,450	0,028	0,459	0,647

* Significativas al 0,05

Por último, para la variable *autoeficacia* se encontró una correlación múltiple baja no significativa estadísticamente (R=0.083; F=0.508; gl=4/291; p=0.730) entre esta variable y la combinación lineal de las variables sexo, NSE, tipo de diabetes y tiempo de diagnóstico El coeficiente de determinación ajustado fue de -0.007, indicando

que el modelo explica un -0,7% de la varianza total de manera significativa (R^2 = -0.007) (ver Anexo Ñ).

Igualmente, al evaluar por separado la influencia de dichas variables se encontró que ninguna predecía significativamente los puntajes en autoeficacia (Ver Tabla 10).

Tabla 10: Coeficientes B, β y su significancia para autoeficacia

	Coeficiente No-Estandarizado		Coeficiente Estandarizado		
	B	Error Estándar	Beta	t	p
(Constante)	30,084	2,411		12,479	0,000
Sexo del Sujeto	0,457	0,540	0,050	0,847	0,398
NSE	-0,109	0,093	-0,069	-1,173	0,242
Tiempo de Dx	-0,270	0,793	-0,020	-0,340	0,734
Tipo de Diabetes	0,139	0,784	0,011	0,178	0,859

* Significativas al 0,05

En resumen, los resultados de la presente investigación confirman parcialmente el modelo propuesto (ver Figura 1). De esta manera, en cuanto a los efectos directos, se encontró con respecto a las Conductas de Autocuidado, que la *Dieta* era predicha por las expectativas de autoeficacia, la percepción de no barreras y no susceptibilidad, NSE, tipo de diabetes, control percibido, estrategias de afrontamiento dirigidas tanto a la emoción, como a la tarea y presencia de otras enfermedades. De todas estas, la que más predice las conductas de Dieta es el tener altas expectativas de autoeficacia y altos niveles de percepción de no barreras y no susceptibilidad.

Por otro lado, con respecto a las *Otras Conductas de Autocuidado*, estas son predichas por las mismas variables que las conductas de dieta, solo que además se le agrega la variable sexo. Así , las variables un estilo de afrontamiento dirigido a la tarea, la percepción de no barreras y no susceptibilidad, las expectativas de autoeficacia, el nivel socioeconómico y el padecer de diabetes tipo 1, en el sentido de que tener altos niveles de un estilo de afrontamiento orientado a la tarea, de percepción de no barreras y no susceptibilidad, de expectativas de autoeficacia, mayor NSE y tener diabetes mellitus tipo 1 aumentan la probabilidad de adoptar otras conductas como ejercicios, control de la glucosa, cuidado de los pies y no fumar para prevenir los riesgos asociados a la diabetes (ver Figura 2).

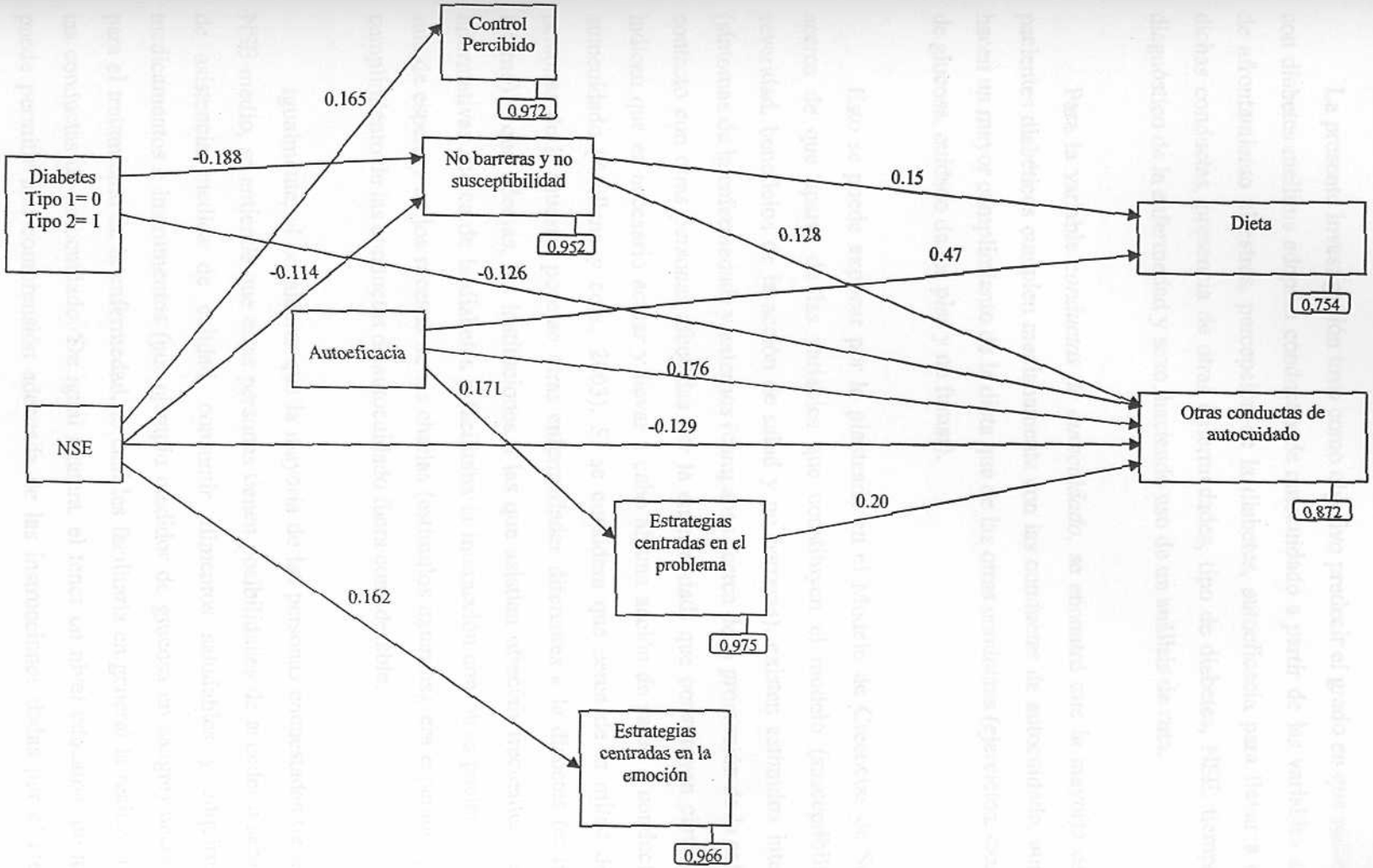


Figura 2. Diagrama de ruta obtenido.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La presente investigación tuvo como objetivo predecir el grado en que pacientes con diabetes mellitus adoptan conductas de autocuidado a partir de las variables estilo de afrontamiento al estrés, percepción de la diabetes, autoeficacia para llevar a cabo dichas conductas, presencia de otras enfermedades, tipo de diabetes, NSE, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y sexo, haciendo uso de un análisis de ruta.

Para la variable *conductas de autocuidado*, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos cumplen medianamente con las conductas de autocuidado, aunque hacen un mayor cumplimiento de la dieta que de las otras conductas (ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar).

Esto se puede explicar por lo planteado en el Modelo de Creencias de Salud, acerca de que aparte de las variables que constituyen el modelo (susceptibilidad, severidad, beneficios de la acción de salud y no barreras), existen estímulos internos (síntomas de la enfermedad) y externos (campañas acerca de la promoción de la salud y contacto con otras personas afectadas por la enfermedad) que constituyen claves que indican que es necesario actuar y llevar a cabo alguna acción de salud o conducta de autocuidado (Avillana y cols., 2003). Si se considera que cerca de la mitad de las personas de la muestra poseían otras enfermedades diferentes a la diabetes (estímulo interno) y que además, las instituciones a las que asistían ofrecían frecuentes charlas informativas acerca de la diabetes y facilitaba la interacción con otros pacientes en la sala de espera y en los recesos de las charlas (estímulos externos), era esperado que el cumplimiento de las conductas de autocuidado fuera considerable.

Igualmente, al considerar que la mayoría de las personas encuestadas tienen un NSE medio, se entiende que estas personas tienen posibilidades de acceder a servicios de asistencia medica de calidad, consumir alimentos saludables y adquirir los medicamentos e instrumentos (por ejemplo medidor de glucosa en sangre) necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lo cual les facilitaría en general la realización de las conductas de autocuidado. De igual manera, el tener un nivel educativo promedio puede permitir una comprensión adecuada de las instrucciones dadas por el médico

acerca del tratamiento y por ende, la ejecución adecuada de las conductas de autocuidado.

Adicionalmente, la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados poseen la enfermedad hace varios años, lo cual puede estar relacionado con que estas personas hayan estado expuestas a repetidas explicaciones acerca de las conductas que deberían realizar, información acerca de la enfermedad, cómo vivir con ella y alcanzar el bienestar a pesar de padecer de esta condición médica, lo cual también puede facilitar el cumplimiento de las conductas de autocuidado.

Por otra parte, estos resultados son coherentes por los encontrados por Bond y cols. (1992), en donde mientras se incrementaba la edad, las conductas de ejercicio, inyecciones y monitoreo de glucosa disminuían, mientras que el seguimiento de la dieta se mantenía en los mismos niveles. En la presente muestra el promedio de edad de los sujetos fue de 57 años, por lo que puede estar relacionado con el hecho de que el cumplimiento de las otras conductas de autocuidado no fueran tan elevadas como el seguimiento de la dieta. De esta manera, tradicionalmente se ha hecho mayor énfasis en el cumplimiento de la dieta como tratamiento fundamental para la diabetes, mientras que la realización de ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar, han sido considerados como secundarios para el tratamiento. De esta manera, los pacientes diabéticos encuestados pueden haber dado mayor importancia al cumplimiento de la dieta y cumplir en menor cuantía las otras conductas de autocuidado.

Para la variable *autoeficacia* se halló que los pacientes diabéticos estudiados presentan niveles de expectativas de autoeficacia moderados altos en relación a la diabetes.

Esto puede explicarse dado que las altas expectativas de autoeficacia se forman a partir de diversas fuentes de información, específicamente, experiencias directas e indirectas de éxito, persuasión verbal y baja activación fisiológica (Bandura, 1977). De esta manera, los pacientes diabéticos encuestados reportan cumplir medianamente las conductas de autocuidado, las cuales se pueden considerar como experiencias directas que les permiten a los sujetos evaluar que sí son capaces de llevar a cabo dichas conductas, y así sentirse seguros de poder realizarlas de nuevo cuando sea necesario.

Igualmente, la totalidad de las personas que participaron en esta investigación son pacientes de algún centro para el tratamiento de la diabetes, por lo que se puede inferir que la mayoría de estos sujetos de alguna manera han recibido repetidas veces ánimos e intentos de persuasión (en las charlas informativas o por parte de su doctor particular) acerca de que no es difícil el cumplimiento de las conductas de autocuidado para la diabetes y que la persona en cuestión está en capacidad de realizarlas.

En este sentido, la muestra evaluada parece tener factores que contribuyen al aumento de las expectativas de autoeficacia, lo que genera una autoevaluación más positiva acerca de la posibilidad de llevar a cabo dichas conductas (Bandura, 1977).

En relación con la variable *percepción de la enfermedad*, se encontró que para la subescala *control percibido*, los pacientes diabéticos encuestados tienen una alta percepción de control de la diabetes. Estos resultados se pueden relacionar con el hecho de que efectivamente la diabetes es una enfermedad altamente controlable dado que el cumplir con una serie de actividades, entre ellas, seguir una dieta determinada, realizar los ejercicios adecuados, cumplir con la medicación preescrita y con el tratamiento impuesto, les permite no solo sobrevivir, sino también tener una buena calidad de vida y evitar las posibles complicaciones de la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986).

Igualmente, estos hallazgos concuerdan con los reportados Fournier y cols. (2002) cuando compararon los niveles de control interno entre pacientes que sufrían diferentes enfermedades crónicas (diabetes, artritis reumatoidea y esclerosis múltiple). Estos autores encontraron que los diabéticos tenían niveles de control interno mayores que los pacientes con artritis reumatoidea y esclerosis múltiple.

Por último, este resultado también es coherente con los hallazgos de Lawson y cols. (2004) que explican que los pacientes que buscan ayuda regularmente y asisten a clínicas o centros hospitalarios tienden a presentar un mayor control percibido que aquellos sujetos que no lo hacen. Como se dijo anteriormente, este es el caso de las personas que participaron en esta investigación, ya que la mayoría fueron contactadas mientras esperaban para ser atendidas en centros para el tratamiento de la diabetes.

Para la subescala *no barreras y no susceptibilidad*, se halló que los pacientes diabéticos tienden medianamente a percibir que hay posibilidades de que su diabetes empeore o que se presenten en un futuro las complicaciones relacionadas con esta enfermedad, así como también que existen ciertos aspectos negativos de las acciones de salud preescritas.

Si se considera que una proporción considerable de la muestra reporta presentar enfermedades que se pueden considerar consecuencia de la diabetes (enfermedades renales, visuales y cardiovasculares) y a esto se suma el hecho de que una gran proporción padecen la enfermedad hace más de un año (en su mayoría gran cantidad de años), es esperado que en función de su experiencia personal consideren que su condición puede empeorar y que presenten en un futuro otras complicaciones diferentes relacionadas con la diabetes.

Adicionalmente, se considera que el asistir a centros de salud puede tener una doble función, por un lado protege a los individuos dado que les proporciona información acerca de cuales son las conductas de autocuidado necesarias y cómo deben ser realizadas, pero por otro lado puede funcionar como una señal de alarma al enseñarle al individuo las graves consecuencias que puede tener su condición. Esto último puede ser una posible explicación ante el hecho de que las personas encuestadas reporten creer medianamente que su enfermedad puede empeorar o presentarse otras complicaciones relacionadas.

En cuanto a los *estilos de afrontamiento*, se halló que los sujetos de la muestra de esta investigación presentan alto uso de las estrategias centradas en el problema y un uso medianamente alto de las estrategias centradas en la emoción. Así, en líneas generales los sujetos tienden a emplear ambos tipos de estrategias de afrontamiento, no obstante emplean mayormente las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema.

Dado que la diabetes puede ser vista como una condición que implica varios factores estresantes, esta puede movilizar ambos tipos de estrategias de afrontamiento simultáneamente, de manera de hacer frente a la situación y manejar, tolerar, reducir o minimizar las diferentes demandas de la misma. Esto puede ser más probable en grupos de personas con edades más avanzadas y NSE por lo menos medio, como es el caso de

la presente muestra, ya que es posible que estas personas tengan más experiencia y mayor flexibilidad ante la selección de las estrategias para afrontar la situación, es decir, que pueden adaptar el tipo de estrategia a las diferentes aspectos de las situaciones estresantes.

Como explicación al mayor uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema en comparación con las estrategias dirigidas a la emoción, resulta valioso retomar lo planteado por Lazarus y Folkman (1984, c.p. Sandín, 1995) cuando mencionan que la forma de afrontamiento que una persona adopta depende de la evaluación que haga respecto a la posibilidad de llevar a cabo algo para cambiar la situación. Si la valoración de la situación estresante dice que se puede hacer algo (es controlable), predominarán las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, contrariamente predominarían las estrategias dirigidas a la emoción. Como ya se ha dicho anteriormente, la diabetes es realmente una enfermedad controlable, por lo que es esperado que las personas diabéticas tiendan a emplear mayormente las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema en comparación con las estrategias dirigidas a la emoción.

Adicionalmente, otros autores han encontrado hallazgos similares, como es el caso de Fournier y cols. (2002) quienes reportan que los pacientes diabéticos hacen uso con mayor frecuencia de las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema que aquellas dirigidas a la emoción, y que estos a su vez, hacen mayor uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea que los pacientes con artritis reumatoidea y esclerosis múltiple.

En resumen, la muestra estuvo caracterizada por un cumplimiento mediano de las conductas de autocuidado, altos niveles de autoeficacia, alta percepción de control de la diabetes, percepciones medianas de que hay posibilidades de que su diabetes empeore o que se presenten en un futuro las complicaciones relacionadas con esta enfermedad, así como también que existen ciertos aspectos negativos de las acciones de salud preescritas y por ultimo, un uso de ambos tipos de estrategias de afrontamiento, no obstante emplean mayormente las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema.

Ahora bien, en la verificación de las hipótesis planteadas en el análisis de ruta propuesto, las *conductas de autocuidado*, específicamente la *dieta*, fue explicada por la autoeficacia y las creencias referentes a la percepción de no barreras y no susceptibilidad.

En relación a la variable autoeficacia, se observó que las personas que presentan niveles más altos de autoeficacia tienden a presentar mayores conductas de autocuidado dirigidas al cumplimiento de la dieta. Estos resultados respaldan los resultados encontrados en otras investigaciones, en donde las personas que presentaban altas expectativas de autoeficacia tendían a presentar un mayor seguimiento de la dieta preescrita (Johnston-Brooks y cols., 2002; McKean y cols., 2003; Senécal y cols., 2000).

Esto confirma lo esperado en la presente investigación y es coherente con lo planteado por Bandura (1977) acerca de que el hecho de poseer altos niveles de autoeficacia en relación a algo, en este caso las conductas de autocuidado, aumentan las probabilidades de que las personas lleven a cabo dichas conductas, persistan y se esfuercen más a la hora de realizarlas que las personas que tienen bajas expectativas de autoeficacia. En este sentido, las expectativas de poder realizar la acción más que las habilidades por sí solas permiten predecir el desempeño del individuo, ya que una persona puede tener los conocimientos y las habilidades para llevar a cabo las conductas de cuidado, pero si sus expectativas de autoeficacia son bajas, es poco probable que inicie tales conductas (Bandura, 1986). De esta manera, los pacientes diabéticos evaluados al presentar expectativas más elevadas de poder llevar a cabo las conductas de autocuidado, en este caso la dieta, tienden a presentar mayor cumplimiento de la misma que aquellos que tienen expectativas de no poder cumplirla.

En cuanto a la percepción de no barreras y no susceptibilidad, se halló que las personas que presentan una mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad de la diabetes tienden a presentar mayores conductas de autocuidado dirigidas al cumplimiento de la dieta. Según lo planteado por el Modelo de Creencias de Salud para llevar a cabo conductas de salud los individuos deben percibirse a sí mismos como potencialmente vulnerables (alta susceptibilidad), a la enfermedad como amenazante (alta severidad), estar convencidos de la efectividad del tratamiento (altos beneficios

percibidos de la acción de salud) y que la ejecución del mismo implica pocas dificultades (bajas barreras) (Rosenstock, 1966; cp. Manuera, Mateo, Albert y Arreal, 2004). De esta manera, los resultados hallados en la presente investigación no son del todo congruentes con lo esperado según el modelo, ya que las personas que presentaban mayor cumplimiento de las conductas de autocuidado tendían a percibir pocas barreras pero baja susceptibilidad.

Sin embargo, estos resultados son coherentes con los encontrados por Bond y cols. (1992) quienes reportan que en pacientes diabéticos el mayor cumplimiento de las conductas de autocuidado sucedía cuando había una baja percepción de amenaza y altos beneficios percibidos. En esta investigación el termino amenaza engloba los conceptos de susceptibilidad y severidad percibida del Modelo de Creencias de Salud, es decir, los resultados indican que la percepción de una baja susceptibilidad y baja severidad estaba asociada con mayores conductas de autocuidado. Los autores explican que los individuos que perciben una alta susceptibilidad y severidad se dedican más a manejar sus reacciones emocionales, por ejemplo miedo, en lugar de dedicarse a las conductas de autocuidado. Igualmente, Lawson y cols. (2004) hallaron que las personas que percibían la diabetes como menos grave y con consecuencias menos negativas (baja susceptibilidad) tendían a buscar ayuda regularmente y asistir al médico para tratar su enfermedad.

De esta manera, se puede decir que el sentirse altamente capaz de realizar las conductas de autocuidado para la diabetes y el percibir que hay pocas posibilidades de que su diabetes empeore o que se presenten en un futuro las complicaciones relacionadas con esta enfermedad, así como también que existen pocos aspectos negativos de las acciones de salud preescritas, juega un papel importante en la predicción del seguimiento de la dieta indicada para el control de la diabetes.

Por otra parte, al tomar en cuenta la variable *otras conductas de autocuidado*, se observa que esta fue explicada por las siguientes variables: autoeficacia, percepción de no barreras y no susceptibilidad, estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, NSE y tipo de diabetes.

En relación a la autoeficacia, se puede observar que los pacientes diabéticos que presentan altas expectativas de autoeficacia tienden a reportar un mayor cumplimiento del resto de las conductas de autocuidado, específicamente, ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar. Como se dijo anteriormente, esto es congruente con lo sugerido en la presente investigación y con lo planteado por Bandura (1977) acerca de que los individuos que se autoevalúan como altamente capaces de realizar una conducta, tienen mayores probabilidades de realmente llevarla a cabo en comparación con aquellas personas que evalúan no creerse capaces para ello. Asimismo, otras investigaciones también han reportado resultados similares, específicamente, McKean y cols. (2003) encontraron que las altas expectativas de autoeficacia se relacionaban con el cumplimiento de las conductas de autocuidado, en este caso ejercicio.

En cuanto a la variable no barreras y no susceptibilidad, se encontró que los pacientes diabéticos que percibían menores barreras y menor susceptibilidad eran los que tendían a presentar un mayor cumplimiento de las otras conductas de autocuidado. Estos resultados son similares a los anteriormente discutidos con respecto al cumplimiento de la dieta, es decir, aunque no son totalmente coherentes con lo esperado por la teoría de los Modelos de Creencias de Salud, hay autores que han encontrado resultados parecidos y han propuesto algunas explicaciones (Bond y cols., 1992); Lawson y cols., 2004), que se aplican a los presentes resultados.

Al considerar la variable estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, se observa que los pacientes diabéticos que reportan hacer más uso de estas estrategias son los que tienden a presentar mayor cumplimiento de las otras conductas de autocuidado.

Estos resultados son congruentes con lo esperado en la presente investigación y con la teoría de Lazarus y Folkman (1986) que plantea que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea son más adaptativas y tienden a ser más usadas cuando la evaluación de la situación indica que esta es controlable. Como ya se ha dicho anteriormente, la diabetes es realmente una enfermedad controlable y además es percibida así por las personas de la presente muestra. De esta manera, el emplear estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, en vez de estrategias dirigidas a la emoción, les permite a los pacientes diabéticos mantener el conjunto de actividades necesarias para que puedan sobrevivir y tener una mejor calidad de vida (dieta,

ejercicio, medicación, monitoreo de glucosa en sangre, entre otras). En este sentido, Farberow (1980; cp. Lazarus y Folkman, 1986) encontró que los pacientes diabéticos que intentaban negar las implicaciones de su enfermedad (estilo de afrontamiento dirigido a las emociones), no cumplían con lo que se les prescribía (medicación y tratamiento recomendado), reduciendo así las conductas de autocuidado necesarias para mejorar su condición.

Adicionalmente, otros autores han conseguido resultados similares a los reportados en la presente investigación. Tal es el caso de Fournier y cols. (2002) quienes hallaron que los pacientes diabéticos que tenían altas expectativas de autoeficacia a su vez tendían a reportar altas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y finalmente tenían un mejor funcionamiento físico; esta influencia de la autoeficacia sobre las estrategias de afrontamiento dirigido a la tarea también se encontró en la presente investigación. Así, el que los pacientes diabéticos adopten en mayor medida estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea pudiera deberse al hecho de que presenten mayores expectativas de autoeficacia y al hecho que efectivamente la diabetes sea una enfermedad mucho más controlable por medio de conductas de autocuidado que otras enfermedades. Estos factores parecieran favorecer que la persona se movilice para buscar soluciones concretas, incluyendo los ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar.

Para la variable NSE, se encontró que las personas de mayor NSE tienden a presentar mayor cumplimiento de las otras conductas de autocuidado. Estos resultados coinciden con lo propuesto por Brown y cols. (2004) acerca de que el NSE de las personas con diabetes influye en la realización de las conductas de autocuidado necesarias para controlar la enfermedad. Específicamente, reportan que en pacientes diabéticos el tener bajo ingreso económico, menor nivel educativo, y el vivir en un área altamente pobre se relaciona con tasas más altas de fumar y tasas más bajas de chequeo de glucosa en sangre y ejercicios físicos. De esta manera, el tener un bajo nivel educativo puede dificultar la ejecución apropiada de algunas de estas conductas, que incluyen no solo el monitoreo de glucosa en sangre, examinarse los pies y ejercicio regular, sino también tareas más complicadas como el autocontrol glicémico, manejo de las dosis insulínicas y de múltiples medicaciones. Adicionalmente, plantean que otras variables relacionadas con el bajo NSE, como dificultades para la comunicación y

entendimiento de las prescripciones dadas por el médico, mayores niveles de estrés y poco poder adquisitivo para los medicamentos e instrumentos necesarios (por ejemplo, medidor de glucosa en sangre) pueden ser influyentes en la salud y la realización de dichas conductas de autocuidado (Brown y cols., 2004).

Finalmente, los resultados para la variable tipo de diabetes indican que las personas con diabetes tipo 1 tienden a presentar un mayor cumplimiento del resto de las conductas de autocuidado, específicamente, ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar. Estos resultados se pueden relacionar con los obtenidos por Streisand y cols. (2002), quienes reportan que los niños con más duración de la enfermedad chequeaban su glucosa en sangre más veces al día. Los pacientes con diabetes tipo 1 padecen de su enfermedad desde la infancia o a más tardar la adolescencia, por lo que tienen mucho más tiempo padeciéndola que los pacientes con diabetes tipo 2 y por tanto pueden sentirse más cómodos y seguros al realizar las conductas de autocuidado.

Igualmente, los pacientes con diabetes tipo 1 pueden tener una ventaja sobre los pacientes con diabetes tipo 2, es decir, los primeros aprendieron como cuidarse y las acciones específicas a realizar (hacerse el examen de glucosa, mantener una rutina de ejercicios y cuidar sus pies) cuando eran jóvenes y tienen probablemente toda su vida realizando estas actividades de forma rutinaria, por lo que la conducta de autocuidado se constituye en un hábito. Por su parte, los pacientes con diabetes tipo 2, probablemente han llevado estilos de vida más sedentarios y menos saludables a lo largo de los años, por lo que se les hace mucho más difícil el hecho de tener que modificar estos patrones de comportamiento instaurados en una edad en la que además muchas veces se sufren de otras condiciones físicas que se acompañan de ciertos impedimentos, que no facilitan como por ejemplo el hacer ejercicios.

Por otra parte, llama la atención que para las conductas de dieta no se encontraron resultados que indiquen que el estilo de afrontamiento dirigido a la tarea, el NSE y el tipo de diabetes influyan en su cumplimiento. Una posible explicación para estos resultados son las diferentes características que poseen ambos tipos de conductas de autocuidado. Por un lado, las conductas de dieta han sido enfatizadas por los médicos y las charlas educativas como las más importantes a la hora de controlar la diabetes,

siendo identificadas como fundamentales por la mayoría de las personas diabéticas por su relación directa con los aumentos de glucosa en la sangre; además, se consideran como más sencillas de realizar en el sentido de que no implican una movilización del paciente a consultas médicas o adquirir aparatos y medicamentos especiales. Así, el realizar ejercicios, el examen de glucosa, cuidarse los pies y no fumar, han sido dejadas como secundarias en el tratamiento de la diabetes; en general se considera que estas actividades requieren de mayor movilización por parte del paciente para lograrlas, ya que implican hacer ejercicios, asistir al medico para el cuidado de los pies, adquirir aparatos especiales para la medición de la glucosa, entre otras. De esta manera, es posible que para el cumplimiento de la dieta no sea de tanta importancia el estilo de afrontamiento que la persona emplee, su NSE o el tipo de diabetes que posea. Dado que el seguimiento de la dieta es considerado como fundamental y no implica implementar nuevas conductas (como comenzar a hacer ejercicios), sino modificar las ya existentes (mejorar hábitos alimenticios), puede ser que las personas estén más dirigidas a su cumplimiento, independientemente de su estilo de afrontamiento, NSE o tipo de diabetes.

Respecto a las relaciones planteadas en el análisis de ruta, entre las variables estilos de afrontamiento (centradas en el problema y en la emoción), percepción de la diabetes (control percibido y percepción de no barreras- no severidad), autoeficacia y el resto de las variables sociodemográficas se observó los siguientes resultados.

En relación a la variable estilo de afrontamiento, se encontró que los pacientes diabéticos que hacían mayor uso de las estrategias centradas en la emoción tendían a pertenecer a un NSE más bajo, coincidiendo dicho resultado con lo encontrado por diferentes autores, quienes manifiestan que los individuos con NSE alto hacen mayor uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y menor uso de las estrategias centradas en la emoción (McCrae, 1984).

El estilo de afrontamiento que una persona adopte depende de la evaluación que haga respecto a la posibilidad de hacer algo para cambiar la situación (Lazarus y Folkman, 1984, c.p. Sandín, 1995). Al evaluar el grado de controlabilidad de la situación estresante, en este caso la diabetes, el NSE pareciera tener un peso importante en la adopción y empleo de un estilo de afrontamiento en particular.

El NSE puede que facilite el afrontamiento a las situaciones si consideramos que este esta asociado a una serie de factores que promueven el tener éxito, entre los cuales se encuentran mayores niveles de ingreso, estatus social, nivel educativo, posibilidades de tener acceso a la información, a los servicios y productos, y por ende a contar con mayores alternativas de solución. En este sentido, es posible que las personas con NSE bajo perciban menores probabilidades de controlar la enfermedad al estar en desventaja por su situación económica y todo lo que esta implica, y por lo tanto, se incline por un mayor uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, lo cual resulta adaptativo al reducir la tensión interna y los niveles de estrés producidos por la enfermedad.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, se encontró que los pacientes diabéticos con mayores expectativas de autoeficacia son los que hacen mayor uso de este tipo de estrategia. Este resultado coincide con el reportado por Fournier y cols. (2002), respecto a que las expectativas positivas de autoeficacia están relacionadas con un mayor uso de estrategias dirigidas a la tarea. Esta comunalidad en los resultados puede estar explicada por lo expuesto por Bandura (1977), respecto a que la energía del sujeto para iniciar, mantener y dedicar esfuerzos en el logro de una conducta está influida por las expectativas que tiene sobre su habilidad para organizar y ejecutar acciones competentes en situaciones determinadas. Así, en la medida en que el paciente diabético considere que tiene la habilidad para ejecutar una conducta relacionada con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, realizará dicha conducta.

Por su parte, las experiencias indirectas (Bandura, 1980; cp. Tirro, 1996) y la persuasión (Reeve, 1994) que constituyen fuentes de origen de las expectativas de autoeficacia, también pueden influir en la orientación de las personas por emplear estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Tal como ya se mencionó anteriormente, las personas que fueron encuestadas asisten a instituciones de salud en donde continuamente se realizan charlas a las cuales muchos de los pacientes asisten por indicaciones del médico. Dichas charlas son un evento educativo que se realiza en compañía de un educador en diabetes. Esto constituye una oportunidad que le permite a los pacientes expresar sus experiencias, discutir sobre las posibles alternativas, incluyendo los costos y beneficios de cada una, y además, conocer las acciones

beneficiosas que han sido emprendidas por otros pacientes para afrontar la enfermedad, entre las cuales se encuentran las conductas de autocuidado que en su mayoría son favorecidas por las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Así, es posible que al escuchar a otros comentar sobre sus experiencias con dichas conductas termine influyendo a que la persona adopte un estilo de afrontamiento orientado en el problema al ver que efectivamente es posible realizarlas (expectativas de autoeficacia) y además resultan beneficiosas (expectativas de resultado o beneficios del tratamiento). Cabe destacar que esta última expectativa no fue evaluada en la presente investigación, por lo que se sugiere incluirla en futuras investigaciones.

Por otro lado, se observa que las expectativas de autoeficacia se relacionan directamente con la dieta y las otras conductas de autocuidado, e indirectamente a través de los estilos de afrontamiento solo con las otras conductas de autocuidado (ejercicios, medición de la glucosa, cuidado de los pies y no fumar). Respecto a esto, Pervín (1998) plantea que altas expectativas de autoeficacia se relacionan con conductas de salud, prevención, recuperación, control y/o evitación de complicaciones, las cuales la persona realiza en la medida en que su estilo de afrontamiento este centrado en el problema.

Con respecto a esto, Lazarus y Folkman (1986) proponen que el estilo de afrontamiento que una persona emplee, depende de la evaluación que haga sobre la posibilidad de hacer algo para cambiar la situación, este caso la diabetes; lo cual estaría relacionado con el término expectativas de autoeficacia. En este sentido, siendo la diabetes una situación relativamente controlable a través de conductas de autocuidado, la persona tenderá mayormente a usar estrategias de afrontamiento centradas en el problema al percibirse capaz para realizar las conductas necesarias para controlar su enfermedad.

Por su parte, Fournier y cols. (2002) también reportan que las expectativas de autoeficacia están indirectamente relacionadas con un mejor funcionamiento físico en diabéticos por usar estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Esto posiblemente se deba a que la diabetes es una enfermedad mucho más controlable al seguir las recomendaciones médicas, entre las cuales están la adopción de conductas de autocuidado. En relación a esto, Bandura (1977) propone que la valoración que hace el individuo sobre los logros de una determinada conducta, es decir, las expectativas de

resultado terminan influyendo en la ejecución posterior de la misma. Uniendo las ideas de Fournier y cols. (2002) y de Bandura (1977) se puede decir que el tener mayores expectativas de autoeficacia influirá a tener un mayor uso de las estrategias centradas en el problema, lo cual da a lugar un mejor funcionamiento físico. Este resultado sería reforzante para seguir orientado hacia las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, dado que el individuo percibe que dicha orientación (hacia la tarea) le permite obtener los resultados deseados (expectativas de resultado). Dicho planteamiento pudiera evaluarse en futuras investigaciones.

Por otra parte, con respecto a la variable percepción de la diabetes se encontró que los pacientes diabéticos con mayor NSE presentaban mayores niveles de control percibido en su enfermedad. Esto pudiera deberse a que contar con un mayor NSE hace más probable que la persona perciba que tiene mayor control sobre su enfermedad, ya que dispone de los recursos económicos para seguir el tratamiento necesario para vivir con la enfermedad y tener mayor calidad de vida.

Por su parte, la variable percepción de no barreras y no susceptibilidad, muestra estar relacionada con NSE y tipo de diagnóstico, específicamente, en la medida en que la persona tenga un mayor NSE y padezca de diabetes tipo 1, percibirá menos barreras y menor susceptibilidad a que la enfermedad empeore o se presenten sus complicaciones.

En relación al NSE, se encontró que cuanto mayor sea el NSE del paciente este percibirá menores barreras y menor susceptibilidad a la diabetes. Es posible que dicha variable influya de la misma manera que en relación al control percibido, en el sentido de que el contar con los recursos económicos necesarios para seguir las recomendaciones médicas, las cuales muchas veces implican un alto costo, influye en el que la persona perciba menores dificultades para seguir el tratamiento (barreras), y que además, crea que la enfermedad tiene menores posibilidades de empeorar.

En relación al tipo de diabetes, se encontró que las personas con diabetes tipo 1 perciben menores barreras y menor susceptibilidad a la enfermedad. Tal como se mencionó anteriormente, resulta probable que un paciente diabético tipo 1 perciba a su enfermedad de forma diferente a como lo percibe un diabético tipo 2, dado que (a) el momento evolutivo en que se da el diagnóstico difiere; el primero se da entre la infancia

y la adolescencia y el segundo se da durante la adultez, y (b) debido a que el tratamiento implicado en cada uno también es distinto, en el tipo 1 la persona requiere de dosis de insulina a diferencia del tipo 2 que no siempre es necesario (American Diabetes Association, 2004). El cumplimiento de las recomendaciones dadas por el médico, exige mayores cambios conductuales y modificaciones en el estilo de vida cuando el diagnóstico es dado en la adultez, dado que la persona viene acostumbrada a una serie de hábitos a lo largo de su vida, los cuales debe cambiar para poder seguir con el tratamiento. Por su parte, el paciente diabético tipo 1 realiza conductas dirigidas a mantener cierta calidad de vida desde muy temprano en la infancia o adolescencia, haciendo que dichas conductas de salud se conviertan en una especie de hábito, y en este sentido, es que es posible que perciban menores barreras asociadas al seguimiento del tratamiento.

Por otro lado, es posible que en el transcurso de los años los diabéticos tipo 1 perciban que cumpliendo con las recomendaciones dadas por el médico, han logrado tener cierta calidad de vida, y de esta manera perciban como poco probable que su enfermedad empeore.

Por último, los resultados del presente estudio no confirmaron el modelo propuesto para predecir la variable expectativas de autoeficacia.

Con respecto a la relación entre NSE y expectativas de autoeficacia, es posible que no se haya encontrado las relaciones planteadas debido al tipo de medición empleada en el presente estudio para la variable autoeficacia. De esta manera, se midió el grado de confianza para realizar las acciones necesarias para lograr manejar la diabetes (McKean y cols., 2003), la cual es mucho más general que la empleada por Clark y cols. (1995) respecto a la autoeficacia en ejercicios, pero es mucho mas específica que la empleada por Coimbra y Fontaine (2001), quienes hacen referencia a una autoeficacia general. En este sentido, es posible que la presente investigación no coincida con los resultados de los estudios anteriormente nombrados, dada la diferencia en la especificidad de las mediciones para la variable autoeficacia. Por otro lado, el que no se diera gran variabilidad en el NSE de los individuos, pudo haber influido para no mostrar relaciones con autoeficacia, al no haber puntuaciones lo suficientemente amplias que permitieran mostrar alguna asociación.

Con respecto a la asociación entre sexo y autoeficacia, pareciera que en lo relacionado al manejo de la diabetes, los niveles de autoeficacia no varían en función del sexo del individuo. Respecto a esto, Fournier y cols. (2002) reporta en sus resultados que los hombres tienen mayores expectativas de autoeficacia en el manejo de su diabetes que las mujeres, sin embargo dicha diferencia no muestra tener gran significancia.

A partir de los resultados encontrados, se observa como el modelo propuesto en el presente estudio se cumple en cierta medida. Específicamente, se encontró que las conductas de autocuidado en general (dieta y otras conductas) están influenciadas por las expectativas de autoeficacia y por la percepción de no barreras y no susceptibilidad. Específicamente, tener mayores expectativas de autoeficacia y tener mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad, predice mayores conductas de autocuidado tanto de dieta como de otras conductas (ejercicios, monitoreo de glucosa, cuidado de los pies y no fumar).

Sumado a esto, se encontró que la variable otras conductas de autocuidado (ejercicio, medición de glucosa, cuidado de los pies y no fumar) se relaciona con NSE, tipo de diabetes y estilo de afrontamiento centrado en el problema, específicamente, el tener mayor NSE, con mayor tendencia hacia el estilo de afrontamiento centrado en el problema y ser un paciente diabético tipo 1 predice la mayor ejecución de estas conductas de autocuidado.

Adicional a estos resultados, se encontró que Dieta es la conducta de autocuidado explicada en mayor proporción por las variables planteadas en el modelo, a pesar de ser predicha sólo por dos de las variables propuestas (autoeficacia y percepción de no barreras no susceptibilidad), a diferencia del factor otras conductas de autocuidado que a están relacionadas con un mayor número de variables (autoeficacia, percepción de no barreras, NSE, tipo de diabetes y afrontamiento centrado en el problema).

En relación a las variables predictoras, se encontró que el NSE se relaciona con las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, que las expectativas de autoeficacia se asocian con el estilo de afrontamiento centrado en el problema, que el

NSE se asocia con las creencias acerca de la percepción de control percibido, y por último, que el NSE y el tipo de diabetes se asocian con las creencias acerca de la percepción de no barreras no susceptibilidad.

Por otro lado, se observa como las variables sexo no termina influyendo sobre ninguna de las variables restantes, con lo cual muestra no tener relevancia en la predicción de conductas de autocuidado en el presente estudio. Autores reportan que el sexo está asociado con el cumplimiento de las conductas de autocuidado (Streisand y cols., 2002), sin embargo, es posible que dicha asociación no sea tan fuerte dado que solo es reportada por solo una de las investigaciones tomadas en cuenta en el presente estudio. Con respecto a la relación entre sexo y expectativas de autoeficacia, es posible que esta no se haya evidenciado en el presente estudio debido a que el rango de la escala de NSE no es lo suficientemente amplio para este tipo de autoeficacia relacionado con las conductas de autocuidado (Fournier y cols., 2002).

En relación al tiempo de diagnóstico y presencia de otras enfermedades, las cuales fueron incluidas en el presente estudio como variables predictoras a diferencia de la muchas de las investigaciones anteriores en donde siempre son controladas, no mostraron tener influencia sobre ninguna de las variables propuestas. De esta manera, pareciera que la adopción o no de conductas de autocuidado estuviera más influenciado por variables psicológicas que por condiciones médicas como tal. En relación al tiempo de diagnóstico, puede que no haya diferencia debido a que el tratamiento para la diabetes es independiente del tiempo de diagnóstico, pero si depende de los niveles de glucosa en sangre que tenga la persona. Otra posible explicación pudiera ser el punto de corte empleado para categorizar la variable tiempo de diagnóstico y posiblemente un año de diagnóstico no difiera en gran medida de una mayor cantidad de años.

Con respecto a la presencia de otras enfermedades, puede que estas no tengan un efecto acumulativo, en el sentido de que las percepciones, creencias y conductas no varían en la medida que tengas mayor o menor cantidad de enfermedades, sino a la condición de estar o no enfermo, o a que las enfermedades sean o no complicaciones de la diabetes, por lo que se podría incluir estas variables en futuras investigaciones.

Ya para cerrar, se puede considerar a esta investigación como pionera por estudiar en conjunto la relación entre diversas variables psicológicas y una variable predictora bastante cercana a lo que es una conducta per sé (conductas de autocuidado). Los resultados encontrados en investigaciones de este tipo son de gran trascendencia si tomamos en cuenta que son las conductas de autocuidado las que permiten al paciente diabético tener mayor bienestar físico y una mejor calidad de vida.

Que el presente estudio revele la influencia que tienen variables psicológicas en la preservación de la calidad de vida en pacientes diabéticos, indica la importancia de trabajar con dichas variables psicológicas de manera clínica, sobretodo si se considera que estas pueden ser modificadas en terapia, beneficiando así la salud del individuo. De esta forma, los resultados de esta investigación sirven de ayuda a los lineamientos terapéuticos y para la creación de programas de intervención dirigidas a trabajar con aquellas variables psicológicas que resultaron ser de gran relevancia.

Por otro lado, esta investigación también tiene valor por su capacidad heurística, dado que proporciona una guía respecto a las posibles variables que pueden ser estudiadas en futuras investigaciones en relación a las conductas de autocuidado y la diabetes.

VI. CONCLUSIONES.

En principio, los resultados de la presente investigación indican que los pacientes diabéticos encuestados presentan cumplimiento de las conductas de autocuidado, aunque reportan un mayor seguimiento de la dieta que de las otras conductas de autocuidado (ejercicios, examen de glucosa, cuidado de los pies y no fumar). Además, presentan unos altos niveles de autoeficacia y un uso de ambos tipos de estrategias de afrontamiento, no obstante emplean mayormente las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema que las estrategias dirigidas a la emoción. Por último, en cuanto a la percepción de la diabetes, se observó una alta percepción de control de la diabetes y percepciones de que hay posibilidades de que su diabetes empeore o que se presenten en un futuro las complicaciones relacionadas con esta enfermedad, así como también que existen ciertos aspectos negativos de las acciones de salud preescritas (no barreras y no susceptibilidad).

Con respecto a las asociaciones planteadas en el modelo de ruta, se encontró que la autoeficacia es la que más predice el seguimiento de la dieta, seguida por la percepción de no barreras y no susceptibilidad. Específicamente, el poseer altos niveles de autoeficacia y el percibir que había pocas posibilidades de que su diabetes empeore y que existen pocos aspectos negativos de las acciones de salud preescritas, predice un mayor cumplimiento de la dieta. Por otra parte, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea son las que más predicen las otras conductas de autocuidado, seguida por la autoeficacia, luego el NSE, posteriormente la percepción de no barreras y no susceptibilidad de la diabetes y por último el tipo de diabetes. Así, el hacer un alto uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, poseer altos niveles de autoeficacia, tener un alto NSE, percibir que había pocas posibilidades de que su diabetes empeore y que existen pocos aspectos negativos de las acciones de salud preescritas y el padecer diabetes tipo 1, predice el cumplimiento de los ejercicios, el examen de glucosa, el cuidado de los pies y el no fumar.

En referencia a las asociaciones entre el NSE y los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción, se halló que un bajo NSE predice el empleo de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción. Para las relaciones entre la autoeficacia y los

estilos de afrontamiento dirigidos a la tarea, se halló que altos niveles de autoeficacia predicen el uso de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea.

En cuanto a la percepción de la diabetes, se encontró que un mayor NSE predice un mayor control percibido en la enfermedad, mientras que un mayor NSE y el padecer diabetes tipo 1 predicen una mayor percepción de no barreras y no susceptibilidad.

Por último, en relación a la variable autoeficacia se encontró que esta no es predicha por ninguna de las variables planteadas, a saber, sexo, NSE, tipo de diabetes y tiempo de diagnostico.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La muestra empleada no fue escogida al azar, además fue extraída de instituciones de salud dirigidas a personas de pocos recursos económicos, por lo que se debe tener precaución al momento de generalizar los resultados a toda la población. Por esta razón, se recomienda hacer uso de estrategias de muestreo aleatorio y ampliar las características de la muestra para así obtener resultados más representativos de la población diabética.

Dada la procedencia de la muestra, se esperaría que las personas reportaran ser de NSE más bajo, sin embargo, los resultados muestran que los pacientes encuestados son de NSE medio. Podría ser que dicha variable estuviera siendo sobreestimada por los participantes en el autoreporte de la misma.

Además, debido a que muchos de los pacientes eran analfabetos o tenían dificultades visuales, los instrumentos fueron aplicados directamente por las tesistas. Se pudo observar dificultades para comprender las instrucciones y los reactivos de los instrumentos, sobretodo en las escalas de Modelos de Creencias de la Diabetes y Estilos de Afrontamiento, aspectos que enlentecieron el procedimiento y producía fatiga en el entrevistado. De esta manera, se recomienda revisar dichos instrumentos y adaptarlos a las características de la muestra, para que los individuos puedan responder a lo formulado en los reactivos. Además, se recomienda ampliar el rango del NSE y del nivel educativo de la muestra para analizar más exhaustivamente hasta que punto lo anterior puede afectar los resultados.

La forma en que fueron administrados los instrumentos (entrevista) pudo haber influido a que los individuos respondieran por deseabilidad social, especialmente en la escala de NSE, haciendo elevar las puntuaciones obtenidas en las mismas.

La batería empleada era de gran longitud dado que estaba compuesta por 5 instrumentos. Además, la población estaba caracterizaba predominantemente por personas con edades comprendidas ente 50 y 80 años. Estos factores afectaban la disposición de los individuos antes de responder, la motivación durante la aplicación e incrementaban la fatiga de los individuos a medida que avanzaban los reactivos. Por

esta razón, se recomienda reducir el número de instrumentos de la batería o adaptarlos sobretodo con poblaciones con estas características.

La variable tiempo de diagnóstico fue dicotomizada en la presente investigación. Esto pudo haber influido haciendo que no se relacionara con ninguna de las variables propuestas en el modelo. Por esta razón, se recomienda que en futuras investigaciones la variable tiempo de diagnóstico sea incluida como una variable continua.

Se recomienda incluir una pregunta que haga referencia a las consecuencias negativas de la diabetes en la vida cotidiana del individuo, para estudiar su influencia sobre las conductas de autocuidado y ver su asociación con el resto de las variables propuestas.

Dado que no se encontró el número de factores teóricamente esperados para la escala de Modelo de Creencias de la Diabetes, de cuatro que propone originalmente el autor se obtuvieron solo dos, se sugiere realizar otros análisis psicométricos de la escala en muestras diferentes en futuras investigaciones.

Se recomienda que en estudios posteriores sobre conductas de autocuidado con pacientes diabéticos sean incluidas variables como: percepción de la diabetes como estresante, expectativas de resultado, así como una medida sobre el funcionamiento físico de la persona, por ejemplo, el valor obtenido en el último examen de glucosa, pasa así conocer la relación entre variables psicológicas, conductas de autocuidado y funcionamiento físico del individuo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, N. (1997). *Efecto de la prestación de los servicios de salud sobre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento de profesionales que proveen dichos servicios*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Aldaz, A. (1997). *Modelo de los Efectos del Clima Familiar y los Factores Sociodemográficos sobre la Agresión y Depresión en Preadolescentes*. Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

American Diabetes Association. (2004). *Diabetes estatistics for latinos*. Recuperado en Noviembre 4, 2004, de http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/latinos.jsp

Avillana, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Recuperado en Febrero 26, 2006, de hhtp://www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No04/cm34n4a3.htm

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. y Adams, N. (1977). *Análisis of self-efficacy theory of behavioral change. Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.

Bandura, A. (1986). *Social Fundations of thought and action*. New York: Prentice Hall.

Baron, R., y Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. (8va ed.). Madrid: Prentice Hall.

Berruete, A. y Ochoa, C. (1989). *Estudio exploratorio acerca de los modos de afrontamiento ante el estrés en pacientes con cáncer de mama*. Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Bond, G., Aiken, L., y Somerville, S. (1992). The Health Belief Model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology, 11*, 190-198.

Brown, A., Ettner, S., Piette, J., Weinberger. M., Gregg. E., Shapiro. M., y cols. (2004). *Socioeconomic Position and Health among Persons with Diabetes Mellitus: A Conceptual Framework and Review of the Literature.* Recuperado en Marzo 05, 2006, de http://epirev.oxfordjournals.org/cgi/content/full/26/1/63

Chesla, C., Skaff, M., Bartz, R. Mullan, J. y Fisher, L. (2000). Differences in Personal Models Among Latinos and European Americans. *Diabetes Care*, 23, 1780-1785.

Clark, D., Patrick, D., Grembowski, D. y Durham, M. (1995). *Socioeconomic status and exercise self-efficacy in late life.* Recuperado en junio 15, 2006, de http://iucar.iu.edu/center/person/clark/ab_10.htm

Coimbra, S. y Fontaine, A. (2001). *Occupational and generalised self-efficacy beliefs: Study with 9th grade portuguese students.* Recuperado en junio 15, 2006, de http://home2.swebase.com/noname/ecdp/pres/visa.asp?id=477&

Collado-Mesa, F., Barceló, A., Arheart, L., y Messiah, S. (2004). An ecological childhood-onset type I diabetes incidence and prevalence in Latin America. *Rev Panam Salud Pública, 15*, 388-394.

Daniel, M., y Messer, L. (2002). *Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in Aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus.* Recuperado en Abril, 30, 2005, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12517320&dopt=Abstract.

DeCoster, V. y Cummings, S. (2005). *Coping with Type 2 Diabetes Do Race and Gender Matter?.* Recuperado en junio 15, 2006, de http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=JMHM6VR3RRW29JL9QQHD6PB0KEG2FLQ7&ID=45050

Delgado Moreno, W. (2003). *Consumo de bebidas isotónicas: aplicación de la teoría de la acción razonada.* Trabajo para optar a la Maestría de Psicología. Decanato de Postgrado. Universidad Simón Bolívar: Caracas, Venezuela.

Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología.* Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Fournier, M., Ridder, D., y Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type I diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology, 7*, 409-432.

Glasgow, R., Toobert, D., y Gillete, C. (2001). *Psychosocial Barriers to Diabetes Self-management and Quality of Life.* Recuperado en abril 30, 2005, de http://spectrum.diabetesjournals.org/cgi/content/full/14/1/33.

Hampson, S., Glasgow, R., y Sttrycker, L. (2000). Beliefs versus feelings: A comparison of personal models and depression for predicting multiple outcomes in diabetes. *British Journal of Health Psychology, 5*, 27-40.

Hampson, S., Glasgow, R., y Toobert, D. (1990). *Personal models of diabetes and their relations to self-care activities.* Recuperado en Abril 30, 2005, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2226390&dopt=Abstract.

Hauser, S., y Pollets, D. (1979). Psychological aspects of diabetes mellitus: A critical review. *Diabetes Care, 2*. 227-232.

Johnston-Brooks, C., Lewis, M., y Garg, S. (2002). *Self-Efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type I diabetes.* Recuperado en febrero 05, 2006, de http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/64/1/43.

Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (4ta Ed). México: McGraw-Hill Interamericana.

Lawson, V., Bundy, C., Lyne, P., y Harvey, J. (2004). Using the IPQ and PMDI to predict regular diabetes care-seeking among patients with type I diabetes. *British Journal of Health Psychology, 9*, 241-252.

Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* (1ra. Ed). Barcelona: Martinez Roca.

Lin, E., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G., Oliver, M., y cols. (2004). *Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence and preventive care.* Recuperado en Abril 30, 2005, de http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0CUH/is_9_27/ai_n6212758.

Llorens, M. (1995). *Relación entre la búsqueda de estimulación, el sexo, los factores de personalidad de Catell y las estrategias de afrontamiento a situaciones académicas estresantes y de reto utilizadas.* Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Macrodimitris, S., y Endler, N. (2001). Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology, 20*, 208-216.

Manuera, N., Mateo, A., Albert, E., y Arreal, E. (2004). *Psicología para ciencias de la salud.* Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

McCraer, R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.

McKean, M., Mullan, J., Fisher, L., y Chesla, C. (2003). A contextual model of control beliefs, behavior, and health: Latino and european americans with type 2 diabetes. *Psychology and Health, 18*, 295-312.

Menaghon, E. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and health outcomes. En H. Kaplan (Ed.) *Psychological stress: Trend in theory and research*. New York: Academic Press.

Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud.* (1ra. Ed). Buenos Aires: Paidos.

National Institute of Aging and National Institute of Nursing Research. (1997). *Self-care behaviors and aging.* Recuperado en febrero 05, 2006, de http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-97-048.html.

Neuhs, H. (1990). *Retirement self-efficacy: the effects of socioeconomic status, life satisfaction, health, and readiness for retirement*. Recuperado en junio 15, 2006, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2319351&dopt=Abstract

Pakenham, K., Dadds, M., y Terry, D. (1994). Relationships between adjustment to HIV and both social support and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1194-1203.

Pereira, S. y Rodríguez, M. (1996). *Representación social de la muerte en adolescentes de catorce a diecinueve años de edad de nivel socioeconómico alto y bajo*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Pervín, L. (1998). *La ciencia de la personalidad.* Barcelona: McGraw-Hill Interamericana.

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción.* (1ra ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. (1995). El estrés. En A: Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología. Volumen 2*. Madrid: Mc Graw-Hill.

Saponaro, A. (1979). *La curación de la diabetes.* España: De Vechi Skinner, T., Hampson, S., y Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type I diabetes. *Health Psychology, 21*, 61-70.

Schwarzeer, R. (1992). Believing you Can: Self-efficacy and adaptation. Contemporany Psychology. 38(5). 489-490.

Senécal, C., Nouwen, A., y White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs?. *Health Psychology, 19*, 452-457.

Sierra, J. (1981). *Ciencias sociales: Análisis estadísticos y modelos matemáticos.* Madrid: Paraninfo.

Skinner, T., Hampson, S., y Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type I diabetes. *Health Psychology, 21*, 61-70.

Streisand, R., Respess, D., Overstreet, S., Gonzalez, L., Chen, R., y Holmes, C. (2002). *Brief Report: Self-Care Behaviors of Children With Type 1 Diabetes Living in Puerto Rico.* Recuperado en Marzo 05, 2005, de http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/27/8/759

Talbot, F., Nouwen, A., y Gingras, J., Balanger, A. y Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. *Health Psychology, 18*, 537-542.

Tirro, A. (1996). *Ejercitación de las habilidades básicas del pensamiento y autoeficacia en ancianas institucionalizadas.* Tesis de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela.

Toobert, D., Hampson, S., y Glasgow, R. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. *Diabetes Care*, *23*, 943-950.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., y King, H. (2004). *Global prevalence of diabetes.* Recuperado en Noviembre *4,* 2004, de http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf.

ANEXO A.

MEDIDA DEL SUMARIO DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN DIABETES (VERSIÓN DEFINITIVA)

Marque con una equis (x) la **cantidad de días en los cuales usted llevó a cabo las siguientes actividades de autocuidado** durante los 7 días anteriores, considerando que **0 es "ningún día de la semana" y 7 son los "siete días de la semana"**. Si usted estuvo enfermo, por favor piense en los últimos 7 días que no estuvo enfermo.

		Cantidad de días seguidos							
	En los últimos siete (7) días ¿cuántos días usted...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Dieta	1) ha seguido un plan de alimentación saludable?								
	2) ha seguido el plan de alimentación recomendado por el médico?								
	3) comió suficientes raciones de frutas y vegetales?								
	4) comió alimentos altos en grasas como carne roja o productos lácteos no descremados?								
Ejercicios	5) realizó por lo menos 30 minutos de actividad física (minutos totales continuos de actividad física, incluyendo el caminar)?								
	6) realizó una sesión específica de ejercicios (como nadar, andar en bicicleta) diferente a lo que normalmente hace cuando se encuentra en casa o en el trabajo?								
Examen de glucosa	7) chequeó su glucosa en sangre?								
	8) chequeó su glucosa en sangre el número de veces recomendado por su medico?								
Cuidado de los pies	9) revisó sus pies?								
	10) revisó la parte interna de sus zapatos?								
Fumar	11) Fumó cigarrillos								

Si fumó, ¿cuantos cigarrillos diarios se fumo en promedio?

Número de cigarrillos_____

ANEXO B.

ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Lea por favor cada uno de los ítems que se presentan a continuación y señale, rodeando la opción con un círculo, si usted actúo, en alguna medida, en esa forma al enfrentarse a su enfermedad (diabetes). Tomando en cuenta que **0 es "No actúe en absoluto"** y **1 "Actué así en alguna medida"**

	No actúe en absoluto	**Actúe en alguna medida**
1. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	0	1
2. Hable con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1
3. Me critique o sermoneé a mi mismo	0	1
4. Confié en que ocurriera un milagro	0	1
5. Acepta la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1
6. Me sentí inspirado para hacer algo creativo	0	1
7. Intente olvidarme de todo	0	1
8. Acepte la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería	0	1
9. De algún modo exprese mis sentimientos	0	1
10. Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1
11. Me aleje del problema por un tiempo, intente descansar o tomarme unas vacaciones	0	1
12. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	0	1
13. Cambie algo para que las cosas fueran bien	0	1
14. Pregunte a un pariente o amigo y respete su concejo	0	1
15. Sabía lo que quería hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1
16. Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1
17. Propuse un par de soluciones distintas al problema	0	1
18. Intente que mis sentimientos no interfirieran demasiado con las otras cosas	0	1
19. Desee poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma en como me sentía	0	1
20. Cambie algo de mi	0	1
21. Soñé o imagine otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1
22. Desee que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1
23. Fantaseé o imagine el modo en que podía cambiar las cosas	0	1
24. Me prepare para lo peor	0	1
25. Repase mentalmente lo que haría o diría	0	1
26. Pensé en como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y lo tome como modelo	0	1
27. Me recordé a mi mismo cuanto peor podrían ser las cosas	0	1
28. Esperé ver lo que pasaba antes de hacer nada	0	1

ANEXO C.

ESCALA DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD EN DIABETES

(VERSIÓN DEFINITIVA)

Luego de leer las siguientes aseveraciones, marque con una equis (x) la **opción que mejor describa lo que usted cree** en relación con las situaciones planteadas.

	Nada cierto	**Poco cierto**	**Muy cierto**	**Totalmente cierto**
1. La diabetes puede ser una enfermedad seria si no la controlo.				
2. Mi diabetes empeorará si yo no hago nada al respecto.				
3. La dieta, ejercicios y medicación previenen las complicaciones de mi diabetes.				
4. Mi diabetes esta bien controlada.				
5. Mi diabetes no es un problema para mí mientras me sienta bien.				
6. Mi diabetes tendrá un efecto negativo en mi salud futura.				
7. La diabetes me producirá una gran cantidad de enfermedades.				
8. Siempre tendré que hacer dieta, ejercicio o medicación para la diabetes.				
9. Puedo controlar mi diabetes.				
10. La dieta, ejercicios o medicación controlarán mi diabetes.				
11. Cambiar mis hábitos alimentarios y de ejercicio probablemente ayudarán.				
12. La dieta, ejercicios y medicación de la diabetes me ayudarán a sentirme mejor.				
13. Tendré que cambiar demasiados hábitos para seguir el régimen de dieta, ejercicios y medicamentos.				
14. Es difícil seguir la dieta que me prescribieron.				
15. Entiendo lo que me han explicado acerca de la dieta.				
16. Hacer ejercicios y/o tomar los medicamentos interfiere con mis actividades diarias normales.				

ANEXO D.

ESCALA DE AUTOEFICACIA EN DIABETES

(VERSIÓN DEFINITIVA)

¿Que tan seguro Usted de....	Nada seguro	Poco seguro	Algo seguro	Totalmente seguro
1) Cuidar su salud?				
2) Obtener atención médica cuando lo necesita?				
3) Hacer y mantener cambios en su dieta?				
4) Hacer y mantener cambios en su programa de ejercicios?				
5) Medir su glucosa en sangre regularmente?				
6) Manejar fuertes desagrados y emociones en su vida?				
7) Mantener su dieta con pocas o sin interrupciones?				
8) Lograr que las personas a su alrededor le soliciten con su diabetes cuando sea necesario?				
9) Obtener toda la información necesaria para tratar la diabetes?				

Somos estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello y estamos realizando una investigación para nuestro trabajo de grado acerca de las conductas de cuidado en la diabetes, y para ello necesitamos de su colaboración. Por favor responda lo que se le pregunta a continuación:

- Sexo: M____ F____
- Edad: _____
- Tipo de Diabetes: Tipo 1 ____ Tipo 2____
- ¿En que momento le fue diagnosticada la diabetes?
  En los últimos 12 meses_____ A más de 12 meses ____
- ¿Ha sufrido o sufre usted de alguna enfermedad diferente a la Diabetes? Si__ No__
- Si la respuesta a la pregunta anterior es SI, señale cuales _____
- Nombre de la institución en donde trata su diabetes _____

A continuación se le presentan cinco cuestionarios con preguntas relacionadas a su diabetes, por favor, lea detenidamente las instrucciones de cada uno y marque con una equis (X) la opción que indique la respuesta de su preferencia. No hay respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

El siguiente cuestionario presenta un conjunto de aseveraciones que evalúan el **grado de seguridad** que usted tiene de realizar lo que necesita para lograr diferentes aspectos, lea cada uno de ellos e indique con una equis (x) que tan seguro esta usted de poder hacer lo que se nombra.

¿Qué tan seguro ésta de....	**Nada seguro**	**Poco seguro**	**Muy seguro**	**Totalmente seguro**
1) Cuidar su salud?				
2) Obtener atención médica cuando lo necesite?				
3) Hacer y mantener cambios en su dieta?				
4) Hacer y mantener cambios en su programa de ejercicios?				
5) Medir su glucosa en sangre regularmente?				
6) Manejar fuertes desagrados y emociones en su vida?				
7) Mantener su dieta con pocas o sin interrupciones?				
8) Lograr que las personas a su alrededor le asistan con su diabetes cuando sea necesario?				
9) Obtener toda la información necesaria para tratar la diabetes?				

ANEXO E.

ENCUESTA SOCIOECONÓMICA DE GRAFFAR.

La presente escala contiene un conjunto de preguntas ante las cuales deberá responder marcando **UNA SOLA** alternativa de respuesta:

Marque con una "x" la profesión que corresponde al jefe de familia según las categorías indicadas a continuación:	
	Profesión universitaria o su equivalente. Se incluyen en este grupo ejecutivos, empresarios o comerciantes de alto nivel.
	Profesiones técnicas especializadas: ejercicio profesional en alguna de las menciones del ciclo diversificado. Se incluyen posiciones gerenciales medias.
	Empleados sin profesión universitaria o técnica definida. Se incluyen los pequeños comerciantes.
	Obreros especializados.
	Obreros no especializados.

Marque con una "x" el nivel de instrucción de la madre según las categorías indicadas a continuación:	
	Instrucción universitaria o su equivalente.
	Instrucción secundaria completa (Bachillerato y escuelas técnicas)
	Instrucción secundaria incompleta.
	Instrucción primaria completa o incompleta.
	Analfabeta.

Marque con una "x" la fuente principal de ingreso de la familia:	
	La fuente principal de ingreso de la familia es el resultado de la inversión en empresas, entidades financieras, negocios o fortuna heredada o adquirida.
	Los ingresos consisten en honorarios profesionales, ganancias o beneficios.
	El ingreso es un sueldo, es decir, una remuneración calculada sobre la base mensual o anual, generalmente pagada mensual o quincenalmente.
	El ingreso consiste en un salario fijo, es decir, una remuneración calculada por semana o día.
	El ingreso proviene de la ejecución de trabajos ocasionales, la relación de tareas a destajo, o donaciones de origen público o privado.

Marque con una "x" las condiciones de vivienda de su familia:	
	Una casa o apartamento muy lujoso, que ofrece las máximas comodidades.
	Un alojamiento de categoría intermedia, que sin ser tan lujosos como el de la categoría anterior, es espacioso, muy cómodo y en óptimas condiciones sanitarias.
	Un alojamiento con buenas condiciones sanitarias en espacio reducido, es decir, una casa o parte de una casa o apartamento modesto. Se incluyen los apartamentos del Banco Obrero INAVI.
	Vivienda con ambientes o espacios reducidos, con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias muy deficientes.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO F.

MEDIDA DEL SUMARIO DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN DIABETES (VERSIÓN DE LA PRUEBA PILOTO)

Marque con una equis (x) la **cantidad de días en los cuales usted llevó a cabo las siguientes actividades de autocuidado** durante los 7 días anteriores, considerando que 0 es "ningún día de la semana" y 7 son los "siete días de la semana". Si usted estuvo enfermo, por favor piense en los últimos 7 días que no estuvo enfermo.

		Cantidad de días seguidos							
	En los últimos sietes (7) días ¿cuántos días usted...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Dieta	1. ha seguido un plan de alimentación saludable?								
	2. ha seguido su plan de alimentación?								
	3. comió cinco o más raciones de frutas y vegetales?								
	4. comió alimentos altos en grasas como carne roja o productos lácteos no descremados?								
Ejercicios	5. realizó por lo menos 30 minutos de actividad física (minutos totales continuos de actividad física, incluyendo el caminar)?								
	6. realizó una sesión específica de ejercicios (como nadar, caminar, andar en bicicleta) diferente a lo que normalmente hace cuando se encuentra en casa o en el trabajo?								
Examen de glucosa	7. chequeó su glucosa en sangre?								
	8. chequeó su glucosa en sangre el número de veces recomendado por su medico?								
Cuidado de los pies	9. revisó sus pies?								
	10. revisó la parte interna de sus zapatos?								
Fumar	11. Fumó cigarrillos								

Si fumó, ¿cuantos cigarrillos diarios se fumo en promedio?

Número de cigarrillos_____

ANEXO G.

ESCALA DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD EN DIABETES

(VERSIÓN DE LA PRUEBA PILOTO)

Luego de leer las siguientes aseveraciones, marque con una equis (x) la **opción que mejor describa lo que usted cree** en relación con las situaciones planteadas, considerando que 1 es "totalmente en desacuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo".

	Total desacuerdo				Total acuerdo
	1	2	3	4	5
1. La diabetes puede ser una enfermedad seria si uno no la controla.					
2. Mi diabetes empeorará si yo no hago nada al respecto.					
3. La dieta, ejercicios y medicación previenen las complicaciones de mi diabetes.					
4. Tengo un buen control sobre mi diabetes.					
5. Mi diabetes no es un problema para mí mientras me sienta bien.					
6. Mi diabetes tendrá un efecto negativo en mi salud futura.					
7. Mi diabetes me va a producir malestar o enfermedad muchas veces.					
8. Siempre necesitaré dieta, ejercicio o medicación para la diabetes.					
9. Puedo controlar mi diabetes.					
10. La dieta, ejercicios o medicación controlarán mi diabetes.					
11. Cambiar mis hábitos alimentarios y de ejercicio probablemente ayudarán.					
12. La dieta, ejercicios y medicación de la diabetes me ayudarán a sentirme mejor.					
13. Tendré que cambiar demasiados hábitos para seguir el régimen de dieta, ejercicios y medicamentos.					
14. Es difícil seguir la dieta que me prescribieron.					
15. No entiendo lo que me han explicado acerca de la dieta.					
16. Hacer ejercicios y/o tomar los medicamentos interfiere con mis actividades diarias normales.					

ANEXO H.

ESCALA DE AUTOEFICACIA EN DIABETES.

(VERSIÓN DE LA PRUEBA PILOTO)

Somos estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello y estamos realizando una investigación para nuestro trabajo de grado acerca de las conductas de cuidado en la diabetes, y para ello necesitamos de su colaboración. Por favor responda lo que se le pregunta a continuación:

- Sexo: M____ F____
- Edad: _____
- Tipo de Diabetes: Tipo I ____ Tipo II____
- ¿En que momento le fue diagnosticada la diabetes?
  En los últimos 12 meses_____ A más de 12 meses ____
- ¿Ha sufrido o sufre usted de alguna enfermedad diferente a la Diabetes? Si__ No__
- Si la respuesta a la pregunta anterior es SI, señale cuales _____

A continuación se le presentan tres cuestionarios con preguntas relacionadas a su diabetes, por favor, lea detenidamente las instrucciones de cada uno y marque con una equis (X) la opción que indique la respuesta de su preferencia. No hay respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

El siguiente cuestionario presenta un conjunto de aseveraciones que evalúan el **grado de seguridad** que usted tiene de realizar lo que necesita para lograr diferentes aspectos, lea cada uno de ellos e indique con una equis (x) que tan seguro esta usted de poder hacer lo que se nombra

¿Qué tan seguro ésta de....	**NADA SEGURO**	**POCO SEGURO**	**MEDIANAMENTE SEGURO**	**MUY SEGURO**
1) Cuidar su salud?				
2) Obtener atención médica cuando lo necesite?				
3) Hacer y mantener cambios en su dieta?				
4) Hacer y mantener cambios en su programa de ejercicios?				
5) Medir su glucosa en sangre regularmente?				
6) Manejar fuertes desagrados y emociones en su vida?				
7) Mantener su dieta con pocas o sin interrupciones?				
8) Lograr que las personas a su alrededor le asistan con su diabetes cuando sea necesario?				
9) Obtener toda la información necesaria para tratar la diabetes?				

ANEXO I.

CARTA ENTREGADA A LOS JUECES EXPERTOS.

(INSTRUMENTOS VERSIÓN ORIGINAL EN INGLES

Y VERSIÓN TRADUCIDA)

Caracas, Noviembre de 2005.

Estimado señores:

Por medio de la presente, nos dirigimos a ustedes en la oportunidad de socilitar su apoyo para nuestro trabajo de grado, requisito para obtener el titulo de Licenciado en Psicología. El objetivo de este trabajo es determinar en una población de diabéticos la influencia de las variables percepción de la diabetes, autoeficacia hacia la diabetes, estilos de afrontamiento al estrés, tipo de diabetes y sexo sobre la adopción o no de las conductas de autocuidado en diabéticos.

Los instrumentos que pretendemos utilizar son traducciones de sus versiones originales en inglés, entre ellos tenemos: (a) Medida del Sumario de Conductas de Autocuidado en Diabetes, un cuestionario breve de autoreporte que mide la frecuencia de las conductas de autocuidado (dieta, ejercicio, monitoreo de glucosa en sangre, cuidado de los pies y conducta de fumar) de los 7 días previos; (b) Escala de Autoeficacia en Diabetes, nueve ítems que miden que tan confiados se sienten los sujetos para realizar lo necesario para manejar su diabetes; y (c) Escala del Modelo de Creencias de la Salud en Diabetes, que posee 16 ítems que miden las creencias percibidas acerca de la diabetes.

Por ello, se requiere de su colaboración para que chequee las nuevas versiones traducidas. Por favor corrija aquellas palabras que considere menos pertinentes al objetivo de nuestra investigación. También puede colocar cualquier otra palabra, comentario u observación del instrumento y las instrucciones.

De antemano agradecemos toda su colaboración.

Atentamente, Claudia Correia y Patricia Fernándes.

THE SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES.

The questions below ask you about your diabetes self-care activities during the past 7 days. If you were sick during the past 7 days, please think back to the last 7 days that you were not sick.

Diet.

How many of the last SEVEN DAYS have you followed a healthful eating plan?

0 1 2 3 4 5 6 7

On average, over the past month, how many DAYS PER WEEK have you followed your eating plan?

0 1 2 3 4 5 6 7

On how many of the last SEVEN DAYS did you eat five or more servings of fruits and vegetables?

0 1 2 3 4 5 6 7

On how many of the last SEVEN DAYS did you eat high fat foods such as red meat or full-fat dairy products?

0 1 2 3 4 5 6 7

Exercise.

On how many of the last SEVEN DAYS did you participate in at least 30 minutes of physical activity? (Total minutes of continuous activity, including walking).

0 1 2 3 4 5 6 7

On how many of the last SEVEN DAYS did you participate in a specific exercise session (such as swimming, walking, biking) other that what you do around the house or as part of your work?

0 1 2 3 4 5 6 7

Blood Sugar Testing.

On how many of the last SEVEN DAYS did you test your blood sugar?

0 1 2 3 4 5 6 7

On how many of the last SEVEN DAYS did you test your blood sugar the number of times recommended by your health provider?

0 1 2 3 4 5 6 7

Foot Care.

On how many of the last SEVEN DAYS did you check your feet?

0 1 2 3 4 5 6 7

On how many of the last SEVEN DAYS did you inspect the inside of your shoes?

0 1 2 3 4 5 6 7

Smoking.

Have you smoked a cigarette – even one puff – during the past SEVEN DAYS?

0. No.

1. Yes. If yes, how many cigarettes did you smoke on an average day?

Number of cigarettes_____

HEALTH BELIEF MODEL DIABETES SCALE

All questions are scored on a five-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Higher scores (agreement) correspond to positive beliefs, other than as noted.

Susceptibility:

1) Diabetes can be a serious disease if you don't control it.

2) My diabetes would be worse if I did nothing about it.

3) I believe that my diet, exercise or medications will prevent diabetes complications.

4) My diabetes is well controlled.

Severity:

1) My diabetes is no problem to me as long as I feel all right.[a]

2) My diabetes will have a bad effect on my future health.

3) My diabetes will cause me to be sick a lot.

4) I believe I will always need my diabetes diet, exercise or medications.

Benefits:

1) I believe I can control my diabetes.

2) I believe that my diet, exercise or medications will control my diabetes.

3) If I change my eating and exercise habits it will probably help me.

4) My diabetes diet, exercise or medications will help me feel better.

Barriers:

1) I would have to change too many habits to follow my diet, exercise or medication regime.[b]

2) It is difficult following the diet prescribed for me.[b]

3) I cannot understand what I've been told about my diet.[b]

4) Exercising and/or taking my medication interferes with my normal daily activities.[b]

[a] Reverse scored so that disagreement indicates positive belief;

[b] Lower scores indicate positive belief, but not reverse scored, hence higher scores correspond to higher perceived barriers

DIABETES SELF-EFFICACY

How sure are you that you can do what you need:

1. To take care of your health?
2. To get medical attention when you need it?
3. To make and stay with changes in your diet?
4. To make and stay with changes in your regular program of exercise?
5. To monitor your blood sugar regularly?
6. To handle disagreement and strong emotions in your life?
7. To keep your diet with little or no "cheating"?
8. To get the people around you to assist with your diabetes when needed?
9. To get all the information you need to take care of your diabetes?

Response categories:

(1) Not at all Sure

(2) Just a little Sure

(3) Fairly Sure

(4) Very Sure

MEDIDA DEL SUMARIO DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN DIABETES.

Parte I. Marque con una equis (x) la **cantidad de días en los cuales usted llevó a cabo las siguientes actividades de autocuidado** durante los 7 días anteriores. Si usted estuvo enfermo, por favor piense en los últimos 7 días que no estuvo enfermo.

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. ¿Cuántos de los últimos SIETE DIAS usted ha seguido un plan de alimentación saludable?								
2. ¿En promedio, durante el mes pasado, cuantos días por semana usted ha seguido su plan alimentario?								
3. ¿Cuántos de los últimos SIETE DÍAS usted comió cinco o más raciones de frutas y vegetales?								
4. ¿Cuántos de los últimos SIETE DÍAS usted comió alimentos altos en grasas como carne roja o productos diarios no descremados?								
5. ¿Cuántos de los últimos SIETE DIAS usted realizó por lo menos 30 minutos de actividad física (minutos totales continuos de actividad física, incluyendo el caminar)?.								
6. ¿Cuántos de los últimos SIETE DIAS usted realizó una sesión específica de ejercicios (como nadar, caminar, andar en bicicleta) diferente a lo que normalmente hace cuando se encuentra en casa o en el trabajo?								
7. ¿Cuántos de los últimos SIETE DIAS usted chequeó su glucosa en sangre?								
8. ¿Cuántos de los últimos SIETE DIAS usted chequeó su glucosa en sangre el número de veces recomendado por su medico?								
9. ¿Cuántos de los últimos SIETE DIAS usted revisó sus pies?								
10. ¿Cuántos de los últimos SIETE DIAS usted revisó la parte de adentro de sus zapatos?								

Parte II. Ha fumado un cigarrillo - incluso "un jalón" – durante los últimos SITE DÍAS?

0- No.

1- Si. Si su respuesta es sí, cuantos cigarrillos se fumo en promedio por día?

Numero de cigarrillos_____

Luego de leer las siguientes aseveraciones, marque con una equis (x) la **opción que mejor describa su situación actual**, considerando que 1 es "totalmente en desacuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo".

	1	2	3	4	5
1. La diabetes puede ser una enfermedad seria si uno no la controla.					
2. Mi diabetes sería peor si yo no hiciera nada al respecto.					
3. Creo que mi dieta, ejercicios y medicaciones me previenen de las complicaciones de la diabetes.					
4. Mi diabetes está bien controlada.					
5. Mi diabetes no es un problema para mí mientras me sienta bien.					
6. Mi diabetes va a tener un efecto negativo en mi salud futura.					
7. Mi diabetes me va a causar estar enfermo muchas veces.					
8. Yo creo que siempre necesitaré mi dieta, ejercicio o medicaciones para la diabetes.					
9. Yo creo que puedo controlar mi diabetes.					
10. Yo creo que mi dieta, ejercicios o medicaciones van a controlar mi diabetes.					
11. Si yo cambio mis hábitos alimenticios y de ejercicio probablemente me va a ayudar.					
12. Mi dieta, ejercicios y medicaciones de la diabetes me van a ayudar a sentirme mejor.					
13. Yo tendría que cambiar demasiados hábitos para seguir mi régimen de dieta, ejercicios y medicamentos.					
14. Es difícil seguir la dieta que me prescribieron.					
15. No entiendo lo que me han explicado acerca de mi dieta.					
1. Hacer ejercicios y/o tomar mis medicamentos interfiere con mis actividades diarias normales.					

ESCALA DE AUTOEFICACIA EN DIABETES.

Lea las siguientes aseveraciones e indique con una equis (x), el **grado de seguridad que usted tiene para lograr** lo que se nota a continuación.

	Nada seguro.	**Poco seguro**	**Medianamente seguro**	**Muy seguro**
1. Cuidar su salud?				
2. Obtener atención médica cuando lo necesite?				
3. Hacer y mantener cambios en su dieta?				
4. Hacer y mantener cambios en su programa de ejercicios?				
5. Monitorear su glucosa en sangre regularmente?				
6. Manejar fuertes desagrados y emociones en su vida?				
7. Mantener su dieta con pocas o sin rupturas?				
8. Lograr que las personas a su alrededor le asistan con su diabetes si es necesario?				
9. Obtener toda la información necesaria para tratar a la diabetes?				

ANEXO J.

MEDIDA DEL SUMARIO DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO: CONFIABILIDAD ÍTEM-ESCALA Y ANÁLISIS FACTORIAL

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD- ESCALA ALFA

	Media	Desviación estándar	Casos
Autocuidado 1	5,36	2.18	296
Autocuidado 2	4.71	2.64	296
Autocuidado 3	4.86	2.22	296
Autocuidado 4	5.46	1.96	296
Autocuidado 5	3.86	2.75	296
Autocuidado 6	0.93	2.05	296
Autocuidado 7	2.98	2.73	296
Autocuidado 8	5.50	2.63	296
Autocuidado 9	5.34	2.63	296
Autocuidado 10	4.27	3.14	296
Autocuidado 11	6.28	2.06	296

Estadísticos por escala	Media	Varianza	Desviación Estándar	No de variables
	49.56	145.90	12.08	11

ESTADÍSTICOS PARA TODOS LO ÍTEMS

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si se elimina el ítem
Autocuidado 1	44.20	119.03	0.46	0.52
Autocuidado 2	44.85	113.20	0.46	0.52
Autocuidado 3	44.70	126.63	0.29	0.56
Autocuidado 4	44.10	135.17	0.15	0.59
Autocuidado 5	45.70	128.19	0.16	0.59
Autocuidado 6	48.63	133.99	0.16	0.59
Autocuidado 7	46.58	123.49	0.25	0.57
Autocuidado 8	44.05	125.63	0.23	0.57
Autocuidado 9	44.21	123.60	0.26	0.57
Autocuidado 10	45.28	114.08	0.33	0.55
Autocuidado 11	43.27	137.70	0.08	0.60

Coeficientes de confiabilidad:

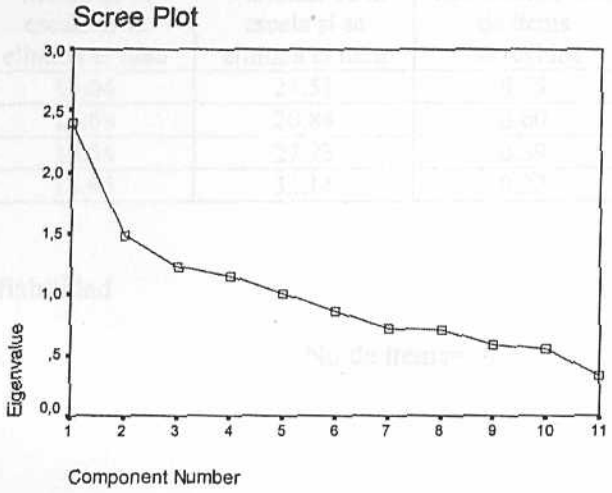
No de casos= 296 No de ítems= 11

Alpha = 0.59

VARIANZA TOTAL EXPLICADA

	Eigenvalues Iniciales			Rotación Suma de Cuadrados Cargas		
Componente	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	2,397	21,789	21,789	2,185	19,859	19,859
2	1,482	13,470	35,259	1,694	15,400	35,259
3	1,222	11,109	46,368			
4	1,146	10,415	56,783			
5	0,998	9,075	65,858			
6	0,866	7,870	73,728			
7	0,717	6,515	80,244			
8	0,707	6,428	86,672			
9	0,585	5,316	91,988			
10	0,548	4,986	96,974			
11	0,333	3,026	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales



Matriz de componentes

2 componentes extraídos

FACTOR DIETA

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD- ESCALA ALFA

	Media	Desviación estándar	Casos
Dieta 1	5.36	2.18	299
Dieta 2	4.72	2.63	299
Dieta 3	4.87	2.21	299
Dieta 4	5.45	1.96	299

Estadísticos por escala	Media	Varianza	Desviación Estándar	No de variables
	20,40	42.02	6.48	4

ESTADÍSTICOS PARA TODOS LO ÍTEMS

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si se elimina el ítem
Dieta1	15.04	23.51	0.65	0.50
Dieta 2	15.69	20.84	0.60	0.53
Dieta 3	15.54	27.93	0.39	0.67
Dieta 4	14.95	32.14	0.27	0.73

Coeficiente de confiabilidad

No de casos= 299 No de ítems= 4
Alpha = 0.69

FACTOR OTRAS CONDUCTAS

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD- ESCALA ALFA

	Media	Desviación estándar	Casos
Otras Conductas 5	3.86	2.74	297
Otras Conductas 6	0.93	2.04	297
Otras Conductas 7	2.99	2.74	297
Otras Conductas 8	5.51	2.62	297
Otras Conductas 9	5.35	2.62	297
Otra Conductas 10	4.28	3.14	297
Otras Conductas 11	6.26	2.08	297

Estadísticos por escala	Media	Varianza	Desviación Estándar	No de variables
	29.18	77.80	8.82	7

ESTADÍSTICOS PARA TODOS LO ÍTEMS

	Media de la escala si se elimita el ítem	Varianza de la escala si se elimita el ítem	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si se elimina el ítem
Otras Conductas 5	25.32	63.70	0.15	0.45
Otras Conductas 6	28.25	65.57	0.24	0.41
Otras Conductas 7	26.19	60.55	0.23	0.41
Otras Conductas 8	23.68	63.50	0.18	0.44
Otras Conductas 9	23.83	58.53	0.31	0.37
Otras Conductas 10	24.90	53.83	0.31	0.37
Otras Conductas 11	22.92	70.46	0.09	0.47

Coeficiente de confiabilidad

No de casos= 297 No de ítems= 7
Alpha = 0.46

ANEXO K.

ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:

CONFIABILIDAD ÍTEM-ESCALA

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD- ESCALA ALFA

	Media	Desviación estándar	Casos
Afrontamiento 1	0.57	0.50	296
Afrontamiento 2	0.79	0.41	296
Afrontamiento 3	0.54	0.50	296
Afrontamiento 4	0.57	0.50	296
Afrontamiento 5	0.86	0.35	296
Afrontamiento 6	0.74	0.44	296
Afrontamiento 7	0.46	0.50	296
Afrontamiento 8	0.83	0.38	296
Afrontamiento 9	0.86	0.35	296
Afrontamiento 10	0.84	0.36	296
Afrontamiento 11	0.44	0.50	296
Afrontamiento 12	0.85	0.35	296
Afrontamiento 13	0.81	0.40	296
Afrontamiento 14	0.81	0.40	296
Afrontamiento 15	0.93	0.26	296
Afrontamiento 16	0.90	0.30	296
Afrontamiento 17	0.69	0.46	296
Afrontamiento 18	0.74	0.44	296
Afrontamiento 19	0.77	0.42	296
Afrontamiento 20	0.71	0.46	296
Afrontamiento 21	0.61	0.49	296
Afrontamiento 22	0.50	0.50	296
Afrontamiento 23	0.55	0.50	296
Afrontamiento 24	0.60	0.49	296
Afrontamiento 25	0.70	0.46	296
Afrontamiento 26	0.65	0.48	296
Afrontamiento 27	0.83	0.36	296
Afrontamiento 28	0.57	0.50	296

Estadísticos por escala	Media	Varianza	Desviación Estándar	No de variables
	19.70	29.19	5.40	28

ESTADÍSTICOS PARA TODOS LO ÍTEMS

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si se elimina el ítem
Afrontamiento 1	19.13	27.67	0.25	0.85
Afrontamiento 2	18.91	27.79	0.29	0.85
Afrontamiento 3	19.16	27.12	0.35	0.84
Afrontamiento 4	19.13	27.19	0.34	0.85
Afrontamiento 5	18.84	28.12	0.26	0.85
Afrontamiento 6	18.96	27.30	0.37	0.84
Afrontamiento 7	19.24	27.34	0.31	0.85
Afrontamiento 8	18.87	27.53	0.38	0.84
Afrontamiento 9	18.84	27.75	0.35	0.84
Afrontamiento 10	18.85	28.12	0.25	0.85
Afrontamiento 11	19.26	27.09	0.35	0.84
Afrontamiento 12	18.84	28.10	0.26	0.85
Afrontamiento 13	18.89	27.42	0.39	0.84
Afrontamiento 14	18.90	27.31	0.42	0.84
Afrontamiento 15	18.77	28.42	0.26	0.85
Afrontamiento 16	18.80	28.11	0.31	0.85
Afrontamiento 17	19	26.90	0.43	0.84
Afrontamiento 18	18.96	26.88	0.46	0.84
Afrontamiento 19	18.93	26.66	0.54	0.84
Afrontamiento 20	18.99	27.09	0.40	0.84
Afrontamiento 21	19.09	26.58	0.47	0.84
Afrontamiento 22	19.20	26.84	0.41	0.84
Afrontamiento 23	19.15	26.49	0.48	0.84
Afrontamiento 24	19.10	27.02	0.38	0.84
Afrontamiento 25	18.99	26.82	0.46	0.84
Afrontamiento 26	19.05	26.34	0.53	0.84
Afrontamiento 27	18.87	27.49	0.40	0.84
Afrontamiento 28	19.13	26.87	0.41	0.84

Coeficiente de confiabilidad

No de casos= 296 No de ítems= 28

Alpha = 0.85

ANEXO L.

ESCALA DEL MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD EN DIABETES: CONFIABILIDAD ÍTEM-ESCALA Y ANÁLISIS FACTORIAL

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD- ESCALA ALFA

	Media	Desviación estándar	Casos
Creencias 1	3.88	0.37	291
Creencias 2	3.87	0.37	291
Creencias 3	3.77	0.53	291
Creencias 4	3.21	0.88	291
Creencias 5	3.22	1.09	291
Creencias 6	1.93	1.06	291
Creencias 7	1.72	0.99	291
Creencias 8	3.82	0.45	291
Creencias 9	3.81	0.43	291
Creencias 10	3.82	0.45	291
Creencias 11	3.54	0.81	291
Creencias 12	3.80	0.48	291
Creencias 13	1.85	1.06	291
Creencias 14	2.56	1.19	291
Creencias 15	3.65	0.68	291
Creencias 16	2.95	1.26	291

Estadísticos por escala	Media	Varianza	Desviación Estándar	No de variables
	51.40	20.60	4.54	16

ESTADÍSTICOS PARA TODOS LO ÍTEMS

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si se elimina el ítem
Creencias 1	47.525	19.84	0.19	0.50
Creencias 2	47.52	19.88	0.18	0.50
Creencias 3	47.63	19.43	0.19	0.50
Creencias 4	48.18	17.94	0.25	0.48
Creencias 5	48.18	19	0.04	0.54
Creencias 6	49.46	17.12	0.27	0.47
Creencias 7	49.68	18.09	0.18	0.50
Creencias 8	47.58	19.88	0.13	0.50
Creencias 9	47.59	19.15	0.34	0.48
Creencias 10	47.57	19.34	0.27	0.49
Creencias 11	47.86	19.91	0.00	0.53
Creencias 12	47.59	19.48	0.21	0.50
Creencias 13	49.54	17.57	0.21	0.49
Creencias 14	48.83	15.87	0.35	0.45
Creencias 15	47.75	19.14	0.17	0.50
Creencias 16	48.44	17.40	0.15	0.51

Coeficiente de confiabilidad

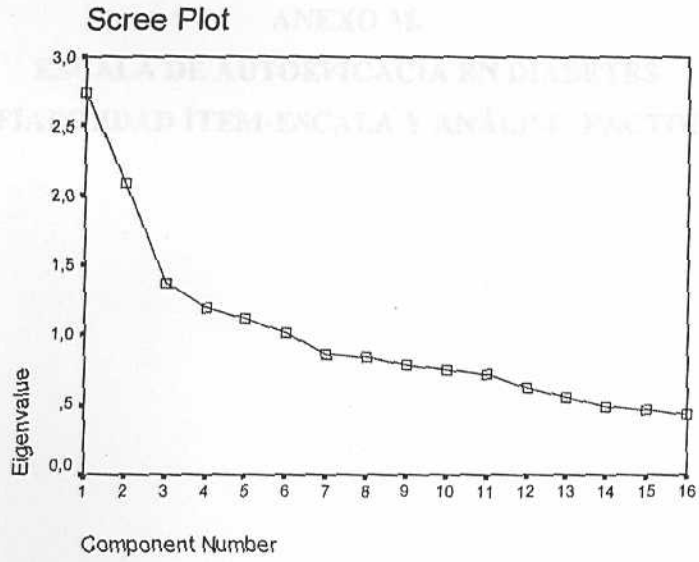
No de casos= 291 No de ítems= 16

Alpha = 0.51

VARIANZA TOTAL EXPLICADA

	Eigenvalues Iniciales			Rotación Suma de Cuadrados Cargas		
Componente	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	2,736	17,102	17,102	2,731	17,067	17,067
2	2,086	13,039	30,141	2,092	13,074	30,141
3	1,368	8,549	38,690			
4	1,192	7,449	46,139			
5	1,116	6,976	53,115			
6	1,010	6,313	59,428			
7	0,864	5,398	64,826			
8	0,839	5,246	70,072			
9	0,784	4,898	74,969			
10	0,748	4,677	79,647			
11	0,718	4,489	84,135			
12	0,615	3,841	87,976			
13	0,551	3,443	91,419			
14	0,487	3,042	94,461			
15	0,459	2,869	97,330			
16	0,427	2,670	100,000			

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales



Matriz de componentes

2 componentes extraídos

ANEXO M.

ESCALA DE AUTOEFICACIA EN DIABETES

CONFIABILIDAD ÍTEM-ESCALA Y ANÁLISIS FACTORIAL

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD- ESCALA ALFA

	Media	Desviación estándar	Casos
Autoeficacia 1	3.43	0.76	300
Autoeficacia 2	3.54	0.68	300
Autoeficacia 3	3.04	0.92	300
Autoeficacia 4	2.87	1.03	300
Autoeficacia 5	3.52	0.79	300
Autoeficacia 6	2.89	0.98	300
Autoeficacia 7	2.96	0.93	300
Autoeficacia 8	3.36	0.90	300
Autoeficacia 9	3.58	0.66	300

Estadísticos por escala	Media	Varianza	Desviación Estándar	No de variables
	29.19	19.86	4.46	9

ESTADÍSTICOS PARA TODOS LO ÍTEMS

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si se elimina el ítem
Autoeficacia 1	25.76	16.27	0.49	0.72
Autoeficacia 2	25.65	17.40	0.35	0.74
Autoeficacia 3	26.15	15.23	0.52	0.71
Autoeficacia 4	26.32	15.88	0.36	0.74
Autoeficacia 5	25.67	16.31	0.46	0.72
Autoeficacia 6	26.30	16.61	0.29	0.75
Autoeficacia 7	26.24	15.09	0.54	0.71
Autoeficacia 8	25.83	15.98	0.43	0.73
Autoeficacia 9	25.62	16.86	0.48	0.72

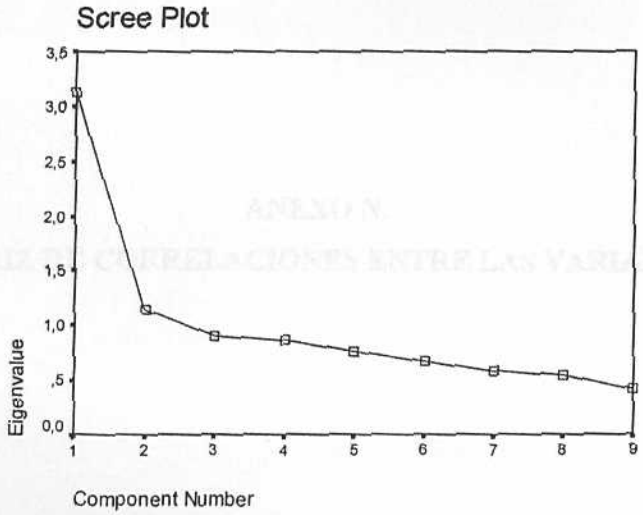
Coeficiente de confiabilidad

No de casos= 300 No de ítems= 9
Alpha = 0.75

VARIANZA TOTAL EXPLICADA

Eigenvalues Iniciales			
Componente	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	3,126	34,729	34,729
2	1,143	12,699	47,428
3	0,906	10,064	57,492
4	0,859	9,544	67,036
5	0,765	8,505	75,541
6	0,665	7,383	82,924
7	0,583	6,474	89,398
8	0,537	5,969	95,367
9	0,417	4,633	100,000

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales



ANEXO N.

MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

		Afrontamiento emocional	Afrontamiento problema	Control percibido	Dieta	Otras conductas	Edad del Sujeto	No barreras no susceptibilidad	NSE	Tipo de Diabetes	Tiempo de Dx	Sexo del Sujeto	Presencia de otra enfermedad
Correlación Pearson	Afrontamiento emocional	1,000	0,649**	0,103	-0,037	0,017	0,045	-0,226**	0,162**	0,008	0,041	0,094	-0,149*
	Afrontamiento problema	0,649**	1,000	0,152**	0,082	0,145*	0,024	-0,128*	0,050	0,020	0,089	0,065	-0,085
	Percepción de control	0,103	0,15**	1,000	0,121*	0,178**	0,030	-0,039	-0,141	0,072	-0,002	0,075	-0,102
	Dieta	-0,037	0,082	0,121*	1,000	0,224**	0,192**	0,219**	-0,102	0,007	-0,065	0,030	0,003
	Otras conductas	0,017	0,145*	0,178**	0,224**	1,000	-0,038	0,190**	-0,177**	-0,152**	-0,010	0,036	0,036
	Edad del Sujeto	0,045	0,024	0,030	0,193**	-0,038	1,000	-0,109	0,227**	0,549**	0,174**	0,287**	-0,241**
	No barreras no susceptibilidad	-0,226**	-0,129	-0,039	0,220**	0,190**	-0,109	1,000	-0,141*	-0,203**	-0,071	-0,069	0,082
	NSE	0,163	0,050	-0,14*	-0,102	-0,177	0,228**	-0,141*	1,000	0,108	0,002	0,112	-0,104
	Tipo de Diabetes	0,008	0,020	0,072	0,007	-0,151**	0,549**	-0,203**	0,108	1,000	-0,058	0,127*	-0,173**
	Tiempo de Dx	0,041	0,089	-0,002	-0,065	-0,010	0,174**	-0,071	0,002	-0,058	1,000	0,055	-0,105
	Sexo del Sujeto	0,094	0,065	0,075	0,030	0,036	0,287**	-0,069	0,112	0,127*	0,055	1,000	-0,244**
	Presencia de otra enfermedad	0.149*	-0,085	-0,102	0,003	0,036	-0,241**	0,082	-0,104	-0,172**	-0,105	-0,244**	1,000
Sig. (bilateral)	Afrontamiento emocional	.	0,00	0,077	0,526	0,767	0,437	0,000	0,005	0,898	0,487	0,106	0,010
	Afrontamiento problema	0,000	.	0,008	0,158	0,012	0,684	0,028	0,396	0,734	0,123	0,260	0,141
	Percepción de control	0,077	0,008	.	0,037	0,002	0,602	0,512	0,016	0,214	0,976	0,198	0,078
	Dieta	0,526	0,158	0,037	.	0,000	0,001	0,000	0,082	0,899	0,266	0,604	0,957
	Otras conductas	0,767	0,012	0,002	0,000	.	0,512	0,001	0,002	0,009	0,869	0,532	0,538
	Edad del Sujeto	0,437	0,684	0,602	0,001	0,512	.	0,063	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000
	No barreras no susceptibilidad	0,000	0,028	0,512	0,000	0,001	0,063	.	0,017	0,001	0,227	0,239	0,162
	NSE	0,005	0,396	0,016	0,082	0,002	0,000	0,017	.	0,063	0,969	0,053	0,074
	Tipo de Diabetes	0,898	0,734	0,214	0,899	0,009	0,000	0,001	0,063	.	0,318	0,028	0,003
	Tiempo de Dx	0,487	0,123	0,976	0,266	0,869	0,002	0,227	0,969	0,318	.	0,346	0,069
	Sexo del Sujeto	0,106	0,260	0,198	0,604	0,532	0,000	0,239	0,053	0,028	0,346	.	0,000
	Presencia de otra enfermedad	0,010	0,141	0,078	0,957	0,538	0,000	0,162	0,074	0,003	0,069	0,000	.
N	Afrontamiento emocional	296	296	294	295	293	296	288	292	296	296	296	296
	Afrontamiento problema	296	299	297	298	296	299	291	295	299	299	299	299
	Percepción de control	294	297	298	297	295	298	291	294	298	298	298	298
	Dieta	295	298	297	299	296	299	290	295	299	299	299	299
	Otras conductas	293	296	295	296	297	297	288	293	297	297	297	297
	Edad del Sujeto	296	299	298	299	297	300	291	296	300	300	300	300
	No barreras no susceptibilidad	288	291	291	290	288	291	291	287	291	291	291	291
	NSE	292	295	294	295	293	296	287	296	296	296	296	296
	Tipo de Diabetes	296	299	298	299	297	300	291	296	300	300	300	300
	Tiempo de Dx	296	299	298	299	297	300	291	296	300	300	300	300
	Sexo del Sujeto	296	299	298	299	297	300	291	296	300	300	300	300
	Presencia de otra enfermedad	296	299	298	299	297	300	291	296	300	300	300	300

ANEXO Ñ.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN, ERRORES Y NORMALIDAD DE LAS VARIABLES DEL MODELO

RESULTADOS PARA LA VARIABLE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

FACTOR DIETA

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustados	Error Estándar de la Estimación	Durban-Watson
0,522	0,273	0,246	5,664	1,840

Predictoras (constante), Sexo del Sujeto, Tiempo de Dx, Autoeficacia, NSE, Tipo de Diabetes, Afrontamiento centrado en el problema, Presencia de otra enfermedad, No barreras no susceptibilidad, Percepción de control, Afrontamiento centrado en la emoción

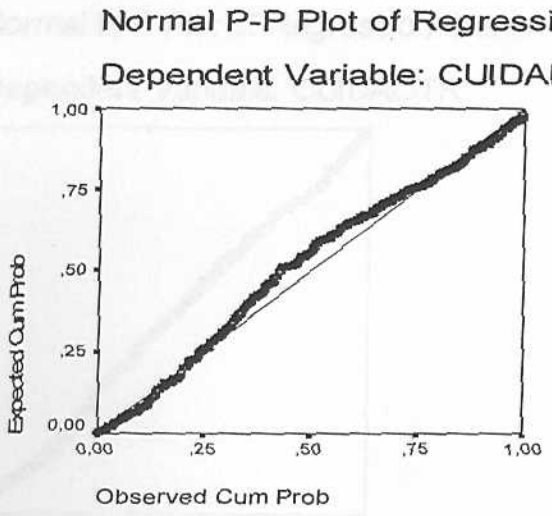
ANOVA

	Suma de los Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Regresión	3274,584	10,000	327,458	10,207	0,000
Residual	8726,533	272,000	32,083		
Total	12001,117	282,000			

Predictoras (constante), Sexo del Sujeto, Tiempo de Dx, Autoeficacia, NSE, Tipo de Diabetes, Afrontamiento centrado en el problema, Presencia de otra enfermedad, No barreras no susceptibilidad, Percepción de control, Afrontamiento centrado en la emoción

Estadísticos residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	10,543	27,845	20,424	3,408	283
Residual	-15,657	11,336	0,000	5,563	283
Valor Predicho Estandarizado	-2,900	2,178	0,000	1,000	283
Resudual Estandarizado	-2,764	2,001	0,000	0,982	283



RESULTADOS PARA LA VARIABLE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO FACTOR OTRAS CONDUCTAS

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustados	Error Estándar de la Estimación	Durbin-Watson
0,399	0,159	0,128	8,246	1,793

Predictoras (constante), Sexo del Sujeto, Tiempo de Dx, Autoeficacia, NSE, Tipo de Diabetes, Afrontamiento centrado en el problema, Presencia de otra enfermedad, No barreras no susceptibilidad, Percepción de control, Afrontamiento centrado en la emoción

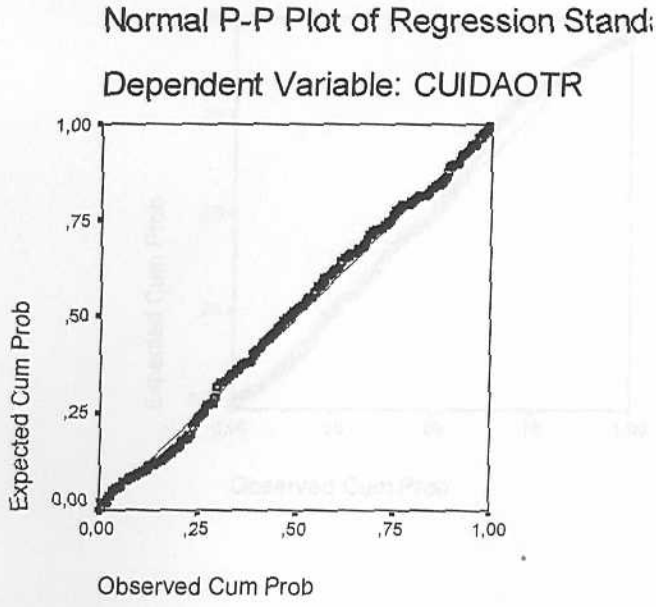
ANOVA

	Suma de los Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Regresión	3479,809	10,000	347,981	5,117	0,000
Residual	18359,707	270,000	67,999		
Total	21839,516	280,000			

Predictoras (constante), Sexo del Sujeto, Tiempo de Dx, Autoeficacia, NSE, Tipo de Diabetes, Afrontamiento centrado en el problema, Presencia de otra enfermedad, No barreras no susceptibilidad, Percepción de control, Afrontamiento centrado en la emoción

Estadísticos residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	16,535	41,211	29,345	3,525	281
Residual	-21,747	22,954	0,000	8,098	281
Valor Predicho Estandarizado	-3,634	3,366	0,000	1,000	281
Resudual Estandarizado	-2,637	2,784	0,000	0,982	281



RESULTADOS PARA LA VARIABLE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustados	Error Estándar de la Estimación	Durbin-Watson
0,210	0,044	0,034	3,114	1,944

Predictoras (constante), NSE, Autoeficacia, Sexo del Sujeto

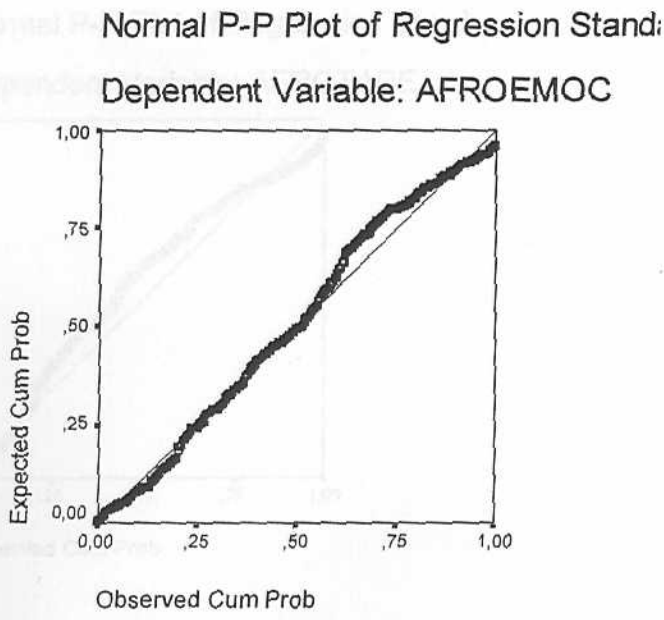
ANOVA

	Suma de los Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Regresión	129,089	3,000	43,030	4,437	0,005
Residual	2792,921	288,000	9,698		
Total	2922,010	291,000			

Predictoras (constante), NSE, Autoeficacia, Sexo del Sujeto

Estadísticos residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	6,057	9,475	7,942	0,666	292
Residual	-8,268	5,484	0,000	3,098	292
Valor Predicho Estandarizado	-2,830	2,302	0,000	1,000	292
Resudual Estandarizado	-2,655	1,761	0,000	0,995	292



RESULTADOS PARA LA VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustados	Error Estándar de la Estimación	Durbin-Watson
0,187	0,035	0,025	2,767	2,064

Predictoras (constante), NSE, Autoeficacia, Sexo del Sujeto

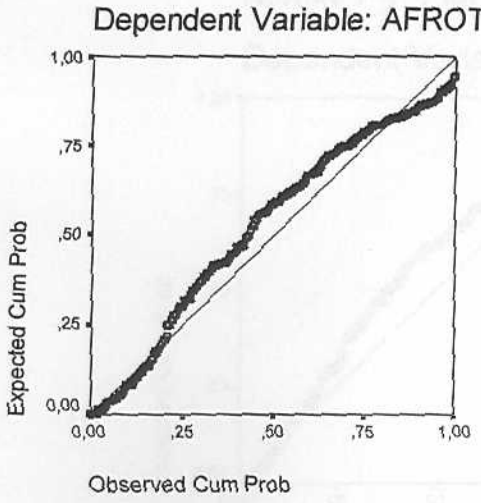
ANOVA

	Suma de los Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Regresión	80,534	3,000	26,845	3,507	0,016
Residual	2227,249	291,000	7,654		
Total	2307,783	294,000			

Predictoras (constante), NSE, Autoeficacia, Sexo del Sujeto

Estadísticos residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	10,268	12,854	11,773	0,523	295
Residual	-11,613	4,353	0,000	2,752	295
Valor Predicho Estandarizado	-2,876	2,065	0,000	1,000	295
Resudual Estandarizado	-4,198	1,573	0,000	0,995	295



RESULTADOS PARA LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD FACTOR: PERCEPCIÓN DE CONTROL

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustados	Error Estándar de la Estimación	Durban-Watson
0,211	0,044	0,028	2,392	2,004

Predictoras (constante), Presencia de otra enfermedad, NSE, Tiempo de Dx, Tipo de Diabetes, Sexo del Sujeto

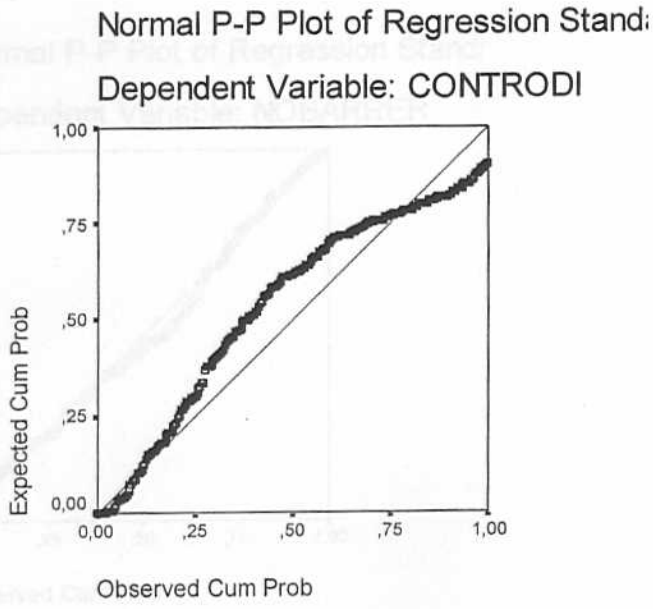
ANOVA

	Suma de los Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Regresión	76,639	5,000	15,328	2,679	0,022
Residual	1647,596	288,000	5,721		
Total	1724,235	293,000			

Predictoras (constante), Presencia de otra enfermedad, NSE, Tiempo de Dx, Tipo de Diabetes, Sexo del Sujeto

Estadísticos residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	32,397	35,190	33,949	0,511	294
Residual	-8,768	3,089	0,000	2,371	294
Valor Predicho Estandarizado	-3,034	2,426	0,000	1,000	294
Resudual Estandarizado	-3,666	1,291	0,000	0,991	294



RESULTADOS PARA LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD FACTOR: NO BARRERAS NO SUSCEPTIBILIDAD

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustados	Error Estándar de la Estimación	Durban-Watson
0,256	0,065	0,048	3,610	1,998

Predictoras (constante), Presencia de otra enfermedad, NSE, Tiempo de Dx, Tipo de Diabetes, Sexo del Sujeto

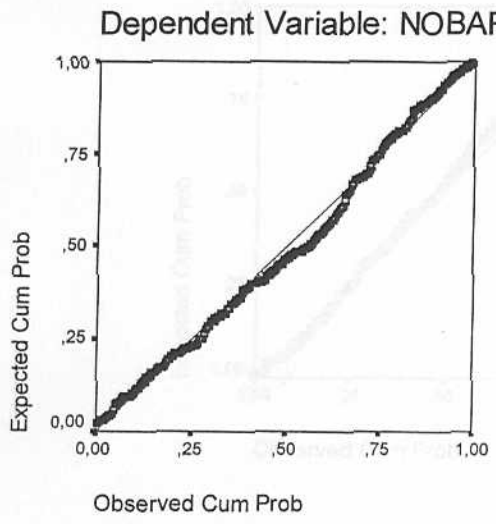
ANOVA

	Suma de los Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Regresión	254,855	5,000	50,971	3,911	0,002
Residual	3662,316	281,000	13,033		
Total	3917,171	286,000			

Predictoras (constante), Presencia de otra enfermedad, NSE, Tiempo de Dx, Tipo de Diabetes, Sexo del Sujeto

Estadísticos residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	12,694	17,637	14,220	0,944	287
Residual	-7,358	9,821	0,000	3,578	287
Valor Predicho Estandarizado	-1,616	3,620	0,000	1,000	287
Resudual Estandarizado	-2,038	2,720	0,000	0,991	287



RESULTADOS PARA LA VARIABLE AUTOEFICACIA

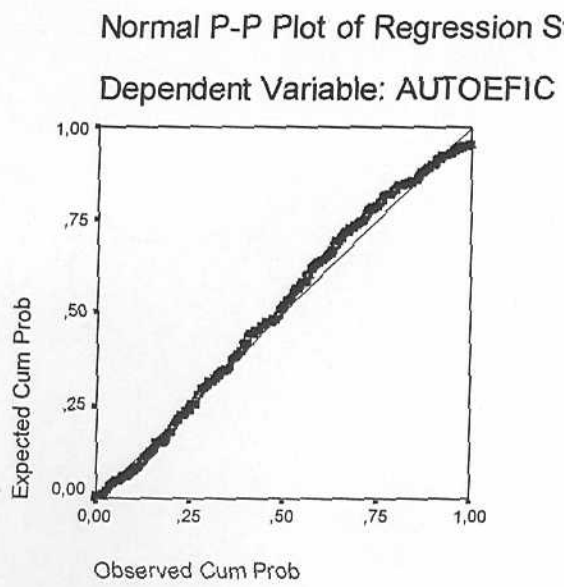
R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustados	Error Estándar de la Estimación	Durban-Watson
0,083	0,007	-0,007	4,496	1,969

Predictoras (constante), Tipo de Diabetes, Tiempo de Dx, NSE, Sexo del Sujeto

ANOVA

	Suma de los Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Regresión	41,087	4,000	10,272	0,508	0,730
Residual	5883,548	291,000	20,218		
Total	5924,635	295,000			

Predictoras (constante), Tipo de Diabetes, Tiempo de Dx, NSE, Sexo del Sujeto

Estadísticos residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	28,207	30,104	29,196	0,373	296
Residual	-10,971	7,575	0,000	4,466	296
Valor Predicho Estandarizado	-2,649	2,434	0,000	1,000	296
Resudual Estandarizado	-2,440	1,685	0,000	0,993	296