

**AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO DE LOS ADULTOS
MAYORES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOGAR DEL ANCIANO DESAMPARADO
SAN ANTONIO.**

(Autores)

YEISON FAVIAN BALLESTEROS CONDE
CODIGO:330213202
JORGE MAURICIO CAMACHO SANTOS
CODIGO:330213204
JUAN JOSÉ MURILLO CALDERÓN
CODIGO:330213216

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA.
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA.
GIRARDOT
2019.

**AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO DE LOS ADULTOS
MAYORES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOGAR DEL ANCIANO DESAMPARADO
SAN ANTONIO.**

(Autores)

YEISON FAVIAN BALLESTEROS CONDE
CODIGO:330213202
JORGE MAURICIO CAMACHO SANTOS
CODIGO:330213204
JUAN JOSÉ MURILLO CALDERÓN
CODIGO:330213216

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Enfermero Profesional.

ASESOR:
Blanca Gregoria Melo Melo.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMARÍA.
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA.
GIRARDOT
2019.

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Ciudad y Fecha (día, mes, año) (Fecha de entrega)

Dedicatoria

Este trabajo de grado se lo dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar. nos han dado todo lo que somos como personas, nuestros valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir nuestros objetivos.

Y por último a la docente **BLANCA GREGORIA MELO MELO** de quien recibimos su apoyo, su conocimiento y el acompañamiento de este trabajo sus aportes hacen de cada uno de nosotros mejores personas y profesionales íntegros.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers

AGRADECIMIENTOS.

Los resultados de este proyecto están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación. Nuestros sinceros agradecimientos están dirigidos hacia quienes, con su ayuda desinteresada, nos brindó información relevante, próxima, pero muy cercana a la realidad de nuestras necesidades.

A nuestras familias por siempre brindarnos su apoyo, tanto sentimental, como económico. Pero, principalmente nuestros agradecimientos están dirigidos hacia las directivas del hogar del anciano desamparado san Antonio por permitirnos el espacio para desarrollar nuestro trabajo de investigación sin el cual no hubiésemos podido salir adelante.

Gracias Dios, gracias padres y hermanos, y en especial, a Juan, Camacho y Favian por nunca dejarnos caer en todo este proceso.

A todos mil gracias nuestros triunfos son también suyos.

TABLA DE CONTENIDO.	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo general.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	21
4. JUSTIFICACIÓN.....	22
6. MARCO TEÓRICO.....	25
6.1 IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA.	26
7. MARCO CONCEPTUAL.....	28
8. MARCO ÉTICO.	35
9. DISEÑO METODOLÓGICO.	39
10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
11. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.	42
11.1 Confidencialidad y privacidad de la información suministrada.....	42
11.2 Instrumentos de recolección de la información.....	43
11.3 Escala de autoeficacia general percibida.	43
11.4 Encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-P45	
11.5 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).	45
11.6 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1609.	46
12. PRESENTACIÓN DE DATOS.	48
13. CONCLUSIONES.....	62
14. RECOMENDACIONES.....	64
15. BIBLIOGRAFÍA.....	65

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Caracterización de la persona con enfermedad crónica.	48
Tabla 2. Análisis por ítem Escala de Autoeficacia General.	56

LISTA DE GRÁFICOS

		pág.
Gráfico 1.	Nivel de autoeficacia percibida del adulto mayor del Hogar del Anciano Desamparado San Antonio de Girardot.	55
Gráfico 2	Análisis del cumplimiento del régimen de medicamentos.	57
Gráfico 3	Análisis del cumplimiento de la actividad prescritas.	58
Gráfico 4	Análisis del cumplimiento de la dieta prescrita.	58
Gráfico 5	Análisis de las conductas que potencian la patología.	59
Gráfico 6	Análisis del cumplimiento de la solicitud de citas con el profesional sanitario.	59
Gráfico 7	Análisis de la supervisión de los efectos terapéuticos.	60
Gráfico 8	Análisis de la supervisión de los cambios en su enfermedad TA.	61
Gráfico 9	Análisis de la supervisión de los cambios de su enfermedad DM.	61
Gráfico 10	Análisis de la supervisión del efecto del tratamiento para HTA.	62
Gráfico 11.	Análisis de la supervisión del efecto del tratamiento para DM.	62
Gráfico 12	Análisis del reconocimiento de las complicaciones de ser DM-HTA.	63
Gráfico 13	Análisis de la alteración del rol para el cumplimiento terapéutico.	63
Gráfico 14	Análisis del equilibrio entre la actividad y reposo.	64

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Modelo de consentimiento informado.	73
Anexo B. Autorización uso ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica.	75
Anexo C. Ficha de caracterización de persona con enfermedad crónica.	76
Anexo D. Autorización del autor para el uso del instrumento “conducta terapéutica: enfermedad o lesión” 1609.	79
Anexo E. Modelo del instrumento de recolección de datos “conducta terapéutica: enfermedad o lesión” 1609.	80
Anexo F. Autorización de los autores para el uso de la escala “escala de autoeficacia general”.	83
Anexo G. Escala de auto eficacia general.	84
Anexo H. Escala SPMSQ DE PFEIFFER. (SHORT PORTABLE MENTAL STATE QUESTIONNAIRE).	85
Anexo I. Informe administrativo costos, distribución y consto por etapa del recurso humano.	86
Anexo Consolidado general de costos.	87
Anexo K. Cronograma de actividades en meses desde el 2017 – 2018.	89
Anexo L. Modelo de folleto educativo.	90
	91

RESUMEN

Esta investigación permitió describir la autoeficacia y la adherencia terapéutica en adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio de Girardot - Cundinamarca. El tipo de diseño fue un estudio cuantitativo descriptivo, donde la muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores, a los cuales se les aplicó a la encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC – UN -P³ de la universidad Nacional de Colombia facultad de enfermería grupo de cuidado de enfermería paciente crónico.

La adherencia terapéutica se evaluó con un instrumento validado basado en la etiqueta de resultado del Nursing Outcomes Classification de la universidad industrial autora Sandra Lucrecia Romero Guevara de Santander y se aplicó la Escala General de Autoeficacia universidad de Berlín autores Baessler y Schwarzer. Con los datos obtenidos se describieron los principales hallazgos sociodemográficos, donde se muestra una media de 10 de años de diagnóstico de diabetes e hipertensión. Los participantes del estudio estuvieron conformados por un grupo de 23 hombres y 17 mujeres; la media de edad para este estudio fue de 70 años.

La adherencia terapéutica se describe con un 51 % de adherencia, Se encontró menor adherencia a los aspectos: cumple actividades prescritas los resultados son positivos en la adherencia de aspectos como cumple con el régimen de la medicación, dieta prescrita, supervisa los cambios en el estado de la enfermedad y evita conducta que potencia la patología. De otra parte y respecto a otros hallazgos del estudio, se tiene que los datos describen menor adherencia en los aspectos: cumple actividades prescritas, supervisa los efectos secundarios del tratamiento y reconoce las complicaciones de ser diabético e hipertenso. El 70% de la muestra presentó moderados niveles de autoeficacia y un 25% presentan altos niveles de autoeficacia y un 5% demuestran baja adherencia.

Palabras Claves: Autoeficacia, Diabetes mellitus, Adherencia, Hipertensión, adultos mayores, institucionalizados.

SUMMARY

This research allowed us to describe the self-efficacy and therapeutic adherence in diabetic and hypertensive older adults in the home of the destitute old San Antonio de Girardot - Cundinamarca. The type of design was a descriptive quantitative study, where the sample consisted of 40 older adults, who were applied to the characterization survey of the person with chronic disease GCPC - UN-P3 of the National University of Colombia faculty of nursing group of chronic patient nursing care.

The therapeutic adherence was evaluated with a validated instrument based on the outcome label of the Nursing Outcomes Classification of the industrial university author Sandra Lucrecia Romero Guevara of Santander and the authors of the Baeffler and Schwarzer Authorship Scale were applied. With the data obtained, the main sociodemographic findings were described, showing an average of 10 years of diagnosis of diabetes and hypertension. The study participants were made up of a group of 23 men and 17 women; the average age for this study was 70 years.

The therapeutic adherence is described with a 51% adherence, It was found less adherence to the aspects: it fulfills prescribed activities the results are positive in the adherence of aspects as it complies with the medication regimen, prescribed diet, supervises the changes in the state of the disease and avoids conduct that potentiates the pathology. On the other hand and with respect to other findings of the study, the data show that they have less adherence in the aspects: it fulfills prescribed activities, supervises the secondary effects of the treatment and recognizes the complications of being diabetic and hypertensive. 70% of the sample showed moderate levels of self-efficacy and 25% showed high levels of self-efficacy and 5% showed low adherence.

Key words: Self-efficacy, Diabetes mellitus, Adherence to treatment, Hypertension, institutionalized older adult.

1. INTRODUCCIÓN

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

El análisis de la enfermería basada en evidencia y de otras disciplinas, determinan la influencia de factores psicosociales en los adultos mayores para ser adherente al tratamiento y a conductas orientadas al control de la DM2 y/o HTA; debido a esto la disciplina de enfermería se ha arriesgado al estudio de conceptos como la autoeficacia y la adherencia terapéutica en esta población.

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

Teniendo en cuenta que en el periodo de 2009 al 2017 las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 81,61% (127,203,940) de la demanda y una razón de 20 atenciones por persona.

En segundo lugar, están las condiciones mal clasificadas, con el 9,35% (14,571,755) de las atenciones y una razón de 4 atenciones por persona. Las condiciones

transmisibles y nutricionales aparecen con el 5,33% (8,310,974) de las atenciones, para una razón de 3 atenciones por persona.¹

Así mismo la importancia social del presente estudio se resalta las circunstancias que cursan los adultos mayores con enfermedades crónicas en este caso DM2 y/o HTA debido al impacto en los años de vida productivos perdidos, la discapacidad que generan las complicaciones y el incremento de los costos al sistema de salud, a la familia y a la persona. Además, el aporte significativo disciplinar se fundamenta en el interés para el mejoramiento de la práctica de enfermería buscando una mayor adherencia terapéutica.

Otro desafío concierne a la larga duración del curso natural, así como la complejidad y el itinerario irregular de la evolución de las enfermedades crónicas, que raramente ocurren de manera aislada. Este patrón peculiar impone, necesariamente, el paradigma de atención integral y de servicios de salud, así como la implementación de intervenciones complejas, aunque mostrándose difícil de ser establecido como práctica.

La accesibilidad a los servicios y cuidados es aún limitada, así como el establecimiento de continuidad y generalización de la asistencia. Y aún más importante, hay una evidente falta de integración de las intervenciones, cuya eficiencia y eficacia hayan sido comprobadas, no solamente en el control de la enfermedad y limitación de la capacidad funcional, sino también en la mejora de la calidad de vida.²

De igual manera las enfermedades crónicas tienen un impacto sobre la calidad de vida de las personas de edad avanzada, influyen en las diferentes dimensiones que tiene la calidad de vida como por ejemplo los aspectos físicos y emocionales.³

¹ Ministerio de Salud y Protección Social, *Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2017* pág. (89; 95)

² Lima RAG. *Chronic conditions and the challenges for knowledge production in health. Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(5):1011-

³ Kona Gaya Y, Watanabe T, Otha T, Takata K. *Relationship between quality of life and chronic illnesses in community-dwelling elderly people. Nihon Ronen Idakka Dashi* 2010; 47(4):308-14.

Estos cambios que se generan se producen a lardo del tiempo y tiende a variar tornándose cada vez más negativo.

Es decir, tanto el aumento del número de morbilidades como de la edad, generan mayor afectación en varias áreas de la calidad de vida en los adultos mayores.⁴

Resultados similares fueron obtenidos por Heyworth et al., quienes además agregan la falta de educación superior, el tabaquismo y el sexo femenino están asociados a una peor calidad de vida relacionada con la salud.

Por último, la evidencia adicional aportada por Hopman et al., quienes confirman que, mientras la función física puede verse seria y negativamente afectada (tanto por la enfermedad crónica como por la edad avanzada), la salud mental se puede mantener relativamente estable.⁵

⁴ Fernandes L, Pinheiro L, Dantas M, Pinto M, Fernandes I, Torres G. Chronic health conditions related to quality of life for federal civil servants. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015; 36(2):447-456.

⁵ Hopman W, Harrison M, Coe H, Friedberg E, Buchanan M, VanDenKerkhof E. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Publmed.* 2009; 29(3):108-16.

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo general

Determinar la Autoeficacia y la adherencia terapéutica en adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio con el fin de formular estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento.

2.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar a la población de adultos mayores por medio de la aplicación de la encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-P3.
- Describir la autoeficacia y la adherencia terapéutica en los adultos mayores del hogar del anciano desamparado san Antonio que presentan DM2 y/o HTA.
- Formular estrategias para la adherencia a los adultos mayores post consultas y post hospitalización.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

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

La autoeficacia y la adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus II son un fenómeno complejo de gran importancia para la profesión de enfermería, porque determinar la autoeficacia es útil en enfermería para predecir la intención y de esta manera modificar las conductas de riesgo, adquirir conductas de salud y facilitando la predicción de la intención de desarrollar diversas tareas y las posibilidades de éxito en los tratamientos o la no adherencia del mismo⁷, esto puede provocar un problema de salud pública relacionado a las complicaciones de estas patologías las cuales disminuyen la esperanza de vida y afectan drásticamente la capacidad funcional de quien la padece y su familia.

Las enfermedades responsables de más muertes en el mundo son las denominadas no transmisibles o enfermedades crónicas, las cuales ascienden anualmente a 38 millones de personas, donde el 75% (28 millones) se producen

⁶ Agudelo M et. al. *Diabetes en México y Colombia: análisis de La tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007*. Rev Salud Pública [serial online] 2011;13(4):560-71. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a02.pdf>.

⁷ Mateus E. *Validez y confiabilidad del instrumento SEMSA "Medición de la autoeficacia percibida en apnea del sueño" (Perceived self-efficacy measure for sleep apnea)*. BDigital [monografía online] 2014 [219 pantallas] Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/40205/1/539780.2014.pdf>.

en los países de ingresos bajos y medios, de las cuales las dos enfermedades con mayor prevalencia, complicaciones, gastos, morbilidad y mortalidad a nivel mundial son la HTA y/o DM2 (8).

De acuerdo con el más reciente estudio de la OMS, se estima que 10,3 millones de muertes en el mundo, en 2013, fueron consecuencia directa de la hipertensión. Son más de 170 millones de años de vida perdidos en el año 2013 debido a hipertensión arterial ⁹. Es la 1ª causa de enfermedad en los países desarrollados; la 2ª causa de enfermedad, después del tabaquismo, en los países en desarrollo; la 1ª causa de ataque cerebrovascular e insuficiencia cardiaca; y la 2ª causa de síndrome coronario agudo: Por otra parte cuatro de cada diez adultos en el mundo padece hipertensión arterial; Esta proporción aumenta con la edad: mientras en el grupo etéreo de 20 a 40 años se puede hallar hipertensión arterial en el 10% de ellos, de los 50 a 60 años esta proporción se incrementa al 50%. Una de cada 5 personas tiene pre hipertensión.¹⁰

Por otra parte, la diabetes mellitus tipo 2 a nivel mundial no es un panorama alentador debido a que se estima un incremento en la prevalencia de diabetes de 285 millones (6,4%) en el año 2010 a casi 439 millones (7,7%) en el año 2030; en Latinoamérica que incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos diez años, mucho más de lo esperado por el simple crecimiento poblacional (11).

El estado colombiano es susceptible a este fenómeno evidenciado en el ASIS 2017 dado que existe una elevada morbimortalidad y carga por Enfermedades Crónicas no Transmisibles - ECNT. La hipertensión arterial es la causa de algo más de una cuarta parte de las ERC y La diabetes se ha establecido como la

⁸ Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades no transmisibles. Nota escritiva [serial online] 2015 [5 pantallas]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>*

⁹ Lloyd-Sherlock P1, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. *Int. J. Epidemiology*. 2014 Feb.; 43(1):116-128

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles 2013 - 2020*

¹¹ Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles 2013 – 2020* pág. 2.

causa de aproximadamente un tercio de todos los casos y es la causa más común de enfermedad renal terminal en los países más desarrollados.¹²

Teniendo en cuenta que la adherencia es el cumplimiento y constancia de conductas para mejorar el estado de salud; conviene resaltar que a pesar de la disponibilidad y efectividad de los medicamentos para su tratamiento y del bajo costo para controlarla estas patologías, existen bajas tasas de adherencia y control de la enfermedad en pacientes diagnosticados. Los estudios del análisis de situación de salud ASIS 2017 para Colombia muestran a nivel poblacional que la HTA fue responsable de 1 de cada 4 eventos coronarios y de 1 de cada 3 accidentes cerebrovasculares isquémicos¹³, estudios en el año 2014 relata que solo el 56% de los pacientes diagnosticados con DM2 son adherentes al tratamiento farmacológico y no tienen adecuadas conductas de autocuidado¹⁴.

Investigaciones en Colombia demuestran que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es un tema multifactorial y complejo. En éste se mezclan factores psicológicos, demográficos y de comportamiento, así como aspectos propios debidos a la cronicidad de la afectación y otros que atañen al individuo como tal y como ser social y cultural.

A pesar de la enorme importancia que tiene y se le ha reconocido siempre al tratamiento farmacológico en el cuidado del paciente crónico, los resultados obtenidos en este estudio muestran la necesidad de fortalecer los pilares no farmacológicos. Las tasas más bajas de adherencia comprometen en mayor medida la actividad física y la dieta, específicamente el consumo de vegetales, así como las acciones preventivas de cuidado, en los cuales pudiera ser posible lograr

¹² GONZÁLEZ, Betlem Salvador, et al. *Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados*. *Atención Primaria*, 2015, vol. 47, no 4, p. 236-245.

¹³ LIRA, EU María Teresa. *Impacto de la Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2015, vol. 26, no 2, p. 156-163.

¹⁴ LUHER, Nadia Soledad Terechenko; GEYMONAT, Ana Elizabeth Baute; ACUÑA, José Nicolás Zamonsky. *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II*. *Biomedicina*, 2015, vol. 10, no 1, p. 20-33.

grandes beneficios con mínima inversión, mediante refuerzos específicos desde los programas educativos.¹⁵

A nivel regional para la DM II y/o HTA el departamento de Cundinamarca la diabetes mellitus en el año 2016 una prevalencia de 1,80, es decir que por cada 100 personas existe la probabilidad que 2 personas tengan diagnóstico de diabetes mellitus en el 2016. Si bien la tendencia de la prevalencia desde el año 2011 viene disminuyendo de 2,51 a 1,8, se observa que fluctúa año a año, eso sí sin pasar de 2. Los municipios de Cundinamarca que presentan prevalencias por encima de 3, son Girardot con el 5%.¹⁶

Por otra parte, la hipertensión arterial en el año 2016 presento una prevalencia de 6,0 la cual viene aumentando durante los años 2001-2016, empezando en el 2012 con un índice de 4,12. En relación con Colombia, la prevalencia de hipertensión arterial en los habitantes de Cundinamarca es el 8% inferior a la prevalencia nacional. Los municipios que mayor prevalencia registran son Girardot (8.607 casos), Funza (4.999), Agua de Dios (850 casos).¹⁷

Se toma como teorista a Albert Bandura; el autor define en su Teoría Social Cognitiva, el nivel de autoeficacia como un predictor significativo a la adherencia farmacológica, con la inclusión de aspectos psicosociales como son la motivación y el aprendizaje en relación con las conductas de salud y de esta forma realizar intervenciones educativas y asistenciales en las personas, que estimulen las percepciones de autoeficacia hacia su condición de salud.¹⁸

Por tal motivo esta investigación describe la autoeficacia y la adherencia terapéutica en adultos mayores del hogar del anciano desamparado del barrio San

¹⁵ ALAYÓN, Alicia N.; MOSQUERA-VÁSQUEZ, Mario. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. Revista de Salud Pública, 2016, vol. 10, p. 777-787.

¹⁶ Secretaría de salud de Cundinamarca, ASIS con el modelo de los determinantes sociales en salud; Cundinamarca 2017.pag 228.

¹⁷ Secretaría de salud de Cundinamarca, ASIS con el modelo de los determinantes sociales en salud; Cundinamarca 2017.pag229.

¹⁸ Kear M. Concept analysis of self-efficacy. Grad Res Nurs [serial online] 2000;2(2):1-7. Disponible en <http://graduateresearch.com/Kear.htm>.

Antonio con el fin de Formular estrategias para aumentar la adherencia terapéutica de los adultos mayores institucionalizados en dicha institución.

3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Describir la autoeficacia y adherencia al régimen terapéutico de los adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio.

4. JUSTIFICACIÓN.

La mayoría de las enfermedades presentes en los adultos mayores son controlables; sin embargo, se observa que muchos de estos pacientes no se adhieren al tratamiento por razones de diversa índole relacionados a los factores de riesgo estrechamente ligados a la mala adherencia como son: instrucción, funcionalidad en sus tres dimensiones, deterioro cognitivo, apoyo social y funcionalidad familiar. Variables como edad, género, estado civil, nivel socioeconómico, tiempo de diagnóstico de HTA y/o DM, medicamentos utilizados, y calidad de vida.¹⁹

Al considerar las complicaciones en salud, estas pueden ser prevenibles si los adultos mayores adquieren conductas de adherencia basadas en la aceptación del cambio en su estilo de vida, es así que acciones encaminadas a lograr cambios en la conducta, como lo determina Romero y otro²⁰; una alimentación sana un ejercicio activo serían pilares del cuidado de su salud desde el momento de presentar los primeros signos de deterioro.

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

La autoeficacia y adherencia al tratamiento terapéutico en adultos mayores es un fenómeno de esta disciplina porque abarca las dimensiones del cuidado de enfermería, en el entendimiento de la experiencia de salud en búsqueda del

¹⁹ OROZCO, Angelica María Mora. *Percepción y adherencia a un programa de hipertensión arterial en un municipio de Risaralda, Colombia. Revista de Salud Pública, vol. 22, no 3, p. 48-56.*

²⁰ ROMERO, Rincón Mayerli Katherine. *autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.*

bienestar de las personas que generalmente viven con una patología crónica y que se enfrentan a tratamientos para el resto su vida. ²¹

De acuerdo con la teoría e investigación, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001). Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001).

Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997).²²

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así, por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura, 1997).²³

En este sentido los profesionales de enfermería requieren que atiendan las respuestas humanas de los individuos en forma integral, a través de conductas promotoras de la salud que han sido relacionadas y que han sido ampliamente referidas por la literatura, como lo es la actividad física prescrita, hábitos de vida (manejo del estrés, equilibrio entre actividad y reposo, tabaquismo, consumo de alcohol entre otros) y dieta saludable.

²¹ Andrade, marcela duran, et al. una aproximación al tema de adherencia terapéutica desde lo cultural.

²² OLIVARI MEDINA, CECILIA y URRRA MEDINA, EUGENIA. autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. enferm.* [online]. 2007, vol.13, n.1 [citado 2018-10-25], pp.15-16. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532007000100002&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

²³ OLIVARI MEDINA, CECILIA y URRRA MEDINA, EUGENIA. autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. enferm.* [online]. 2007, vol.13, n.1 [citado 2018-10-25], pp.9-15. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532007000100002&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

Es por esto que se considera pertinente para enfermería el involucrar más aspectos psicosociales de la motivación en relación a las conductas de salud, como la autoeficacia. De esta forma, se podrán realizar intervenciones educativas y asistenciales en esta población de adultos mayores, que estimulen las percepciones de autoeficacia hacia su condición de salud o enfermedad; esto tendrá un importante rol en la adherencia a terapias y cuidados de enfermería.²⁴

Por lo tanto, esta investigación le proporciona a la enfermería desde otras disciplinas como la psicología y la antropología el conocimiento que conllevan a medir la situación actual de los adultos mayores del hogar del anciano desamparado San Antonio y de esta forma plantear estrategias y alternativas de intervención según las necesidades de los mismos.

²⁴ OLIVARI MEDINA, CECILIA y URRRA MEDINA, EUGENIA. AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD. *Cienc. enferm.* [online]. 2007, vol.13, n.1 [citado 2018-10-25], pp.9-15. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.

6. MARCO TEÓRICO.

La teoría de Albert Bandura (Mudara, Canadá, 1925) Psicólogo y pedagogo canadiense. Graduado en 1949 en la Universidad de Columbia Británica, estudió posteriormente psicología clínica en la Universidad de Iowa y prosiguió luego su formación en Wichita y Stanford por otra parte su teoría ha sido identificada en un primer momento como Teoría del Aprendizaje Social. Sin embargo, ya en el año 1985 el autor la redefiniría como Teoría Social Cognitiva, por entender que su teoría se ha preocupado siempre por la comprensión de fenómenos psicológicos, tales como la motivación y la autorregulación, que van mucho más allá del aprendizaje (Garrido Martín, 1987).²⁵

Adicionalmente, en esta teoría la misma noción de aprendizaje es totalmente diferente de lo que comúnmente se había entendido por tal en el campo de las teorías del aprendizaje (entendido como el modo condicionado de adquisición de respuestas). En la Teoría Social Cognitiva el aprendizaje será concebido principalmente como una adquisición de conocimiento a través del procesamiento cognitivo de la información.

Por todo esto, sumado el interés del autor por diferenciar su postura de otras teorías del aprendizaje con enfoques diferentes, la teoría pasó a denominarse Social Cognitiva, en donde la parte social será patente en su reconocimiento del origen social de los pensamientos y acciones humanas y la dimensión cognitiva en el reconocimiento de la contribución de los procesos de pensamiento a la motivación, la emoción y la conducta humana. (Bandura, 1987) ²⁶

²⁵ CARREÑO, Ángel Boza; GARRIDO, Juan Manuel Méndez. *Aprendizaje motivado en alumnos universitarios: validación y resultados generales de una escala. Revista de Investigación Educativa*, 2013, vol. 31, no 2, p. 347.

²⁶ RODRÍGUEZ-MARÍN, Jesús. *Psicología Social de la Salud. Información Psicológica*, 1998, no 67, p. 4-11.

La teoría Social Cognitiva abandona el modelo de causalidad lineal, aceptada por diferentes posturas teóricas, en nombre de un modelo de determinismo recíproco, el cual permite el estudio del ser humano en toda su complejidad, así como sus influencias interactivas tomando en cuenta los múltiples factores que operan como determinantes, así como sus influencias interactivas.

De esta forma, la teoría Social Cognitiva se opone al determinismo ambiental unidireccional en el cual se estudia como la conducta es regulada por los estímulos externos actuales y por la estimulación ambiental del pasado, es decir, el entorno aparece como una fuerza autónoma que determina, organiza y controla la conducta de forma automática. En esta postura, llevado al extremo por las formas más radicales de conductismo, el entorno aparece siempre como elemento determinante.

No obstante, las formulaciones de la teoría Social Cognitiva van a oponerse también a toda forma de determinismo personal unidireccional en el cual se buscan las causas del comportamiento en las predisposiciones del individuo en forma de rasgos, instintos, motivaciones, creencias y otras fuerzas motivadoras. En esta visión, representada por diferentes corrientes teóricas que van desde el psicoanálisis hasta las formas más extremas del cognitivismo, se subestima el papel determinante de los factores ambientales en lo que el hombre percibe y piensa

6.1 IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA.

Enfermería como profesión otorga cuidados a las personas sanas y/o enfermas dentro de su ciclo vital. Es así que se requieren profesionales de enfermería que atiendan las respuestas humanas de los individuos, familias y comunidades en forma integral.

Las conductas promotoras de la salud han sido relacionadas, entre otras, con las actividades de realizar ejercicios, tener una dieta saludable y saber manejar el estrés (Holloway & Watson, 2002).

Es por esto que se considera positivo para enfermería involucrar aspectos psicosociales derivados de teorías cognitivas o psicológicas; como son la motivación y el aprendizaje en relación a las conductas de salud. Así se podrán realizar intervenciones educativas y asistenciales con sustento teórico en las personas, que potencialicen las percepciones de autoeficacia hacia su condición de salud.

Esto tendrá un importante impacto en la adherencia a terapias y cuidados de enfermería. De hecho, existe ya evidencia del uso de la autoeficacia en la enfermería práctica, como es reportado en las intervenciones oncológicas (Haas, 2000)²⁷ y con enfermos crónicos de diabetes y artritis reumatoidea (Rapley & Fruin, 1999; Moon & Baker, 2000).²⁸

La relación de la teoría con la práctica de enfermería está también conectada al proporcionar los marcos conceptuales para el desarrollo de intervenciones de enfermería que optimicen el logro de cambios conductuales.

Con base en lo anterior, se sugiere que el dominio del concepto de autoeficacia y la relación con las conductas de salud a través de la teoría psicológica desarrollada por Bandura, pueden ser incorporadas tanto en la práctica de intervenciones educativas a los individuos, como al conocimiento de enfermería a través de teorías de rango medio.

²⁷ ARDANAZ, E. et al. *Incidence of cancer in Navarre. Anales Sis San Navarra [online]. 2004, vol.27, n.3 [citado 2017-11-15], pp.373-380. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000500008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.*

²⁸ OLIVARI MEDINA, Cecilia; URRÁ MEDINA, Eugenia. *Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería, 2007, vol. 13, no 1, p. 9-1*

7. MARCO CONCEPTUAL.

AUTOEFICACIA:

Hace referencia a la capacidad que cree una persona tener para llevar a cabo una determinada acción. "Juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado". La autoeficacia percibida fue un concepto ofrecido por Bandura dentro de la Teoría del Aprendizaje Social promulgada en 1986 y según este psicólogo, "si las personas no están totalmente convencidas de su eficacia personal tienden a abandonar rápidamente las competencias que les han sido enseñadas, en cuanto dejan de obtener resultados rápidos o experimentan algún revés". La autoeficacia no hace referencia a los recursos de que disponga el sujeto, sino a la opinión o percepción que éste tenga sobre lo que puede hacer con dichos recursos.²⁹

ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

La adherencia terapéutica hace reseña, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen: cumplir con un régimen estricto de medicación, realizar las actividades prescritas, evitar conductas que potencien su patología, seguir la dieta ordenada, supervisar los efectos terapéuticos y supervisar los efectos secundarios del tratamiento según el instrumento "Conducta Terapéutica enfermedad o lesión" 1609. Es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del equipo de salud, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con

²⁹ DE QUIJANO, Santiago D.; CID, José Navarro. *La autoeficacia y la motivación en el trabajo. Apuntes de psicología*, 2012, vol. 30, no 1-3, p. 337-349.

la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.³⁰

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardio cerebrovascular.³¹

CATEGORIA	PAS, SISTOLICA (mmHg)	PAD, DIASTOLICA (mmHg)
Optima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Alta	130-139	85-89
HIPERTENSION		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

Fuente: Consenso nacional de hipertensión arterial, siguiendo las recomendaciones del Sexto Comité Nacional Conjunto Nacional (JNC VI) y la sociedad británica de hipertensión.³²

³⁰ Universidad de Oviedo. Concepto de adherencia terapéutica. Blog UniOviedo [monografía online]2010[8pantallas]Disponible en <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/BASESPSICO&SALUD&ENF/2010-11/22BP-ADHERENCIA.pdf>

³¹ República de Colombia ministerio de salud dirección general de promoción y prevención, guía de atención de la hipertensión arterial Colombia 2017 pag (5;11)

³² Clínicas Colombianas de Cardiología, I Consenso Nacional para el Diagnóstico y Manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica. Villa de Leyva, 2016.

DIABETES MELLITUS II.

La DM II es originada por la insuficiencia en la producción y utilización de insulina, llevando como consecuencia una elevación anormal de la glicemia. Esta hiperglicemia afecta varios sistemas del organismo desencadenando complicaciones tales como: retinopatías, cardiopatías, nefropatías y neuropatías las pruebas diagnósticas de la DM II:

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

Fuente: información tomada por la autora de American Diabetes Association³³.

CONDUCTA DE ADHERENCIA.

La conducta de adherencia se ha conceptualizado de diferentes formas. La OMS en el año 2004, planteó una definición de la adherencia al tratamiento prolongado que fusiona definiciones de autores como *Haynes* y *Rand*, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesionales como requisito esencial para una práctica terapéutica eficiente.³⁴

³³ American Diabetes Association. *Standards of medical care in diabetes 2016. ADA Guide [serial online] 2016 [3 pantallas]. Disponible en <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2016/04/resumen-de-las-guicc81as-ada-2016.pdf>.*

³⁴ OMS. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004.*

El proyecto de la OMS considera a la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica que se propone quedaron reformuladas y definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera:

-) Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas (CT).
-) Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (IP).
-) Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (RT).³⁵

DETERIORO DE LA SALUD.

Según el médico infectólogo Andrés Borja de la universidad Sanitas (1998) es considerado como cualquier estado donde haya un proceso de enfermedad del organismo humano. El deterioro de la salud implica un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se pueden explicar en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.³⁶

Se la puede considerar desde dos concepciones: una subjetiva, que es el malestar (sentirse mal con diferente intensidad), y otra objetiva, que es la

³⁵ Martín Alfonso, L., Bayarre Vea, H. D., & Grau Ábalo, J. A. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34.

³⁶ Andres, B., esp. infectología (1998). *Que es una enfermedad*. Universidad Sanitas, Cundinamarca Colombia.

que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento corporal en diferentes grados).

ESTRATEGIA DE ADHERENCIA.

Son la puesta en práctica de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas utilizado indistintamente los términos cumplimiento y adherencia, entendiendo estos como el proceso a través del cual el equipo de salud lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad.³⁷

Las estrategias de adherencia implican una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud (Leventhal. Modelo de creencias de salud y teoría de la acción razonada. 1993).³⁸ Especialmente el modelo de creencias de salud que ha sido más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con las estrategias (Kirscht y Rosenstock, 1979) porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción.³⁹

ADQUISICIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Según el diccionario de la lengua española, conocimiento es el hecho de ser consciente de una cosa, estado, creencia, o emoción. La adquisición del conocimiento es la transferencia y transformación del conocimiento y de la habilidad de entender y de resolver problemas desde alguna fuente de conocimiento a un programa.

³⁷ Puente Silva F. *Adherencia terapéutica*. México, DF: *La Vanguardia de la Salud*, 1985:10-96.

³⁸ Rodríguez Marín L. *Psicología social de la salud*. Madrid: Ediciones Doyma, 1995:40-58.

³⁹ Ginarte Arias, Y. (2001). *La adherencia terapéutica*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.

El sistema experto contendrá casi todo el conocimiento del experto humano e intentará aproximarse en lo posible a la forma en la que dicho experto humano alcanza las soluciones.

En principio, podríamos definir dicha habilidad de alcanzar soluciones eficientemente como 'inteligencia'. Pero con 'conocimiento' e 'inteligencia' únicamente no se construye una base de conocimiento. Es preciso que intervengan una serie de procesos de alto nivel que son los que van a permitir el trasvase y la posterior representación de la información, aportando un lenguaje común y las facilidades de estructuración y representación necesarias.

A dichos procedimientos se les denomina 'procesos cognitivos'. Por lo tanto, podríamos considerar estos tres conceptos (conocimiento, cognición, inteligencia) como los vértices de un triángulo dentro del que se sitúa la Inteligencia Artificial⁴⁰.

APRENDIZAJE.

Para Piaget el aprendizaje es un proceso que mediante el cual el sujeto, a través de la experiencia, la manipulación de objetos, la interacción con las personas, genera o construye conocimiento modificando en forma activa sus esquemas cognitivos del mundo que lo rodea, mediante el proceso de asimilación y acomodación.⁴¹ Aprendizaje es el proceso a través del cual una nueva información (un nuevo conocimiento) se relaciona de manera no arbitraria y sustantiva (no-literal) con la estructura cognitiva de la persona que aprende. En el curso del aprendizaje, el significado lógico del material de aprendizaje se transforma en significado psicológico para el sujeto. Para Ausubel (1963, p. 58), el aprendizaje es el mecanismo humano, por

⁴⁰ Pozo, J. I. (2002). La adquisición del conocimiento científico como un proceso de cambio representacional. *Investigações em ensino de ciências*.

⁴¹ de Piaget, T. D. D. C. (2007). *Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky*.

excelencia, para adquirir y almacenar la inmensa cantidad de ideas e informaciones representadas en cualquier campo de conocimiento.⁴²

⁴² Moreira, M. A. (1997). *Aprendizaje significativo: un concepto subyacente. Actas del encuentro internacional sobre el aprendizaje significativo*, 19, 44.

8. MARCO ÉTICO.

En la realización de estudio, el sujeto de la investigación son los seres humanos por lo tanto mediante la resolución número 8430 de 1993 se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en donde los primero 4 artículos se encuentra inmersos los requisitos para la investigación en salud teniendo en cuenta que toda investigación tiene que ser revisada previamente por un comité de ética para garantizar los derechos de los paciente sujetos de la investigación.⁴³

Toda intervención supone una amenaza para el paciente, generándole un estrés tanto físico como psicológico. La respuesta física del paciente ante la intervención depende del estado físico, de la edad y de la magnitud de la intervención. La manera en que afronte psicológicamente dependerá del conocimiento previo, experiencias quirúrgicas y de la forma que resuelva situaciones estresantes.

La importancia de que el paciente conozca la educación en salud y su impacto en la calidad de vida en individuos y poblaciones, el consentimiento del paciente por el cual se genera la autorización de las intervenciones educativas sin que agredan la cultura del usuario y su familia y de esta forma se diligencia el consentimiento informado.⁴⁴

Los derechos básicos de una persona se establecen sobre la base del reconocimiento de su condición humana, la inviolabilidad de su vida y el hecho de que del ser humano nacieron libres, y siempre lo será. El respeto por los valores y aspiraciones de las personas es un deber que se vuelve aún más importante si la persona es vulnerable. Debido a que la autonomía y la responsabilidad de cada persona, incluidos aquellos que requieren atención sanitaria, se aceptan como valores importantes, la participación de cada individuo en las decisiones sobre su

⁴³ FUENTES, Duilio; REVILLA, Diana. *Acreditación de Comités de Ética en Investigación, como parte de un proceso. En Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina, 2007. p. 67-74.*

⁴⁴ DÍAZ, Fabio Alberto Garzón. *Aspectos bioéticos del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable. Revista Latinoamericana de bioética, 2009, vol. 9, no 17, p. 8-27.*

propio cuerpo y su propia salud deben ser reconocidas universalmente también como un derecho de las personas.

Se tiene previsto que “Consentimiento Informado” sea el primero de una serie de manuales complementarios a los textos usuales para la educación en ética. Cada uno de estos manuales tendrá relación con los problemas éticos que afrontan los médicos en todas aquellas esferas médicas por las cuales los expertos consideran necesario editar textos especializados.⁴⁵

El paciente que va a ser dado de alta deberá ser informado mediante intervenciones educativas por un grupo multidisciplinario que garanticen la continuidad de los cuidados y evitará de esta forma los reingresos y/o complicaciones por la misma patología para este proceso se debe generar una empatía para que esta comunicación sea asertiva y brinde la información adecuada asegurándonos que el paciente haya quedado claro sobre la misma, en donde el enfermero/a ponga en práctica los principios éticos estipulados en la ley 266 de 1996.

Los principios éticos de enfermería son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. En donde encontramos entre ellos la integralidad que orienta el proceso del cuidado de la persona con una visión unitaria para atender sus dimensiones físicas, sociales, mentales y espirituales siendo este el de mayor relevancia ya que cada ser humano presenta una respuesta a diferentes estímulos ambientales, emocionales y físicos que generan una alteración fisiológica que conlleva a complicaciones y reingresos durante la fase de alta hospitalaria.⁴⁶

⁴⁵ DÍAZ, Fabio Alberto Garzón. Aspectos bioéticos del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable. *Revista Latinoamericana de bioética*, 2009, vol. 9, no 17, p. 8-28.

⁴⁶ OFICIAL, Diario. LEY 266 DE 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1996; CXXXI (42710).

El enfermero tiene la capacidad de entender y diferenciar los signos y síntomas que puede presentar un paciente frente a diferentes estímulos y estar en la capacidad de su manejo como intervención educativa y de prevención de tales alteraciones.

La individualidad siendo este el principio ético que comprende las necesidades individuales de cada persona sin ningún tipo de discriminación, respetando así la diversidad cultural su etnia y otra característica como la edad, siendo el adulto mayor unas de las poblaciones que presenta más susceptibilidad a la respuesta de diferentes estímulos gracias al deterioro presente por el proceso de envejecimiento.

Entre los principios nombrados el más importante y en el que se basa la importancia de la educación por enfermero al paciente es dialogicidad siendo el que fundamenta la interrelación enfermera paciente como elemento principal en el proceso del cuidado brindado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona expresa con libertad y confianza sus necesidades y expectativas del cuidado que le brinda el profesional, durante el alta hospitalaria el enfermero debe garantizar que el cuidado sea basado en los principios éticos y con calidad y eficacia para que así se asegure que la información que le ofrece al paciente sea la adecuada y suficiente para que se pueda sentir tranquilo y en confort ante el alta hospitalaria.

Los principios éticos del profesional de enfermería se encuentran estipulados en la ley 266 de 1996 en el artículo 20 donde se expresan todos los principios y cuáles son sus funciones en la práctica de cuidado específico del enfermero/a.

La comunicación es de tal importancia que, al identificar las áreas de riesgo dentro del hospital en el año 2004, la Organización Mundial de la Salud determinó seis

acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, en las que detectó áreas problemáticas y describió soluciones a los problemas, basándose en evidencias y el conocimiento de expertos. La meta internacional es mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente.

9. DISEÑO METODOLÓGICO.

Este proyecto de grado pertenece a la línea de investigación proceso salud enfermedad de la persona, familia y grupos comunitarios de la universidad de Cundinamarca, el enfoque es cuantitativo porque se basa en una recopilación de datos que pueden ser analizados estadísticamente, su alcance es descriptivo porque se pretende medir y cuantificar los datos recolectados.

El diseño es no experimental puesto que no se hará manipulación de las variables y es de corte transversal porque se tomarán los datos en un único momento.

UNIVERSO

Son los adultos mayores institucionalizados de Girardot.

POBLACIÓN

1. La constituyen un total de 65 adulto mayores institucionalizados en el hogar del anciano desamparado san Antonio en la ciudad de Girardot que cumplen con los criterios de inclusión.

) MUESTRA

Muestra por conveniencia de 40 adultos mayores institucionalizados que cumplen con los criterios de inclusión, siendo la institución hogar del anciano desamparado San Antonio la única que avala el estudio de esta investigación en Girardot-Cundinamarca. (Tamaño de muestra: 65, nivel de confianza:95%, margen de error: 3%).

) MUESTREO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Diagnóstico de DM y/o HTA.
2. Adultos entre las edades entre 50 a 80 años.
3. Que hayan sido hospitalizados o que hayan asistido a consulta médica de control en los últimos 2 años.
4. Adulto mayor institucionalizado en el hogar del anciano desamparado san Antonio de la ciudad de Girardot.
5. Resultado de cribado de deterioro cognitivo -test de pfeiffer versión Española con puntaje <5.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

6. Adultos mayores de 90 años y menores de 60 años.
7. Que no hayan sido hospitalizados o que no hayan asistido a consulta médica de control en los últimos 2 años.
8. Que no esté institucionalizados en el hogar del anciano desamparado san Antonio de la ciudad de Girardot.
9. Resultado de cribado de deterioro cognitivo -test de pfeiffer versión Española con puntaje <3.

10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR
AUTOEFICACIA	La percepción que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizara y ejecutara sus actos de modo que le permita alcanzar el rendimiento deseado	cuantitativa	discreta	alta: 28 a 40 puntos moderada: 16 a 27 puntos baja: 4 a 15 puntos
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	acciones personales para el control de las diferentes patologías que se evidencian en la muestra, cumpliendo con las recomendaciones terapéuticas dadas por el personal de salud de tratamiento farmacológico y no farmacológico	cuantitativa	continua	Esta expresada en una escala de 1 a 5. Se interpreta el resultado obtenido entre más cerca se encuentre de 5 la persona tiene mejor adherencia terapéutica. la escala tiene cinco alternativas que van desde 1 es nunca, 2 raramente, 3 en ocasiones, 4 frecuentemente y 5 constantemente manifestado.

11.RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

La recolección de la información se desarrolló en el hogar del anciano desamparado san Antonio en la sala destinada para interacción social durante el mes de septiembre del año 2018.

Posterior a adquirir los permisos pertinentes para entrevistar a las personas previo aval del Comité de Ética del programa de enfermería de la universidad de Cundinamarca seccional Girardot. Los investigadores realizaron revisión documental previa sobre los fundamentos teóricos y conceptuales de los instrumentos utilizados en la investigación con el objetivo de tener claridad, comprensión y conocimiento de los mismos.

El proceso de aplicación de los instrumentos se desarrolló con las personas que cumplieron los criterios de inclusión, se les solicitó de manera verbal la participación, se realizó lectura del consentimiento informado, facilitando la expresión de dudas y posterior a la satisfacción de las mismas; se continuó con la firma del documento este proceso fue realizado por los Investigadores en los dos momentos de intervención.

11.1 Confidencialidad y privacidad de la información suministrada.

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

11.2 Instrumentos de recolección de la información.

Para la obtención de la información en el presente estudio previo permiso de uso por los autores se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación:

) Escala de Autoeficacia General Percibida

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

) Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión 1609.

11.3 Escala de autoeficacia general percibida.

El presente estudio tiene como objetivo principal informar de las características psicométricas (fiabilidad, validez y datos normativos) de la adaptación para población española de la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996).

La autoeficacia general es un constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. El único cambio introducido en el cuestionario original, que consta de 10 ítems con escalas de tipo Likert de 4 puntos, fue el formato de respuesta a escalas de 10 puntos, para adaptarla a los demás instrumentos utilizados en la investigación. En los distintos estudios realizados, con muestras de distintas nacionalidades (alemanes, costarricenses, etc.), la escala ha mostrado una consistencia interna considerable (entre 0.79 y 0.93).

En el presente estudio, la escala se aplicó a una muestra de 259 estudiantes universitarios españoles, obteniéndose una consistencia interna () de 0.87 y una correlación entre dos mitades de 0.88. Se presenta la correlación de la escala con otras medidas centradas en el análisis de la percepción de control o de recursos para

solucionar la tarea. También se aportan datos normativos. Finalmente, se analiza el valor predictivo de la escala sobre el estilo de afrontamiento (centrado en la tarea y la emoción) a través de análisis de regresión. Los resultados preliminares muestran que la escala tiene una fiabilidad muy adecuada, así como una capacidad predictiva considerable, por lo que puede ser aplicada con suficiente garantía en estudios sobre rendimiento, salud y procesos emocionales.

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

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

Las personas con mayor autoeficacia se determinan a metas más altas y tareas más difíciles, tienen mayor nivel de esfuerzo y persistencia y se recuperan con mayor rapidez manteniendo el compromiso con sus objetivos, lo que puede llevar a mantener conductas de adherencia terapéutica a largo plazo.⁴⁷

La autoeficacia no es una idea irreal, se basa en la experiencia y en un comportamiento emprendedor que está al alcance las propias capacidades personales. Además, se ha encontrado que altos niveles de eficacia se relaciona con un mejor estado de salud, un mayor rendimiento, y mayor integración social⁴⁸

⁴⁷ Olivari C y Urra E. *Self-efficacy and health behaviors. Cienc y enfermería [serial online] 2007;13(1):9-15. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>.*

⁴⁸ Bandura A. *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Rev Evaluar [serial online];2001;2(15):7-37. Disponible en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/otros-recursos-1/guia-para-la-construccion-de-escalas->*

Es un cuestionario de auto informe de 10 ítems que son contestados mediante una escala Likert de 4 puntuaciones (incorrecto: 1, apenas cierto: 2, más bien cierto: 3 y cierto: 4) donde el puntaje mínimo es 10 y el máximo es 40.

Se seleccionó este instrumento por ser específico para autoeficacia siendo este uno de los conceptos de este estudio.

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

Esta ficha fue propuesta por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia., la versión que se empleó en esta investigación es la numero 5 del 6 de marzo de 2014⁴⁹, es instrumento de caracterización con tres dimensiones que incluyen: 1. Identificación de condiciones del paciente y perfil socio demográfico. 2. Percepción de carga y apoyo y 3. Medios de información y comunicación. La ficha tiene un total de 22 ítems.

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

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

11.5 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).

El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos) que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y

⁴⁹ Barrera L, Vargas E y Cendales P. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. Rev Javeriana [serial online] 2015;17(1):1-12. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9122>.

capacidad de cálculo a través de 10 preguntas. Es útil en virtud de su fácil aplicación, no requiere materiales especiales para su administración y se puede aplicar a personas de bajos niveles de escolaridad.⁵⁰

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

La fiabilidad inter e intra observador del SPMSQ-VE fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82. La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. El área bajo la curva ROC fue de 0,89, siendo la sensibilidad y especificidad de 85,7 y 79,3, respectivamente, para un punto de corte de 3 o más errores, observándose variaciones según nivel de escolarización y edad.⁵¹

11.6 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1609.

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

En lo que respecta a los antecedentes del instrumento se tiene que, la profesión de enfermería cuenta con el “proceso de enfermería”, definido como un método lógico y sistemático, conformado por etapas interrelacionadas, con el fin de brindar un cuidado holístico a la persona, familia o grupos.⁵²

Este instrumento de enfermería evalúa la adherencia a un tratamiento. En esta investigación se considera el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas

⁵⁰ Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr So* [serial online];1975;23(10):433-Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1159263>.

⁵¹ De la Iglesia J et. al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clínicaica. Elsevier* [serial online];2001;117(4):129–134. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-S0025775301720404?redirectNew=true>.

⁵² Alfaro R. *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4 ed. Barcelona: Springer Science & Business Media, 1998. p. 1-274.*

dadas para el tratamiento específico de la DM2 en personas con esta patología, teniendo en cuenta que el tratamiento terapéutico en éstas abarca tanto manejo farmacológico como no farmacológico.⁵³

La adherencia al régimen o tratamiento terapéutico implica realizar las recomendaciones dadas por el personal de salud. La definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes, y adoptado por la OMS como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Por tanto, el tratamiento no farmacológico implica principalmente cambios en el estilo de vida en cuanto a dieta, ejercicio, control del peso, manejo del estrés, consumo de tabaco, consumo de alcohol, asistencia a las citas médicas para el control y seguimiento de la hipertensión arterial, así como del tratamiento instaurado, y supervisión de los cambios en el estado de la salud, la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.

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

⁵³ Universidad de Oviedo. *Concepto de adherencia terapéutica. Blog UniOviedo [monografía online] 2010 [8 pantallas]* Disponible en <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/BASESPSICO&SALUD&ENF/2010-11/22BP-ADHERENCIA.pdf>.

12. PRESENTACIÓN DE DATOS.

En total se reclutaron 40 personas para la aplicación de la prueba piloto en un periodo comprendido entre el 3 de septiembre al 10 de octubre del 2018, a las cuales se les aplicó la ficha de caracterización del paciente crónico, el instrumento conducta terapéutica enfermedad o lesión que permite medir la adherencia terapéutica para DIABÉTICOS e HTA y la escala de autoeficacia general percibida.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Características sociodemográficas de la muestra del estudio

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

A continuación, se presentan las tablas en la cual se muestran las variables sociodemográficas del estudio, aspectos a considerar en las personas con diabetes e hipertensión ya que esta influye en las conductas orientadas hacia la salud y en los aspectos motivacionales que determinan la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con DM2 y/o HTA.

TABLA N° 1. ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA.

IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL PACIENTE Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.														
Diagnostico.		Genero.		Rango de edad		Escolaridad					Procedencia			Residencia
HTA	DM II	M	F	60-70A.	71-90 A.	PRI	SEC	TEC	PROF	SIN	CUND	TOL	META	Urbano
70%	47%	57%	43%	77,5%	22.5%	60%	18%	10%	5%	7%	73%	25%	2%	100%
Estado civil					Ocupación		Estrato socioeconómico		Tiempo que lleva con la enfermedad			Religión		
C	S	UL	D	V	Desempleados	1	2	0 – 10 A.	10 -20 A.	> 20 A.	Católico	Cristiano		
0%	60%	0%	27,5%	12,5%	100%	77,5%	22.5%	30%	52%	18%	95%	5%		

PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO.											
¿Tiene único cuidador?		Horas que requiere para su cuidado				¿Quién lo cuida?		Carga del paciente para la familia.			
Si	No	Ninguna	0 – 1 H.	2 – 4 H.	>4 H.	Cuidador inst.		Muy alta	Alta	Moderada	Baja
0%	100%	25%	55%	20%	0%	100%		5%	7,5%	62,5%	25%

MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.					
Apoyo de las TIC'S			Apoyo de las TIC's para su autocuidado		
Si		No	Alto	Medio	Bajo
27,5%		72,5%	15%	12,5%	72,5%

A continuación, se muestra los análisis sociodemográficos del estudio, aspectos a considerar en las personas con Diabetes Mellitus II y/o Hipertensión Arterial ya que esta influye en las conductas orientadas hacia la salud y en los aspectos motivacionales que determinan la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Se observan las características sociodemográficas valoradas en el estudio en los 40 participantes con diagnóstico de Diabetes Mellitus II y/o Hipertensión Arterial, donde la edad representada en rangos, indicó que el 77,5% (N=31) se encuentran entre los 60 y 70 años y que el 22,5% (N=9) se encuentran entre los 71-90 años. Estos resultados confirman lo dicho en la investigación de Albaz RS⁵⁴ donde la adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Esta es un factor que influye sobre la adherencia terapéutica, pero, de manera irregular, las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo), al afectar la adherencia terapéutica de los pacientes, interactúan de manera conjunta; las deficiencias cognitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumentan su riesgo de adherencia deficiente.

La mayor proporción 57,5% (N=23) son hombres, el nivel de escolaridad de los adultos mayores institucionalizados, fue del 60% (N=24) con primaria, el 17,5% (N=7) con secundaria, los niveles de formación técnica con un 10%, (N=4) y los niveles de formación profesional son de un 5% (N=2) mientras que el 7,5% (N=3) no tenían escolaridad, resaltando que todos los participantes incluidos en el estudio sabían leer y escribir. Uno de los principales problemas socioeconómicos que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son el analfabetismo y el bajo nivel educativo. Carzola SM (2013)⁵⁵ concluye en que el grado de conocimiento, información y/o comprensión sobre el tratamiento médico-dietético prescrito a los pacientes son factores muy importantes para mejorar el grado de cumplimiento.

⁵⁴ Albaz RS. *Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. Journal of Social Sciences.* 1997; 25:5-8.

⁵⁵ Carzola SM, Rodríguez DD. *Grado de adherencia terapéutica a los fármacos del metabolismo óseo-mineral: ¿toman nuestros pacientes la medicación prescrita?. Enferm Nefrol [internet].* 2013 [22 Junio 213]; 16 (1): 41/47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000100007&script=sci_arttext

En esta investigación este resultado significativo puede deberse al bajo nivel de conocimientos que tienen personas con escaso grado de instrucción que influye en el autocuidado y que trae como consecuencia problemas de salud como enfermedades no transmisibles, entre ellos es de importancia considerar la hipertensión, diabetes, insuficiencia renal.

La distribución porcentual por estado civil muestra que el 60% (N=24) de la muestra del estudio son solteros, el 27,5% (N=11) están separados y el 12,5% (N=5) de la población se encuentran viudos. Se hace necesario resaltar que ninguna de las personas encuestadas se encuentra casada ni en unión libre.

La ocupación que predominó es la de desempleo con un 100% de la muestra del estudio ya que todas las personas encuestadas se encuentran institucionalizadas en un ancianato y no desempeñan ninguna actividad laboral, así mismo como todos residen en el mismo lugar el ítem de lugar de residencia también arroja un nivel de 100% dentro de la zona urbana.

El estrato socioeconómico predominante fue el uno 77,5%, (N=31) seguido del estrato dos 22,5% (N=9) De acuerdo con lo descrito por Flórez⁵⁶ existen factores que influyen en la adherencia, que son características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. Entre estas tenemos las características socioeconómicas, las relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria. Relacionado con los resultados obtenidos en la investigación se comprueba que el estrato socioeconómico mostro una relación directa con el nivel de adherencia al tratamiento y de manera negativa a la calidad de vida de la persona con enfermedad crónica.

Al analizar la variable religión el 95% (N=38) son católicos y el 5% (N=2) son cristianos, dichos resultados son confirmados con la investigación de Vázquez y

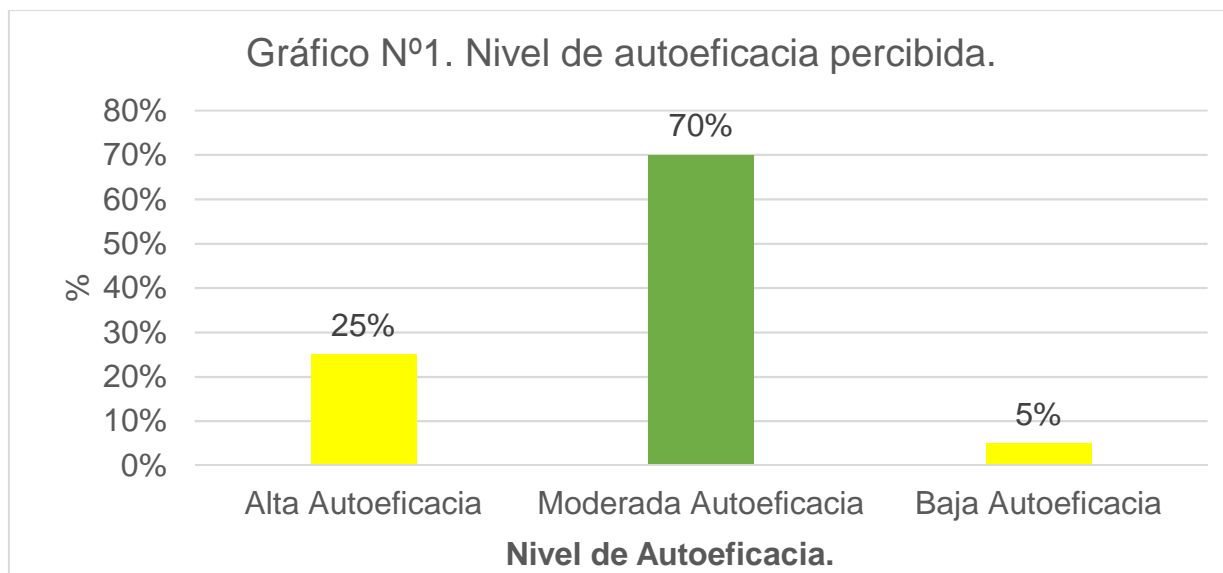
⁵⁶ Flórez I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en enfermería*. [serial online]; 2009 Dic;27(2):25-32.

Wessel⁵⁷, donde se señala que permanecer profesante de una religión aporta de forma significativa al bienestar espiritual de la personal y este a su vez actúa como estímulo contextual positivo, para estos autores la fe ayuda a los diabéticos y/o hipertensos a apreciar el sentido de la vida y contribuye de manera significativa a tratar de lograr la adaptación a estilos de vida favorables.

⁵⁷ ⁵⁷ Refugio M, Vázquez O y Whetsell M. *Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos.* Aquichan. [serial online]; 2006;6(1):8-21.

Nivel autoeficacia percibida de los adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio.

Para dar cumplimiento del tercer objetivo específico el cual consistió en identificar el nivel de autoeficacia percibida en adultos mayores diabéticos e hipertensos, los autores tomaron los el instrumento Escala de Autoeficacia General creada por BAESSLER Y SCHWARZER y su interpretación es de 28 a 40 significa alta autoeficacia, de 16 a 27 moderada autoeficacia y de 4 a 15 baja autoeficacia. Los resultados para la muestra analizada en el presente estudio y los cuales se observan en el siguiente gráfico.



Fuente: base de dato de la escala de autoeficacia general

Se realizó la escala de autoeficacia general a los adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio, Con el objetivo de determinar el nivel de autoeficacia, la interpretación de la escala arrojó que de 25% que equivale a 10 adultos mayores presentan una autoeficacia alta, el 70% de la población que corresponde a 28 adultos mayores presentan un nivel de moderado de autoeficacia, y el 5% que corresponde a 2 personas representaron una baja autoeficacia.

TABLA N° 2. Análisis por ítems escala de AUTOEFICACIA GENERAL.

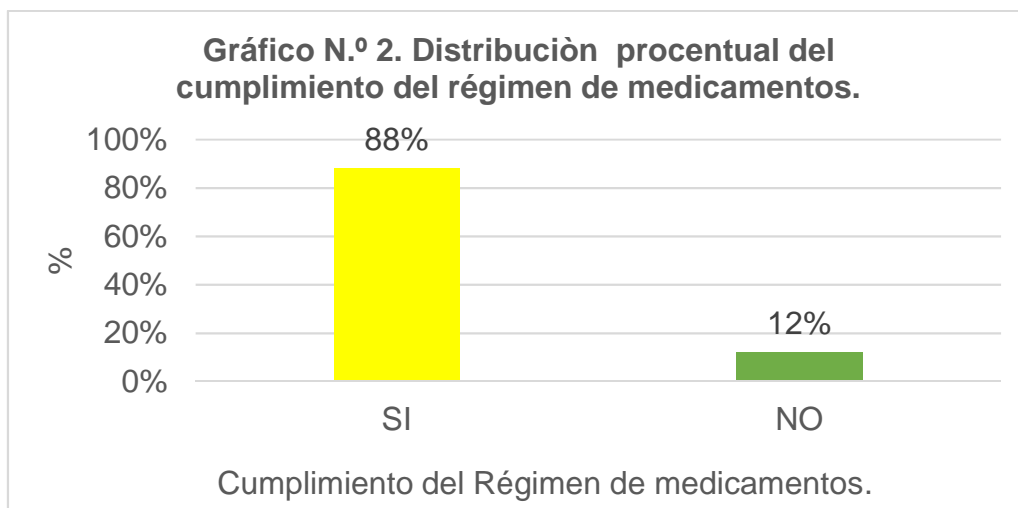
PREGUNTA	1 NUNCA	2 POCAS VECES	3 MUCHAS VECES	4 SIEMPRE
1.Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien me oponga	5%	20%	62%	13%
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	0%	18%	82%	0%
3.Me es fácil persistir en lo que me he propuesto Hasta Llegar a alcanzar mis metas	0%	15%	80%	5%
4.Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	0%	24%	76%	0%
5.Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	0%	30%	70%	0%
6.Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones Difíciles	0%	32%	65%	3%
7.Venga lo que venga, por lo general soy capaz de Manejarlo	5%	23%	72%	0%
8.Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	5%	13%	72%	10%
9.Si me encuentro en una situación difícil, Generalmente se me ocurre qué debo hacer	5%	55%	40%	0%
10.Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	5%	67%	28%	0%

Fuente: base de dato de la escala de autoeficacia general

la información mostrada en la tabla N° 1, resalta que en la mayoría de los ítems el mayor valor porcentual esta dado en la opción “muchas veces” seguido por “pocas veces”, se puede interpretar que los adultos mayores del hogar del anciano desamparado san Antonio tiene en la mayoría de los casos la capacidad para afrontar problemas.

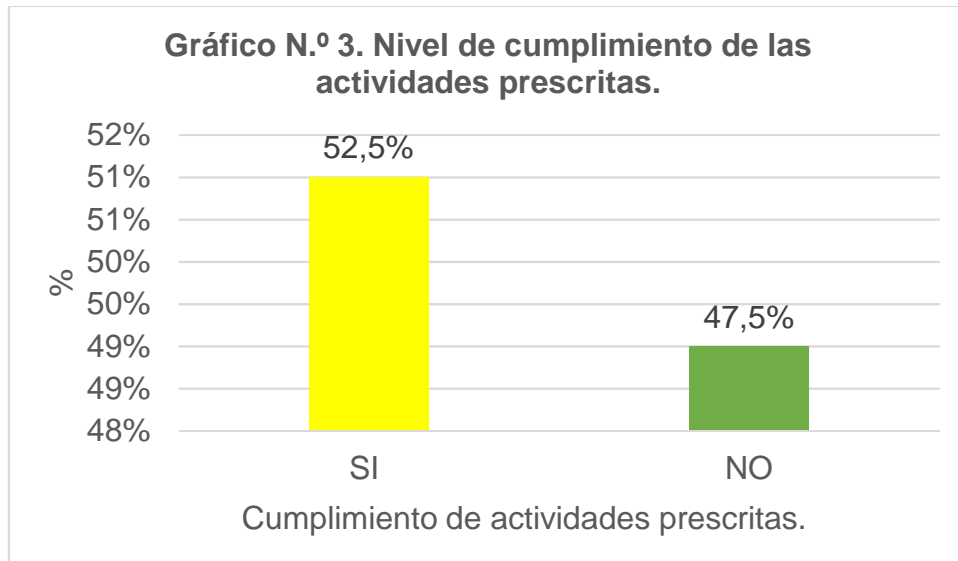
ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO DE "CONDUCTA TERAPÉUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN" 1609.

Las siguientes gráficas y análisis hacen referencia a el cumplimiento sobre las recomendaciones del tratamiento para la hipertensión arterial y/o diabetes de los adultos mayores del hogar del anciano desamparado san Antonio de la ciudad de Girardot.



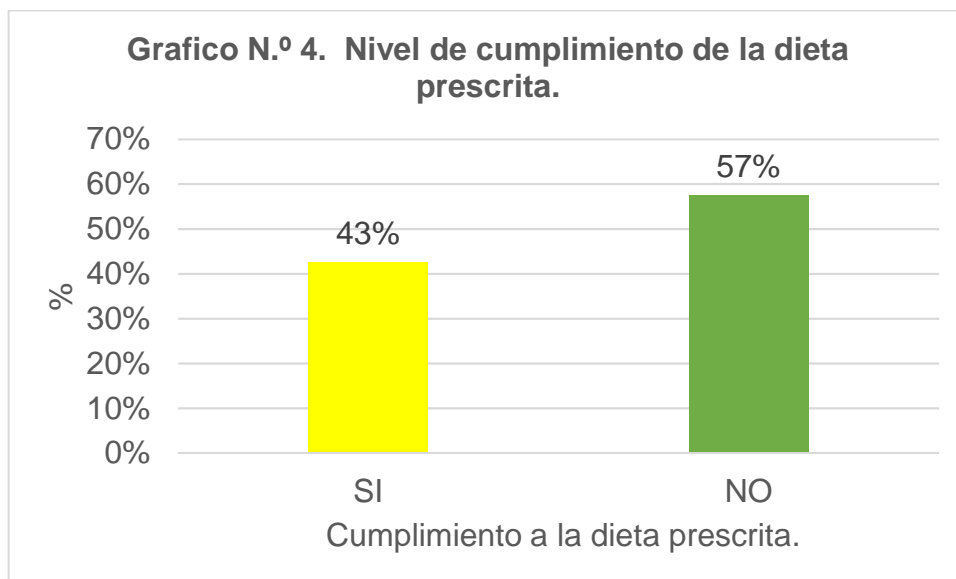
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El gráfico N° 2 muestra que el 88% (N=35) cumple con el régimen de medicamentos relacionado los horarios y las condiciones para el consumo de los medicamentos y el 12 % (N= 5) no cumplen con el régimen de medicamentos.



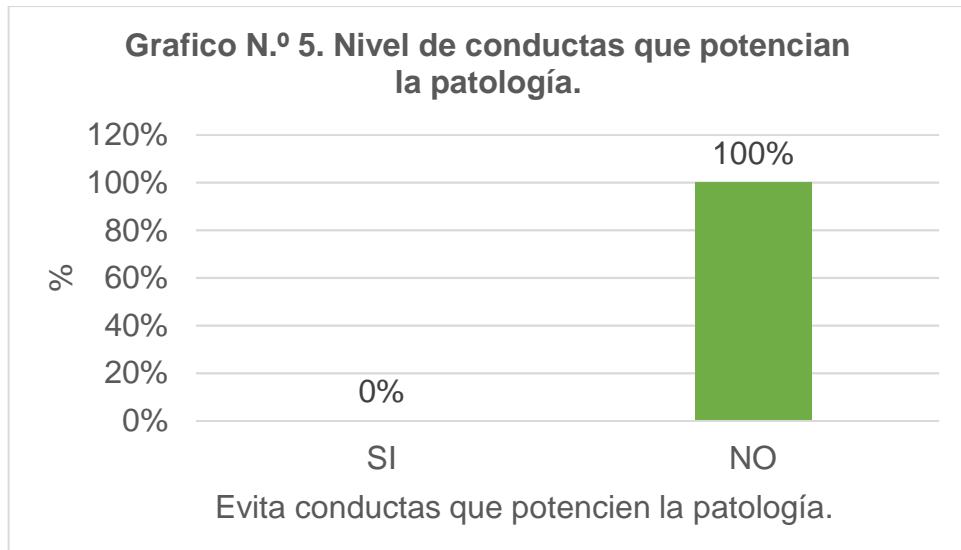
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°3 muestra que el 52,5% % (N=21) cumple con el nivel de actividades prescritas relacionado con el tiempo y la frecuencia de la realización de ejercicios físicos y el 47.5 % (N=19) no cumplen con el nivel de actividades prescritas.



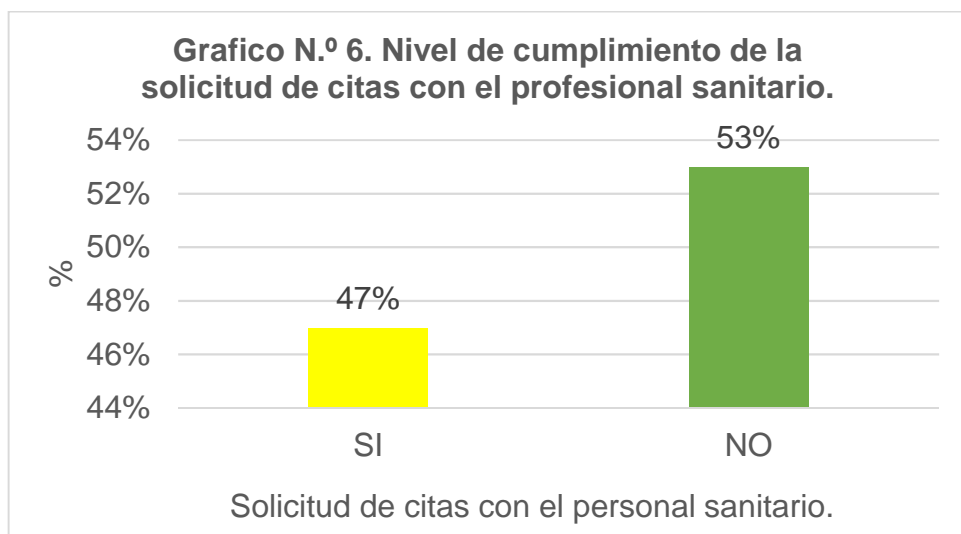
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°4 muestra que el 43 % (N=17) siguen la dieta prescrita para el manejo de su salud (dieta baja en sal, azúcares, grasas consumo de frutas y verduras) y el 57 % (N=23) no siguen la dieta prescrita para el manejo de su salud.



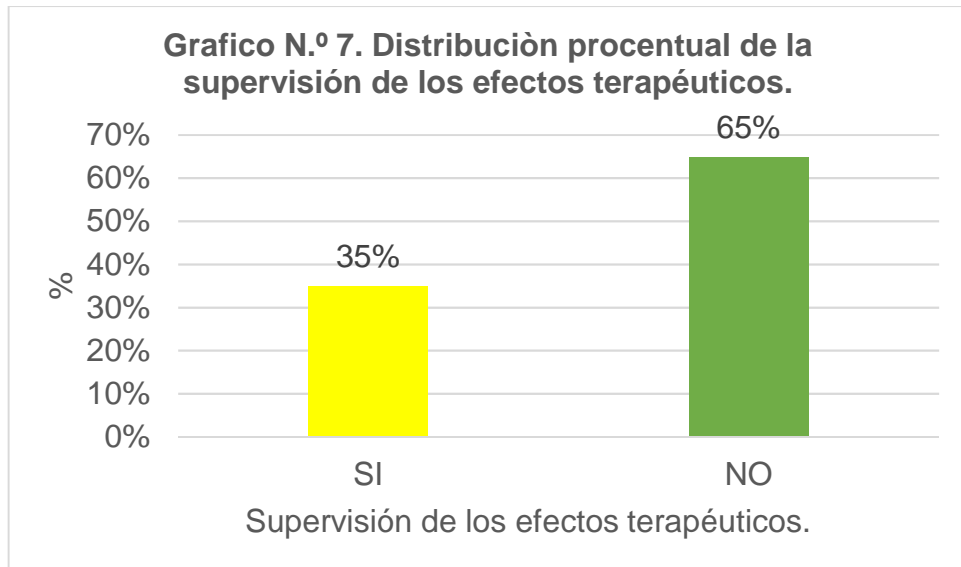
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°5 muestra que el 100 % (N=40) evitan conductas que potencien su patología referente al consumo de alcohol y/o tabaco, control del estrés.



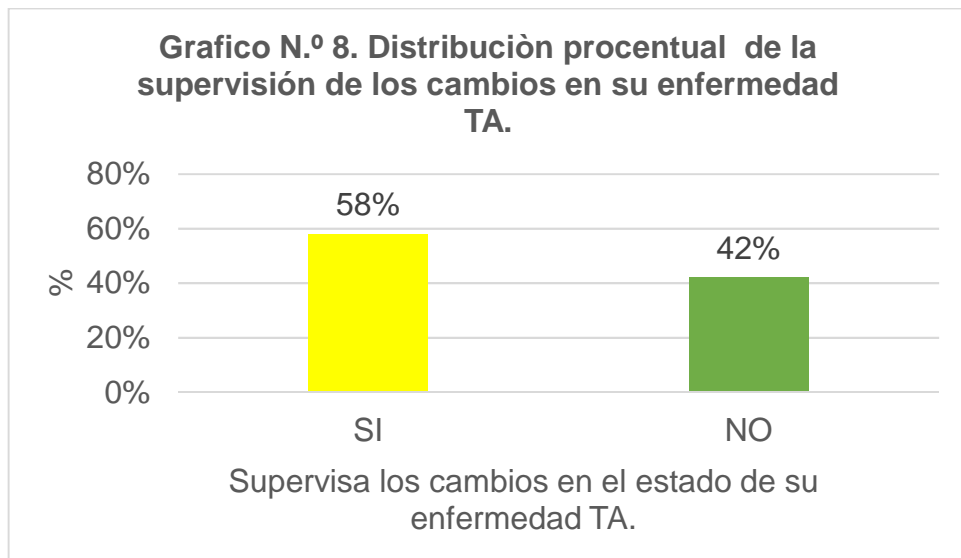
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°6 muestra que el 47 % (N=19) solicitan citas con el profesional sanitario cuando es necesario (citas de control, para valoración de laboratorios y/o por deterioro de la enfermedad) y el 53 % (N=21) no solicitan citas con el profesional sanitario cuando es necesario.



Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

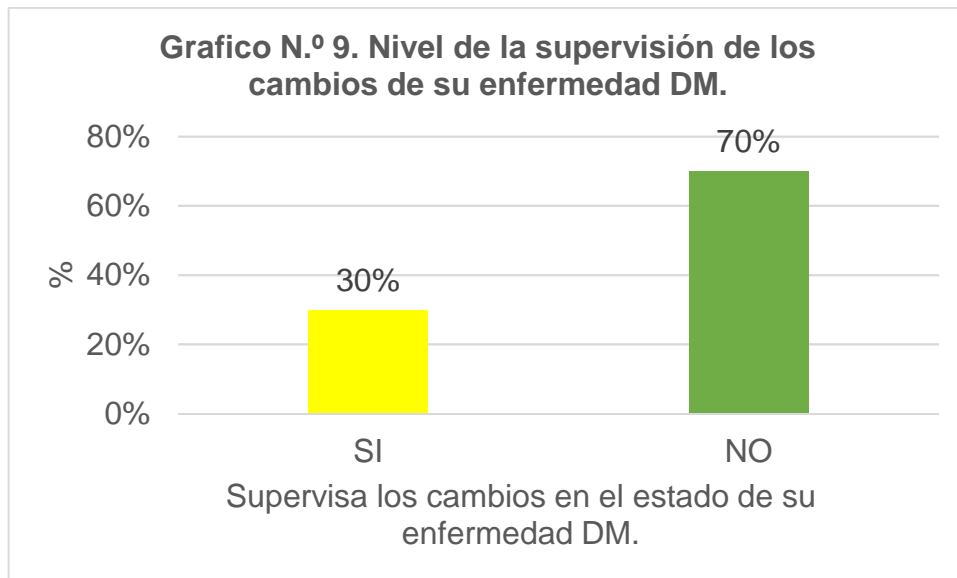
El grafico N°7 muestra que el 35 % (N=14) supervisan los efectos terapéuticos relacionados a conseguir un tensiómetro y/o glucómetro, frecuencia de toma de la glucometría y tensión arterial y el 65 % (N=26) no supervisan los efectos terapéuticos.



Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

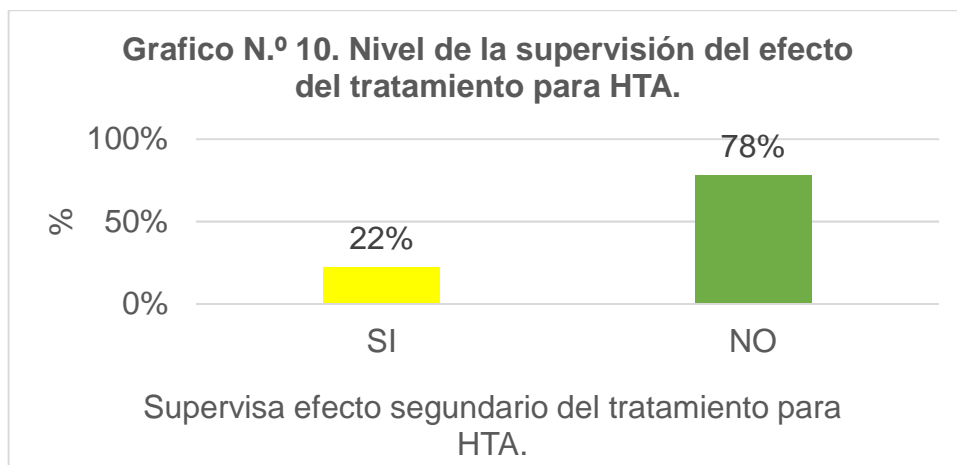
El grafico N°8 muestra que el 58 % (N=23) supervisan los cambios en el estado de su enfermedad HTA relacionado a conocer los signos de alarma (calor, dolor de

cabeza, palpitaciones etc.) y el 42 % (N=17) no supervisan los cambios en el estado de su enfermedad HTA.



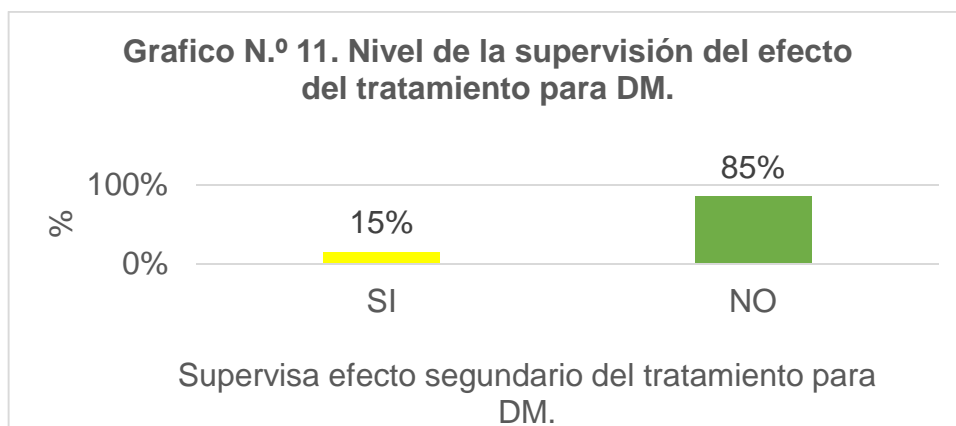
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico Nº9 muestra que el 30 % (N=12) supervisan los cambios en el estado de su enfermedad DM relacionado a conocer los signos de alarma (sed intensa, alteración de la visión y/o mareo etc.) y el 70 % (N=28) no supervisan los cambios en el estado de su enfermedad DM.



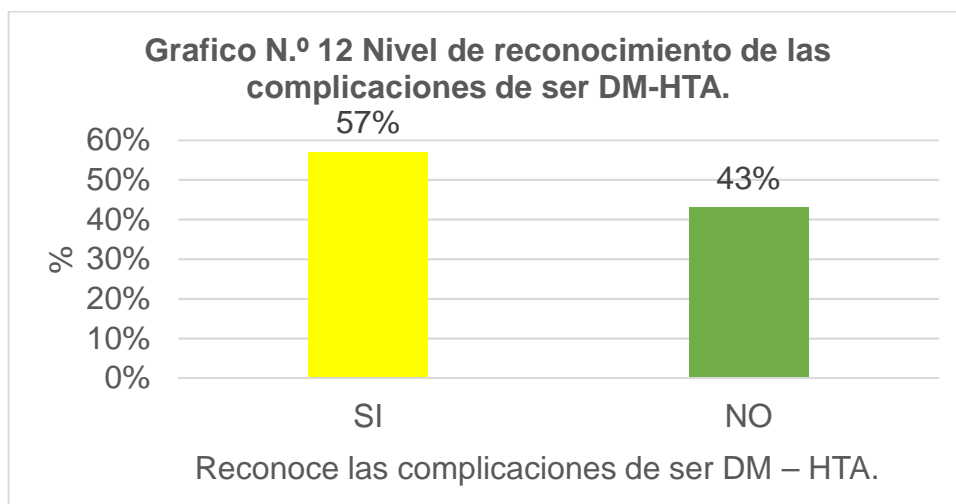
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°10 muestra que el 22 % (N=9) supervisan los efectos secundarios del tratamiento para HTA referentes a (baja tensión, boca seca, mareo y/o edema etc.) y el 78 %(N=31) no supervisan los efectos secundarios del tratamiento para HTA.



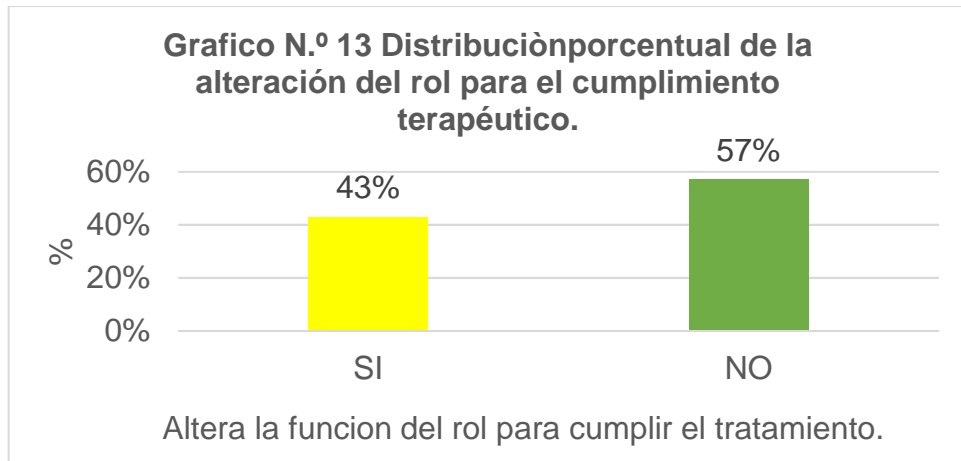
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°11 muestra que el 15 % (N=6) supervisan los efectos secundarios del tratamiento para DM referentes a (sudoración, palpitación, temblor y/o alteración de la visión etc.) y el 85 % (N=34) no supervisan los efectos secundarios del tratamiento para DM.



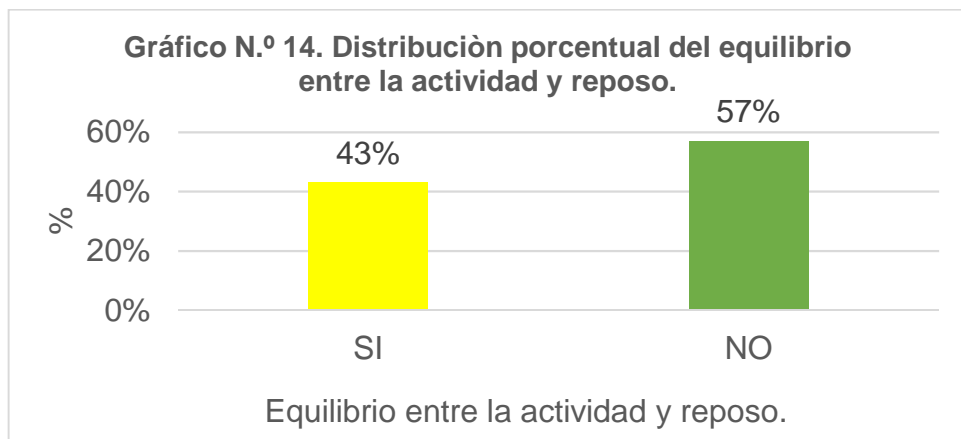
Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°12 muestra que el 57 % (N=23) reconocen las complicaciones de ser DM y/o HTA referentes a (cambios bruscos de la visión, dolor agudo de ojos, disminución del volumen urinario y/o pérdida de la sensibilidad etc.) y el 43 % (N=23) no reconocen las complicaciones de ser DM y/o HTA.



Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609.

El grafico N°13 muestra que el 43 % (N=17) alteran la función del rol para el cumplimiento terapéutico referentes a (interrumpir las actividades del hogar a su cargo, modificación de labores de trabajo y/o hogar etc.) y el 57 % (N=23) no alteran la función del rol para el cumplimiento terapéutico.



Fuente: base de datos adherencia al tratamiento 1609

El grafico N°14 muestra que el 43 % (N=17) equilibran la actividad y el reposo referente a (dormir entre 6 a 8 horas, despertar y sentirse descansado, cuenta con 30 minutos para consumir cada comida etc.) y el 57 % (N=23) no equilibran la actividad y el reposo.

13. CONCLUSIONES.

1. En las características sociodemográficas se logro determinar que los participantes del estudio en mayor proporción son masculinos con el 57.5 %, la media de edad para este estudio fue de 70 años; predominó el nivel de escolaridad primaria con el 60%; estado civil solteros 60%; de estratos 1 predomina con el 77.5%. Dentro de las variables clínicas se encontró una mediana de 10 años de vivencia de la enfermedad crónica no trasmisible.
2. Carzola SM (2013) concluye en que el grado de conocimiento, información y/o comprensión sobre el tratamiento médico-dietético prescrito a los pacientes son factores muy importantes para mejorar el grado de cumplimiento. En esta investigación este resultado significativo puede deberse al bajo nivel de conocimientos que tienen personas con escaso grado de instrucción que influye en el autocuidado y que trae como consecuencia problemas de salud como enfermedades no transmisibles, entre ellos tenemos hipertensión, diabetes, insuficiencia renal.
3. El análisis estadístico de la información permitió identificar y profundizar el conocimiento y comprensión de este fenómeno relacionado con Enfermería: debido a esto se proporciona una herramienta educativa (folleto) a la institución, determinado por aspectos relevantes de los cuatro procesos del aprendizaje por observación de Albert Bandura sobre atención ,retención , reproducción y motivación en relación a las imágenes y representaciones verbales con el fin de establecer mejora en los resultados en calidad de adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial y sus cuidadores..
4. Relacionado con los resultados obtenidos en la investigación se comprueba que el estrato socioeconómico mostro una relación directa con el nivel de adherencia al tratamiento y de manera negativa a la calidad de vida de la persona con enfermedad crónica.

5. Comparando estos resultados con la investigación Albaz RS confirma que la adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Esta es un factor que influye sobre la adherencia terapéutica, pero, de manera irregular, las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo), al afectar la adherencia terapéutica de los pacientes, interactúan de manera conjunta; las deficiencias cognitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumentan su riesgo de adherencia deficiente.
6. En la valoración del estado cognitivo se encontró que sólo el 80% presentan un estado cognitivo normal frente a un 20% de deterioro cognitivo leve. Al identificar el nivel de autoeficacia, los hallazgos del estudio indicaron que una mayor proporción de la población del estudio tenía una moderada autoeficacia representando el 70% de la muestra.
7. El nivel de autoeficacia y los hallazgos del estudio indicaron que una mayor proporción de la población presenta una moderada autoeficacia representando el 70 % de la muestra lo que indica que las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial presentan una adherencia terapéutica de acuerdo a los indicadores de resultado del NOC con un nivel de 51 % de adherencia al régimen terapéutico.
8. Otros hallazgos del estudio describen menor adherencia en los siguientes aspectos contemplados en el estudio: cumple actividades prescritas, supervisa los efectos secundarios del tratamiento y reconoce las complicaciones de ser diabético e hipertenso.

14. RECOMENDACIONES.

1. Conformar grupos de apoyo o de autocuidado y realización de encuentros para compartir experiencias y vivencias entre los pacientes que contribuyan a mantener alta su autoeficacia, sus conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados, de tal manera que esto permita mantener o mejorar su situación de adherencia y el asumir el cumplimiento de actividad física prescrita, reconocer complicaciones, supervisar efectos terapéuticos y demás componentes que se encuentran con menos adherencia.
2. Para los Programas de Enfermería de Colombia, o cualquier otra institución de salud se sugiere continuar la aplicando y perfeccionamiento de instrumentos para la evaluación de la adherencia terapéutica, de esta forma se podrán brindar herramientas que permitan evaluar continuamente los aspectos donde el individuo no presenta adherencia al tratamiento farmacológico.
3. “**El folleto**” como producto final de esta investigación es susceptible a cambios o modificaciones que reducen en el beneficio de los sujetos de atención a estudiara previo consentimiento y permiso de los autores del proyecto es importante aclarar que los aspectos relacionados con los cuatro procesos de aprendizaje, según Albert Bandura no podrán ser modificados.
4. Articular los resultados de esta investigación con las líneas de acción en salud publica en los ciclos vitales del adulto mayor para fortalecer las políticas institucionales encaminadas a la reducción de la morbimortalidad derivados de las complicaciones del inadecuado control de la Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, cada vez más frecuente a temprana edad debido a los procesos de urbanización, sedentarismo, alimentación poco saludable entre otros.
5. Dar continuidad en una segunda fase del estudio donde se pueda correlacionar algunas variables para poder identificar la relación entre las analizadas en esta investigación.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Nota Descriptiva [serial online] 2015 [5 pantallas]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
2. Lange I et. al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. Rev Med Chil [serial online] 2010;138(6):729-37. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n6/art10.pdf>.
3. Capewell S et. al. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. Bull World Health Organ [serial online] 2010;88(2):120-30. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814476/pdf/08-057885.pdf>.
4. Agudelo M et. al. Diabetes en México y Colombia: análisis de La tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007. Rev Salud Pública [serial online] 2011;13(4):560-71. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a02.pdf>.
5. Vargas H. Epidemiología de la diabetes mellitus. Libre Asoc Colomb Endocrinol [serial online] 2000 [5 pantallas]. Disponible en http://www.endocrino.org.co/files/Epidemiologia_de_la_diabetes_mellitus_H_Vargas.pdf.
6. Instituto Nacional de Salud. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. V Informe Técnico. Bogotá: INS, 2015. p. 1-
7. Observatorio de Salud Pública de Santander. La diabetes: una enfermedad cada vez más frecuente. Actualidad OSPS [serial online]. 2016 [2 pantallas]. Disponible en <http://web.observatorio.co/la-diabetes-una-enfermedad-cada-vez-mas-frecuente-especialmente-en-las-mujeres-y-adultos-mayores-de-45-anos/>.
8. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2015. Bogotá: Dirección De Epidemiología y Demografía, 2015. p. 1-173.

9. Kishore P. Diabetes Mellitus (DM). Meck Manual [serial online] 2014 [36 pantallas]. Disponible en <http://www.merckmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/diabetes-mellitus-and-disorders-of-carbohydrate-metabolism/diabetes-mellitus-dm>.
10. California Health Care Foundation. Majority of California adults have prediabetes or diabetes. Newsroom [serial online] 2016 [3 pantallas]. Disponible en <http://newsroom.ucla.edu/releases/majority-of-california-adults-have-prediabetes-or-diabetes>.
11. Organización Mundial de la Salud. Global report on diabetes. Francia: WHO, 2016. p. 1-88. Landowska J et. al. Costs of diabetes and its complications in Poland. Eur J Health Econ [serial online] 2014; 15:653–660. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059958/pdf/10198_2013_Article_513.pdf.
12. Medina L, Camacho J y Ixehuatl O. Riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus 2. Med Int Méx [serial online] 2014; 30:270-275. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim143f.pdf>.
13. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. Clin diabetes. Am Diabetes Assoc [serial online] 2008;26(2):77-82. Disponible en <http://clinical.diabetesjournals.org/content/26/2/77>.
14. Isla P. Diabetes mellitus: la pandemia del siglo XXI. Rev Cient Enfer [serial online] 2012; 5:1-13. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5417723.pdf>.
15. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota Descriptiva [serial online] 2016 [5 pantallas]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
16. Velandia A y Rivera L. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Rev Salud Pública [serial online] 2009;11(4):538–48. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a05.pdf>.
17. Figueroa C y Gamarra G. Factors associated with no metabolic control in diabetics belonging to a program of cardiovascular risk. Acta medica Colomb

- [serial online] 2013;38(4):213-221. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n4/v38n4a06.pdf>.
18. Hoyos T, Anteaga M y Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar.
 19. Observatorio Nacional de Salud. Enfermedad cardiovascular: principal causa de muerte en Colombia. Boletín No. 1 [serial online] 2013 [6 pantallas]. Disponible en http://www.ins.gov.co/lineasdeaccion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf.
 20. González J, Walker J y Einarson T. Diabetes mellitus tipo 2 en Colombia: costo de la enfermedad. Rev Panam Salud Pública [serial online] 2009; 26:55–63. Disponible en: http://www.odc.org.co/files/Diabetes_en_Colombia_-_Costos_asociados_con_su_cuidado.pdf.
 21. Gómez Y. Factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de santa rosa, departamento del cauca. Universidad Nacional de La Plata [monografía serial] 2014 [91 pantallas]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/44689/Documento_completo__pdf?seuence=3.
 22. Romero et. al. Cost-utility analysis of the use of detemir in patients with type 2 diabetes. Rev. Gerenc. Polit. Salud [serial online] 2015; 4(28):190-201. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/13200/10533>.
 23. Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: WHO/PAHO, 2004. p. 1-202.
 24. Castañeda D y Rodríguez A. Panorama de las enfermedades transmisibles en Colombia desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Infectio Asoc Colom Infectolog [serial online] 2015;19(4):141-3. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-infectio-351-linkresolver-panorama-las-enfermedades-transmisibles-colombia-S0123939215000569>.
 25. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública: 2012-2021. Bogotá: Grupo de Comunicaciones, 2013. p. 1-237.

26. Olivari C y Urra E. Self-efficacy and health behaviors. *Cienc y enfermería* [serial online] 2007;13(1):9-15. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>.
27. Alves D et. al. Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial online] 20(3):1-8. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a08v20n3.pdf.
28. Gertler P. The impact of disease management on health, CPG Compliance, Quality, and Cost of Care. *SimcoeDRAFT* [serial online] 2003;(12):1-29. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1657-5997200700020000400006&lng=en&pid=S1657-59972007000200004>.
29. Fleury J. The application of motivational theory to cardiovascular risk reduction. *Image J Nurs Sch* [serial online] 1992;24(3):229-239. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1521852>.
30. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev. American Psychological Association* [serial online] 1977;84(2):191-215. Disponible en <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>.
31. Kear M. Concept analysis of self-efficacy. *Grad Res Nurs* [serial online] 2000;2(2):1-7. Disponible en [http:// graduateresearch.com/Kear.htm](http://graduateresearch.com/Kear.htm).
32. Peterson S y Bredow T. Middle range theories: application to nursing research. Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 1-420. Resnick B, Jenkins LS. Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nurs Res* [serial online] 2000;49(3):154-159. Disponible en <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/articleviewer.aspx?year=2000&issue=05000&article=00007&type=abstract>.
33. Congreso de la República. Ley 1438. (19, enero). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá; 47957:1-50.
34. Avendaño M y Barra E. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Ter psicológica* [versión online]

- 2008;26(2):165-172. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v26n2/art02.pdf>.
35. Ortiz M y Ortiz E. Psychological factors associated to patient's treatment compliance in Chilean diabetic teenagers. *Rev Med Chil* [serial online] 2005;133(3):307- Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art06.pdf>.
36. Álvarez E y Barra E. Self-efficacy, perceived stress and treatment compliance among patients on hemodialysis. *Cienc y Enferm* [serial online] 2010;16(3):63–72. Disponible en http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_08.pdf.
37. Lorig K, Ritter P y Jacquez A. Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs. *Diabetes Educ* [serial online] 2005;31(3):401-409. Disponible en <http://tde.sagepub.com/content/31/3/401.long>.
38. Gaviria A et. al. La adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas. Universidad CES [monografía online] 2007 [23 pantallas]. Disponible en http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1002/1/Percepcion_enfermeda_de_ansiedad_depresion_autoeficacia_adhesion_tratamiento

Anexo A. Modelo de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Grupo de Investigación:

Nombre del estudio:

LA RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO DE LOS ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOGAR DEL ANCIANO DESAMPARADO SAN ANTONIO.

Investigadora principal: Jorge Mauricio Camacho, Yeison Favian Ballesteros, Juan José Murillo
Docente asesor: BLANCA GREGORIA MELO MELO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Día/mes/año: ____/____/____ Adulto Mayor: _____ Estudiante de enfermería:

Este documento explica en qué consiste este estudio de investigación. Es importante que usted lea cuidadosamente la información y que luego decida si desea participar, si acepta es de forma voluntaria.

PROPOSITO:

Es establecer la relación entre la autoeficacia y adherencia al régimen terapéutico de los adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio.

DURACIÓN:

La presente investigación tiene una duración de tres meses. El tiempo empleado para la realización de la valoración es de aproximadamente entre 30 minutos. Los resultados del estudio se reportarán a finales del segundo semestre del 2018.

PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como sujeto en este estudio incluyen:

- Participación activa respondiendo libre y voluntariamente en la valoración física y mental realizada por los estudiantes de sexto semestre de enfermería.
- Registro de la medición de los decibeles del tono de la voz durante la valoración.
- Participación voluntaria en el desarrollo del mini mental.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

- Se prevé riesgo mínimo a nivel físico porque se empleará el registro de datos que no representa riesgo alguno para la salud física (Resolución 8430 de 1993. Minsalud). La información por Usted dada será manejada confidencialmente.

BENEFICIOS:

Los beneficios para usted por su participación en el estudio son:

- Reconocimiento y retroalimentación en los ajustes a los planes de estudio de los diferentes programas concernientes a la investigación.
- Contribución para una atención holística.

CONFIDENCIALIDAD:

Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de este estudio sean confidenciales. Copias de los documentos de este estudio serán conservados en el archivo del investigador. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados o presentados en reuniones sin revelar su nombre o identidad. Se protegerán sus derechos y privacidad; no obstante, los investigadores asociados con esta investigación tendrán acceso a los documentos e información relacionados con este estudio, (Ley 2266 de 2008. Hábeas Data).

PARTICIPACION VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es absolutamente voluntaria, por lo tanto, no habrá ningún tipo de remuneración económica o compensación por su participación. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee después de haber ingresado. La entrevista la realizarán los investigadores asegurando libertad y confianza para expresar inquietudes.

Su firma confirma que ha leído y comprendido este documento. En caso de participar, recibirá una copia firmada de este consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y discutir con los investigadores su participación.

- Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente y en constancia firma el presente documento:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUJETO VOLUNTARIO Día/mes/año: ____/____/____

FIRMA DEL INVESTIGADOR Día/mes/año: ____/____/____

ANEXO B . AUTORIZACION USO DE LA FICHA DE CARACTERIZACION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRONICA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÓNICO

Bogotá, D.C. 15 de junio de 2018.

Estudiantes de enfermería:

YEISON FAVIAN BALLESTEROS CONDE
JORGE MAURICIO CAMACHO SANTOS
JUAN JOSÉ MURILLO CALDERÓN

Estudiantes de enfermería XI,
Universidad de Cundinamarca
Seccional Girardot.

Asunto: Permiso para el uso de la ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica.

Reciban un cordial saludo. Como líder de investigación "cuidado de enfermería al paciente crónico" de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia me permito autorizar el uso de la ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GICPC-UN-P. con el fin de usarla en la investigación titulada "la relación entre la autoeficacia y adherencia al régimen terapéutico de los adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio."

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

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

LORENA CHAPARRO DIAZ
Líder Grupo de Investigación.

ANEXO C. FICHA DE CARACTERIZACION DE PERSONA CON ENFERMEDAD CRONICA

FICHA TÉCNICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Institución en la que se diligencia esta ficha: _____

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL PACIENTE Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1.1 Valoración del paciente
-PULSES total: 6-8 9-11 12-24

-Test SPMSQ (N. errores)
0-2 3-4 5-7 8-10

1.2 Diagnósticos médicos _____

1.3 Género
 Masculino Femenino

1.4 Edad _____ años

1.5 Grado Máximo de escolaridad _____

1.6 Departamento de Procedencia _____

1.7 Lugar de Residencia:
_____ Rural Urbano

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

1.9 Ocupación
 Hogar
 Empleado (a)
 Trabajo Independiente
 Estudiante
 Otros

1.10 Estrato socioeconómico
1 2 3 4 5 6

1.11 Tiempo que lleva con enfermedad crónica _____

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

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

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

Muy Alta Alta Moderada Baja

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

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

3. MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3.1 Autovaloración en el uso de las TIC's

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

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

Nombre de la persona que diligencia el Instrumento:

Teléfono: _____

ANEXO D. AUTORIZACIÓN DE LA AUTORA PARA USO DEL INSTRUMENTO "CONDUCTA TERAPÉUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN" 1609



Bucaramanga 20 de junio de 2018.

Estudiantes:

YEISON FAVIAN BALLESTEROS CONDE
JORGE MAURICIO CAMACHO SANTOS
JUAN JOSÉ MURILLO CALDERÓN
Enfermería Profesional XI Semestre.
Universidad de Cundinamarca

Asunto: Permiso para el uso del instrumento conducta Terapéutica: "Enfermedad o Lesión"1609.

Queridos Estudiantes reciban un cordial saludo. Como autora del instrumento "conducta Terapéutica: "enfermedad o lesión"1609" me permito autorizar el uso del mismo en la investigación titulada "la relación entre la autoeficacia y adherencia al régimen terapéutico de los adultos mayores diabéticos e hipertensos del hogar del anciano desamparado san Antonio."

Es importante esclarecer que, durante el proceso investigativo, deben dar los créditos necesarios, según la normativa de propiedad intelectual a la autora: "Sandra Lucrecia Romero Guevara Docente Asistente Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Industrial de Santander sede Bucaramanga." y finalmente dar a conocer los resultados de dicha investigación.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sandra', is positioned above the printed name.

Sandra Lucrecia Romero Guevara

Líder Grupo de Investigación

Anexo: Instrumento y validación.

Contactos: salunome12@uis.edu.co

**ANEXO E. MODELO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
"CONDUCTA TERAPÉUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN" 1609**

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

5d Asiste a cita o control cuando los valores de la tensión arterial o glicemia (azúcar) se encuentran alterados		
5e Asiste a cita o control cuando requiere mostrar resultados de laboratorio		
160908 supervisa los efectos terapéuticos		
6. Además de los controles realizados por el equipo de salud, usted:	SI	NO
6a Tiene facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro		
6b Realiza con frecuencia tomas de la presión arterial y/o glucometría.		

6c Lleva un registro en casa de los valores obtenidos de la presión arterial y/o glucometría (fecha, hora y valores).		
6d Se ha pesado en el último mes?		

160911 supervisa los cambios en el estado de enfermedad

	SI	NO		SI	NO
7. Reconoce cuales son los síntomas cuando se le sube la presión arterial en la sangre? ¿Cuáles?			7. Reconoce cuales son los síntomas cuando se le sube el azúcar en la sangre? ¿Cuáles?		
7a Alteraciones visuales (visión borrosa, ver luces, ver manchas oscuras)			7ai Sed intensa		
7b Calor			7bi Boca seca		
7c Dolor de cabeza			7ci Necesidad de orinar en bastante cantidad		
7d Palpitaciones			7di Debilidad/cansancio		
7e Sangrado nasal			7ei Alteraciones visuales		
7f Sentir un pito o zumbido en el oído			7fi Mareo (borrachera)		
7g Sudoración			7gi Confusión/Incoherencia (atontado, embotado)		
7h					

160909 supervisa los efectos secundarios del tratamiento

	SI	NO		SI	NO
8. ¿Usted reconoce cuales son las molestias causadas por el tratamiento para el control de la presión arterial? Menciónelas:			8. ¿Usted reconoce cuales son las molestias causadas por el tratamiento para el control de la diabetes (azúcar)? Menciónelas:		
8a Baja tensión			8ai Cefalea		
8b Boca seca			8bi Palpitaciones		
8c Depresión (tristeza)			8ci Sudoración		
8d Edema/hinchazón			8di Palidez		
8e Estreñimiento			8ei Alteraciones visuales		
8f Impotencia sexual			8fi Ganas de vomitar y/o vómito.		
8g Irritación gástrica (ardor)			8gi Mareo		
8h Mareo			8hi Temblor		
8i Tos			8ii Sensación de hambre (agonía)		

8J Aumento de la diuresis			8ji Hormiguelo/entumecimiento (adormecimiento de		
9. Reconoce las complicaciones de ser diabético y/o hipertenso, de cuales síntomas está usted pendiente?				SI	NO
9a Cambio brusco de la agudeza visual					
9b Dolor agudo de los ojos					
9c Hinchazón de los párpados en horas de la mañana					
9d Disminución del volumen urinario					
9e Cansancio fácil					
9f Disminución de pulsos					
9g Pérdida de sensibilidad (hormiguelo)					
9h Úlceras					
9i Dolor en las piernas durante la marcha					
9j Taquicardia					

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

ANEXO F. AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA EL USO DE LA "ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL"



Freie Universität Berlin, Bereich Arbeitspsychologie / P 15,
Fakultätsweg 15a-15, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
- Gesundheitspsychologie -
Professor Dr. Ralf Schwarzer
Helmholtzstr. 15a-15
14195 Berlin, Germany

Fax: +49 30 858 59034
health@zedat.fu-berlin.de
www.fu-berlin.de/gesund

Permission granted

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

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

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

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

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

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

Professor Dr. Ralf Schwarzer
www.ralfschwarzer.de

ANEXO G. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Autores: BAESSLER Y SCHWARZER

Lea con atención cada afirmación, y marque la opción de respuesta que refleje mejor como cree usted que se comportaría si tal situación sucediera, colocando una (x) en el espacio que considere. Por favor conteste con sinceridad, trabaje con rapidez y elija la respuesta que venga a su mente en primer lugar.

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

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

Instructivo

-) Se le pide a la persona que lea las afirmaciones acerca de cómo puede estar enfrentando algunas situaciones de la vida.
-) Debe leer detenidamente para que pueda emitir rápidamente una sola respuesta.

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

ANEXO H. ESCALA SPMSQ DE PFEIFFER (SHORT PORTABLE MENTAL STATE QUESTIONNAIRE)

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve, pero con una aceptable capacidad discriminativa

Escala SPMSQ de Pfeiffer	
PREGUNTA	ERRORES
Qué fecha es hoy (día, mes, año)	
Que día de la semana	
N.º teléfono o dirección	
Dónde estamos ahora	
Qué edad tiene	
Cuando nació (día, mes, año)	
Quien es el presidente del gobierno	
Quien era anterior presidente gobierno	
Cuál era 1º apellido de su madre	
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	
TOTAL	

INTERPRETACIÓN

Se adjudica un punto por cada error.

- Entre 0-2: se considera normal
- Entre 3-4: deterioro cognitivo leve
- Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.



**ANEXO. I INFORME ADMINISTRATIVO COSTOS DISTRIBUCIÓN Y COSTOS
POR ETAPA DEL RECURSO HUMANO**

ETAPA DE INVESTIGACIÓN	PERSONAL	TIEMPO DE DEDICACIÓN EN DÍAS POR SEMANAS	TIEMPO DEDICADO POR SEMESTRE	VALOR /HORA	VALOR TOTAL		TOTAL
					COSTO DIRECTO	COSTO INDIRECTO	
DISEÑO	INVESTIGADOR 1	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$198.000
	INVESTIGADOR 2	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$198.000
	INVESTIGADOR 3	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$198.000
	ASESOR METODOLÓGICO	2 h	32 h	\$ 9125		\$ 292.000	\$ 292.000
	EXPERTO	1 h	1 h	\$ 12.500		\$ 12.500	\$ 12.500
	ASESOR ESTADÍSTICO	2 h	2 h	\$ 20.000		\$ 40.000	\$ 40.000
	DIGITADOR	1 h	6 h	\$ 5.000	\$ 30.000		\$ 30.000
				SUBTOTAL			\$968.500
EJECUCIÓN	ASESOR DE ÁREA	2h	32h	\$ 12.500		\$ 400.000	\$ 400.000
	ASESOR METODOLÓGICO	2 h	32 h	\$ 9125		\$ 292.000	\$ 292.000
	INVESTIGADOR 1	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$198.000
	INVESTIGADOR 2	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$198.000
	INVESTIGADOR 3	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$198.000
					SUBTOTAL		
INFORME FINAL	ASESOR DE ÁREA	2h	32h	\$ 12.500		\$ 400.000	\$ 400.000
	INVESTIGADOR 1	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$ 198.720
	INVESTIGADOR 2	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$ 198.720
	INVESTIGADOR 3	6 h	96 h	\$ 2070	\$ 198.720		\$ 198.720
	ASESOR ESTADÍSTICO	2 h	2 h	\$ 20.000		\$ 40.000	\$ 40.000
	DIGITADOR	1 h	6 h	\$ 5.000	\$ 30.000		\$ 30.000
					SUBTOTAL		
	TOTAL						\$3.320.660

DISTRIBUCIÓN DE LOS COSTOS POR RECURSOS TÉCNICOS Y MATERIALES POR CADA ETAPA

Etapa	Material	Cantidad	V/L Unitario	V/L total
DISEÑO	Material fungible			
	Fotocopias	100	\$ 50	\$ 5.000
	Impresiones	60	\$ 100	\$ 6.000
	Lapiceros	20	\$ 600	\$ 12.000
	Corrector	4	\$ 2.500	\$ 10.000
	Lápiz	20	\$ 500	\$ 10.000
	Borrador	20	\$ 300	\$ 6.000
	Carpetas	20	\$ 400	\$ 8.000
	Resmas de papel	2	\$ 15.000	\$ 30.000
	Equipos:			
	Hora de computador	70	\$ 1.000	\$ 70.000
	Transporte y Viáticos			
	Otros			
	Llamadas	30	\$ 1.000	\$ 30.000
imprevistos	50	\$ 200	\$ 10.000	
		SUBTOTAL	\$ 197.000	
EJECUCION	Material fungible			
	Fotocopias	100	\$ 50	\$ 5.000
	Impresiones	60	\$ 100	\$ 6.000
	Lapiceros	20	\$ 600	\$ 12.000
	Corrector	4	\$ 2.500	\$ 10.000
	Lápiz	20	\$ 500	\$ 10.000
	Borrador	20	\$ 300	\$ 6.000
	Carpetas	20	\$ 400	\$ 8.000
	Resmas de papel	2	\$ 15.000	\$ 30.000
	Tabla de apoyo 4	\$ 2.500	\$ 10.000	\$10.000
	Equipos			
	Hora computador	100	\$ 1.000	\$ 100.000
	Otros			
	Taxi urbano	15	\$4.500	\$67.500
	refrigerios	30	\$ 1.500	\$45.000
	Llamadas	60	\$ 200	\$ 12.000
imprevistos		\$ 100.000	\$ 100.000	
		SUBTOTAL	\$ 421.000	

INFORME FINAL	Material fungible			
	Fotocopias	50	\$ 50	\$ 2.500
	Impresiones	300	\$ 100	\$ 30.000
	Hojas de papel	2	\$ 15.000	\$ 30.000
	encuademación	1	\$ 50.000	\$ 50.000
	Equipos:			
	Hora computador	100	\$ 1.000	\$ 242.500
			SUBTOTAL	\$302.000
			TOTAL	\$1.000.000
	Transportes/viáticos			
Otros				
			SUBTOTAL	

ANEXO J. CONSOLIDADO GENERAL DE COSTOS

RECURSOS/ETAPAS	RECURSO HUMANO	RECURSOS TÉCNICOS Y MATERIALES	TOTAL, POR ETAPA
DISEÑO	\$968.500	\$ 197.000	<u>\$ 1.165.500</u>
EJECUCIÓN	\$1.286.000	\$ 421.000	<u>\$ 1.707.000</u>
INFORME FINAL	\$ 1.066.160	\$1.000.000	<u>\$2.066.160</u>
TOTALES			<u>\$ 4.938.660</u>

ANEXO L. MODELO DE FOLLETO EDUCATIVO

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE TENER UNA ALTA ADHERENCIA TERAPÉUTICA?

El control diario de la diabetes y/o hipertensión arterial contribuirá a que su nivel de azúcar en la sangre o los valores de la presión arterial permanezcan dentro de los valores normales y de esta forma ayudará a disminuir la aparición de nuevas complicaciones de su enfermedad.

¿COMO HACERLO?

No solo es tomar el medicamento para la diabetes y/o la hipertensión todos los días.

Además usted debe:

- Seguir el plan de comidas.
- Realizar actividad física todos los días.
- Realizar control de la glucometría y/o la tensión arterial y registrarlos.
- Dormir mínimo 8 horas diarias.
- Evitar situaciones estresantes.
- Atienda las recomendaciones dadas por el equipo de salud.
- Asista a las citas de control programadas.

AUTOCUIDADO



!RECORDATORIOS!

No olvide tomarse los medicamentos según la orden médica.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORA

RECUERDE QUE SI ES DIABÉTICO O HIPERTENSO DEBE REALIZAR LOS SIGUIENTES CONTROLES

CONTROL PA	CONTROL DE GLUCOMETRÍA	CONTROL DEL PESO

RECUERDE SU PRÓXIMA CITA DE CONTROL

FECHA Y HORA	MEDICO	EXÁMENES

AUTOEFICACIA COMO HERRAMIENTA DE MOTIVACIÓN PARA LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS DIABÉTICAS E HIPERTENSAS



GRACIAS POR LEERME SOLO QUEREMOS APORTAR A SU BIENESTAR.

¿QUE ES LA AUTOEFICACIA?

“LAS CREENCIAS QUE UNA PERSONA DEBE SABER SOBRE SUS PROPIAS CAPACIDADES PARA ORGANIZAR Y EJECUTAR ACCIONES REQUERIDAS PARA PRODUCIR LOS RESULTADOS DESEADOS”.



¿QUE ES LA ADHERENCIA TERAPEUTICA?

SEGUN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD ES EL GRADO EN QUE EL COMPORTAMIENTO DE UNA PERSONA AL TOMAR LOS MEDICAMENTOS, SEGUIR UN REGIMEN DE ALIMENTOS Y EJECUTAR CAMBIOS DEL MODO DE VIDA QUE CORRESPONDEN A LAS RECOMENDACIONES DADAS POR EL EQUIPO MEDICO.



¿QUE ES LA DIABETES?

Es una enfermedad prolongada (crónica) en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.

SIGNOS DE ALARMA:

- Sensación de debilidad o aturdimiento.
- Temblores, mareos o desmayos.
- Sudoración excesiva
- Dolor de cabeza o mareos.
- Falta de concentración/comportamiento extraño.
- sensación de irritabilidad.
- Hambre.
- Entumecimiento en labios y dedos de las manos

¿QUE ES LA HIPERTENSION?

la hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo.

SIGNOS DE ALARMA :

- Escuchar pitidos
- Ver luces
- Dolor de Cabeza.
- Sangrado nasal.
- Mareos
- Palpitaciones
- Alteraciones de la vision

Consultar de manera inmediata a los servicios medicos.



CONSEJOS PARA ELEVAR LA AUTOEFICACIA

1. Elimina el "No soy capaz" – Elimina de tu repertorio verbal esta frase, cada vez que te la repites confirmas tu inseguridad y las consecuencias psicológicas son tan contraproducentes como cuando te lo dicen otras personas. Ya es hora de que empiece: si me lo propongo "soy capaz".

2. No seas pesimista – Las personas con baja autoeficacia anticipan el futuro negativamente, las profecías negativas suelen convertirse en realidad, porque nosotros mismos nos encargamos de que se cumplan.

3. No seas fatalista – Eres el arquitecto de tu futuro, construyes tu destino. Por lo tanto tienes el poder de modificar muchas cosas. El pasado ya pasó y si cambias en el aquí y en el ahora, estarás contribuyendo de manera significativa a tu destino.

4. Trata de ser realista – Sé objetivo con tus éxitos y tus fracasos. Responsabilízate con lo que realmente has tenido que ver. Acepta tus éxitos; sería injusto desconocer tus logros. Pero también acepta tu cuota de responsabilidad en los fracasos.

5. No recuerdes lo malo – La visión negativa de uno mismo se alimenta principalmente de los recuerdos. Durante algunos momentos al día intenta activar tu memoria positiva. Escribe y anota los éxitos pasados. Trata de mantenerlos activos y presentes. Aprende a revivir el pasado en sus aspectos agradables y disfrutar del recuerdo positivo.