



***Autocuidados, Adherencia y Resiliencia en
pacientes diagnosticados de Diabetes
Mellitus***

Memoria del Trabajo Final de Máster
Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería
Universitat Jaume I
Curso académico 2019-2020.

Presentada por Claudia Rodríguez Hernández
Realizado bajo la tutela Eladio Joaquín Collado Boira.

MÁSTER UNIVERSITARIO EN CIENCIAS DE
LA ENFERMERÍA

**Solicitud de defensa del Trabajo
Fin de Máster**

Curso 2018-2019

(El presente documento es entregado 15 DÍAS ANTES de la defensa junto con el trabajo por parte del alumno/a)

Yo, D./ Eladio Joaquín Collado Boira, profesor tutor de Dña Claudia Rodríguez Hernández

HAGO CONSTAR QUE:

- El TFM presentado por escrito cumple los requisitos para ser defendido de manera oral.
- El/la estudiante cumple los requisitos para la defensa oral y pública del mismo.



En Castellón, a 06 .de Junio. De 2018



BIBLIOTECA
REPOSITORI INSTITUCIONAL

Autorització per a la difusió en accés obert del treball de final de grau o de final de màster

Autorización para la difusión en acceso abierto del trabajo de final de grado o de final de máster

A. Treball de final de grau o de final de màster / Trabajo de final de grado o de final de máster

Grau/Màster (denominació oficial) / Grado/Máster (denominación oficial)
Màster Universitari en Ciències de la Enfermeria (Plan de 2013)

Autor o autora / Autor o autora
Claudia Rodríguez Hernández

DNI / DNI
44736672Q

Títol / Título

Autocuidados, Adherencia y Resiliencia en pacientes Diagnosticados de Diabetes Mellitus

B. Vistiplau del tutor o tutora / Visto bueno del tutor o tutora

Nom i cognoms / Nombre y apellidos
Eladio Joaquín Collado Boira

- Done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI Doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo desde el Repositorio UJI
- No done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI No doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo desde el Repositorio UJI
- (Firma / Firma)

C. Vistiplau del supervisor o supervisora / Visto bueno del supervisor o supervisora

Nom i cognoms / Nombre y apellidos
Centre o empresa / Centro o empresa

- Done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI Doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI
- No done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI No doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI
- (Firma / Firma)



BIBLIOTECA
REPOSITORI INSTITUCIONAL

Autorització per a la difusió en accés obert del treball de final de grau o de final de màster

Autorización para la difusión en acceso abierto del trabajo de final de grado o de final de máster

D. Autorització i declaració de l'autor o autora / Autorización y declaración del autor o autora

Com a autor o autora del treball indicat / Como autor o autora del trabajo indicado
Declare / Declaro

1. El document indicat és un treball original elaborat per mi i no infringeix els drets d'autoria d'una altra persona o entitat.
2. El material amb drets de tercers està clarament identificat i reconegut en el contingut del document lliurat.
3. Autoritzo la Universitat Jaume I a conservar més d'una còpia d'aquest document i, sense alterar-ne el contingut, a transformar-lo en altres formats, suports o mitjans per a garantir-ne la seguretat, preservació i accés.
4. Aquesta autorització implica que la Universitat Jaume I ha d'identificar clarament el meu nom com a autor o autora o propietari o propietària dels drets d'explotació d'aquest treball i no ha de fer cap alteració del seu contingut diferent de les permeses en aquest document.
5. Autoritzo a reproduir, comunicar i distribuir aquest document mundialment en format electrònic amb caràcter no exclusiu en el Repositori UJI sota la llicència Creative Commons:
 - CC-BY-SA «Reconeixement-Compartir igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública, la realització d'obres derivades i l'ús comercial sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent.
 - CC-BY-NC-SA «Reconeixement-No comercial-Compartir igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública i la realització d'obres derivades sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent, però no és permès fer-ne un ús comercial.
 - CC-BY-NC-ND «Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades». És permesa la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n cite l'autoria, però no és permesa la realització d'obres derivades ni el seu ús comercial.

No autoritzo la difusió en accés obert d'aquest treball en el Repositori UJI.

(Firma / Firma)

Barcelona

, 06 de Junio

de 20 19

1. El documento indicado es un trabajo original elaborado por mí y no infringe los derechos de autoría de otra persona o entidad.
2. El material con derechos de terceros está claramente identificado y reconocido en el contenido del documento entregado.
3. Autorizo a la Universitat Jaume I a conservar más de una copia de este documento y, sin alterar su contenido, a transformarlo en otros formatos, soportes o medios para garantizar su seguridad, preservación y acceso.
4. Esta autorización implica que la Universitat Jaume I deberá identificar claramente mi nombre como autor o autora o propietario o propietaria de los derechos de explotación de este trabajo y no deberá realizar ninguna alteración de su contenido diferente de las permitidas en este documento.
5. Autorizo a reproducir, comunicar y distribuir este documento mundialmente en formato electrónico con carácter no exclusivo en el Repositorio UJI bajo la licencia Creative Commons:
 - CC-BY-SA «Reconocimiento-Compartir igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública, la realización de obras derivadas y el uso comercial siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente.
 - CC-BY-NC-SA «Reconocimiento-No comercial-Compartir igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública y la realización de obras derivadas siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente, pero no se permite hacer un uso comercial.
 - CC-BY-NC-ND «Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas». Se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública siempre que se cite la autoría, pero no se permite la realización de obras derivadas ni su uso comercial.

No autorizo la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI.

Acta del Tribunal de Evaluación del TFM.

(A rellenar por el tribunal el día de la defensa)

Título del proyecto
Estudiante <ul style="list-style-type: none">• Nombre y apellidos:
Tutor Proyecto <ul style="list-style-type: none">• Nombre y apellidos:• Categoría profesional:• Departamento:
Tribunal de evaluación <ul style="list-style-type: none">• Presidente:• Secretario/a:• Vocal:
Calificación del TFM: _____
Fecha de la exposición y defensa y firma de los miembros del tribunal
Presidente Secretario Vocal

EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN/DEFENSA

Evaluador/a:

Título del trabajo:

Alumno/a:

CRITERIO	VALOR	COMENTARIOS
La presentación se puede ver correctamente		
La presentación se puede leer correctamente		
La información es adecuada		
El contenido se ajusta al tema propuesto		
La secuencia expositiva es adecuada		
Dinamismo en la exposición		
El tiempo de exposición es el previsto (15')		
PUNTUACIÓN TOTAL		

OBSERVACIONES:

EVALUACIÓN DE CONTENIDO

Evaluador/a: _____

Título del trabajo: _____

Alumna/o: _____

	CRITERIO	VALOR 0 Ausente / Muy deficitario	VALOR 1	VALOR 2	VALOR 3	VALOR 4 Muy Satisfactorio
1	Resumen	0	1	2		
2	Índice	0	1			
3	Enunciado e importancia del problema	0	1	2		
4	Marco teórico o conceptual	0	1	2	3	4
5	Descripción precisa del contexto socio sanitario	0	1	2	3	4
6	Hipótesis y/o preguntas de la investigación	0	1	2	3	4
7	Limitaciones	0	1			
8	Revisión de la literatura	0	1	2	3	4
9	Tipo de estudio y diseño	0	1	2	3	4
10	Creatividad / Novedad	0	1	2		
11	Población estudio definida	0	1	2	3	
12	Material o instrumentos	0	1	2	3	4
13	Procedimiento análisis datos	0	1	2	3	4
14	Resultados	0	1	2	3	4
15	Discusión	0	1	2	3	4
16	Conclusiones	0	1	2	3	4
17	Referencias en el texto	0	1	2		
18	Bibliografía según normativa	0	1	2	3	4
19	Perspectiva enfermera	0	1	2	3	4
20	Aplicabilidad	0	1	2		
PUNTUACIÓN TOTAL (Máx. 63) x 0,159						

Índice

<u>1</u>	<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>3</u>
<u>2</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>7</u>
2.1	OBJETIVO GENERAL	7
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	7
<u>3</u>	<u>HIPÓTESIS</u>	<u>8</u>
3.1	HIPÓTESIS 0	8
3.2	HIPÓTESIS 1	8
3.3	HIPÓTESIS 2	8
3.4	HIPÓTESIS 3	8
3.5	HIPÓTESIS 4	8
<u>4</u>	<u>METODOLOGÍA</u>	<u>9</u>
4.1	DISEÑO	9
4.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO	9
4.2.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	9
4.2.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO:	9
4.3	INSTRUMENTOS:	10
4.3.1	VARIABLES DE AUTOCUIDADOS	10
4.3.2	VARIABLE DE ADHERENCIA	10
4.3.3	VARIABLE DE RESILIENCIA	10
<u>5</u>	<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	<u>13</u>
<u>6</u>	<u>ANÁLISIS DE LOS DATOS</u>	<u>14</u>
<u>7</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>15</u>
<u>8</u>	<u>DICUSIÓN</u>	<u>23</u>
<u>9</u>	<u>CONCLUSIONES</u>	<u>25</u>
<u>10</u>	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>26</u>
<u>11</u>	<u>ANEXOS</u>	<u>32</u>

Índice de Figuras

ILUSTRACIÓN 1: PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES	15
ILUSTRACIÓN 2: PORCENTAJE DE GRUPO DE EDADES	16
ILUSTRACIÓN 3: PORCENTAJE DEL TIPO DE TRATAMIENTO	16
ILUSTRACIÓN 4: PORCENTAJE DE EVENTOS DE HIPOGLUCEMIAS	17

Índice de Tablas

TABLA 1 DESCRIPTORES DECS Y MESH	11
TABLA 2 CRONOGRAMA DEL ESTUDIO	12
TABLA 3 ANÁLISIS DE FIABILIDAD (ALFA DE CRONBACH)	17
TABLA 4 TEST DE KOLGOMOROV SMIRNOV	18
TABLA 5 ANÁLISIS INFERENCIAL SEGÚN EL SEXO	19
TABLA 6 ANÁLISIS INFERENCIAL SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO	19
TABLA 7 ANÁLISIS INFERENCIAL SEGÚN EVENTO DE HIPOGLUCEMIAS	20
TABLA 8 ANÁLISIS ANOVA PARA LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD	20
TABLA 9 PRUEBA DE BONFERRONI	21
TABLA 10 CORRELACIONES	22

Índice de Anexos

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	32
ANEXO 2 CUESTIONARIO DSMQ	34
ANEXO 3 CUESTIONARIO SCI-R.ES	39
ANEXO 4 CUESTIONARIO CD-RISC	40

TABLA DE ACRÓNIMOS:

Acrónimo	Palabra
AADE	Asociación americana de Educadores en diabetes
ADos	Antidiabéticos orales
AP	Atención Primaria
CD-RISC	The Connor–Davidson Resilience Scale
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DSMQ	The Diabetes Self-Management Questionnaire
EE.UU	Estados Unidos
HbA1c	Hemoglobina Glicosilada
OMS	Organización Mundial de la Salud
SCI-R	The Connor–Davidson Resilience Scale
CCAA	Comunidades autónomas

RESUMEN.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue determinar para la población de estudio, diagnosticada de DM, el nivel de Autocuidados adquiridos tras el diagnóstico. La adherencia que poseen frente al autocuidado, la resiliencia que han manifestado ante la enfermedad y las diferentes variables clínicas y sociodemográficas que están relacionadas con ellas.

Metodología: Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal metacéntrico con pacientes diagnosticados de diabetes mellitus, que han sido reclutados en los servicios de atención primaria.

Resultados: Se ha obtenido como resultados, que no hay diferencias significativas entre los dos sexos en cuanto a la adherencia y resiliencia. Sin embargo, se pueden encontrar diferencias significativas entre los distintos tratamientos (insulina/ADos), pues las personas que tienen prescrito como tratamiento la insulina y son menores de 65 años, llevan a cabo un mayor nivel de autocuidados, una destacada adherencia al tratamiento y un mejor manejo de la glucosa que aquellas que sólo consumen ADos.

Conclusión: En general, el nivel de autocuidado y adherencia de las personas con diabetes en canarias es pobre, y mejora cuanto más intensificado es el tratamiento. Sin embargo, han mostrado un nivel medio de resiliencia.

Palabras clave: Diabetes tipo 2; Diabetes tipo1; Resiliencia; Calidad de vida; Adherencia; Autocuidado

ABSTRACT

Objectives: The main objective of this study was to determine for the study population, diagnosed with DM, the level of self-care acquired after the diagnosis. The adherence they have to the self-care and resilience that they have shown before the disease.

Methodology: For this purpose, a cross-sectional descriptive metacentric study was carried out with patients diagnosed with diabetes mellitus, who have been recruited in the primary care services.

Results: It has been obtained as results, that there are no significant differences between the two sexes in terms of adherence and resilience. However, significant differences can be found between the different treatments (insulin / ADos), since people who have prescribed insulin as treatment and are under 65 years of age, carry out a higher level of self-care, outstanding adherence to treatment and a better glucose management than those who only consume ADos.

Conclusion: In general, the level of self-care and adherence of people with diabetes in the Canary Islands is poor, and the more intensified the treatment, the better. However, they have shown a medium level of resilience.

Keywords: Diabetes Mellitus, Type 2; Diabetes Mellitus, Type 1; Resilience; Quality of life; Adherence; self-care

1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Diabetes Mellitus (DM) es un proceso crónico, un síndrome que engloba un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina(1). La diabetes constituye un problema personal y de salud pública de enormes proporciones, siendo una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en la mayoría de los países desarrollados, y es motivo de un importante deterioro en la calidad de vida de las personas afectadas.

Podemos encontrar a priori tres tipos de diabetes:

- Diabetes Tipo 1 (DM1)(2): En la DM1, el páncreas no produce insulina acusa de un proceso mayoritariamente auto inmunitario que destruye las células productoras de insulina (beta-Pancreáticas). La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa penetre en las células para suministrarles energía. Sin la insulina, hay un exceso de glucosa que permanece en la sangre
- Diabetes Tipo 2 (DM2)(3): La DM 2 es el tipo más común de diabetes. El cuerpo en este caso no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina(resistencia a la insulina). La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía
- Diabetes Gestacional(4,5): Durante el embarazo, generalmente alrededor de la 24ª semana, muchas mujeres padecen diabetes gestacional. Lo que significa que el páncreas no secreta la suficiente insulina como para cubrir los requerimientos que el cuerpo necesita, esto no quiere decir que antes o después del embarazo haya tenido o vaya a tener diabetes.

En la actualidad, el tratamiento para la diabetes consiste en: Medidas farmacológicas (Insulinas y Antidiabéticos orales (ADos)); No farmacológicas (alimentación y actividad física); Autocontrol de la glucosa sanguínea y cetonas; Revisiones periódicas a nivel ocular y podológicos y Asistencia frecuente para el seguimiento médico y enfermero.

El autocuidado(6–8) engloba todas aquellas actividades de evaluación y de toma de decisiones relacionadas con la salud en el contexto social normal de la vida cotidiana. Este conjunto de actividades(9) son un medio por el cual las personas asumen una mayor responsabilidad en su propia salud, basada en la comprensión global de su significado, en su fomento y en las medidas que hay que adoptar cuando se pierde.

Al considerar que las personas con diabetes mellitus presentan una condición crónica de salud, que exige cuidados permanentes para lograr mantener su calidad de vida

(10,11) y control metabólico, se percibe la necesidad de desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad, que se encuentran bien descritas por la Organización Mundial de Salud (OMS) y suponen una herramienta que hace a la persona con DM protagonista de su tratamiento, permitiendo mayor adhesión al esquema terapéutico y, así, prevenir de las complicaciones originadas por ese problema crónico(12,13).

La Asociación Americana de Educadores en diabetes (AADE)(14), hace referencia a siete conductas de cuidado personal que han de llevar a cabo los pacientes diagnosticados de diabetes para lograr un buen control glucémico óptimo.

1. Alimentación saludable
2. Actividad física
3. Control glucémico
4. Cumplimiento del régimen farmacológico prescrito
5. Tener habilidades para resolver problemas
6. Tener habilidades de afrontamiento de la salud
7. Llevar a cabo conductas de reducción de riesgos

La mayoría de los cuestionarios que se tienen a nuestra disposición para medir el autocuidado, no tienen en cuenta un factor muy importante, como es su correlación con la hemoglobina glicosilada (HbA1c) (la media de la glucosa en los últimos tres meses). Sin embargo, el cuestionario: The Diabetes Self-Management Questionnaire(15): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control (DSMQ) nos proporciona la relación entre una afección afectiva (emociones como la depresión y angustia emocional) y la HbA1c a través del autocuidado(16,17).

Se ha demostrado que uno de los pilares que sostiene las prácticas continuas de autocuidados, es la adherencia(18–20). Esta es definida por la OMS (basándose en la definición propuesta por el investigador Haynes en 1976)(21), como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

La cuestión es que un paciente crónico puede ser adherente a un comportamiento específico, o quizás a más de uno, pero esto puede no ser suficiente para lograr un buen control de la enfermedad(22), ya que la cronicidad, suele ser más prevalente en personas de avanzada edad (aunque cada vez más, se diagnostican en personas jóvenes) y estas pueden padecer otras comorbilidades(23,24). De hecho, una revisión(25) que valoró la

falta de adherencia para ADoS, antihipertensivos e hipolipemiantes, encontró cifras de 42 %, 36 % y 49 %, respectivamente. Por otro lado, Un estudio(26) que analizó las tres etapas de la adherencia (inicio, implementación o cumplimiento e interrupción o falta de persistencia) halló que alrededor de un 22 % de las personas que deberían estar tratadas con ADoS, no siguen el tratamiento en un plazo de 5 años.

Además, cabe destacar que, en nuestro entorno, en Atención Primaria (AP)(27), se dejan de retirar de la farmacia el 36,1 %, de ADoS prescritos.

En la actualidad, contamos con algunas herramientas para medir dicha adherencia en pacientes con DM1 y DM2, como puede ser el cuestionario validado al Castellano y Catalán Diabetes Self-Care Inventory-Revised Version (SCI-R)(28).

Dicho cuestionario se adaptó del inventario de autocuidado original que fue desarrollado por la Greca(29) para pacientes pediátricos y actualizado y validado para adultos con DM1 y DM2 por Weinger et al(30). El SCI-R se evaluó recientemente en el Reino Unido en adultos con DM2 utilizando datos del estudio At. Lantus(31). Y una característica a tener en cuenta, es que no supone que cada paciente tenga el mismo régimen terapéutico, y permite cierta flexibilidad en el tratamiento.

Hay que tener en cuenta que la adherencia es un proceso dinámico que ha de evaluarse continuamente(32). De hecho, uno de los puntos débiles de este cuestionario es la capacidad de respuesta al cambio, pues sólo demostró una buena capacidad en pacientes con diabetes tipo 1 un año después del inicio de la enfermedad.

Por ello, creemos oportuno añadir un nuevo concepto denominado Resiliencia(33). Hasta ahora, todos los estudios referentes al autocuidado solo han medido este concepto unido a la de adherencia, pero no han reflejado también la capacidad humana que permite a las personas, a pesar de atravesar situaciones adversas, lograr salir no solamente a salvo, sino transformados por la experiencia.

Pensando en términos dinámicos, se puede decir que Resiliencia(34) es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas. Además, hay que resaltar que autores como Cyrulnik(35), ven este concepto como algo adquirido, que varía conforme va desarrollándose la existencia del individuo e implica un proyecto de vida que se precisa individualmente para seguir adelante.

En un estudio longitudinal(36) llevado a cabo en Estados Unidos(EE.UU.) con 111 pacientes con DM, entre 18 a 75 años de edad. Se encontró que la resiliencia y el estrés relacionado con la diabetes y su interacción predecían en un año la salud física a través de la HbA1c. Se identificaron primero las personas con bajos o moderadas niveles de

resiliencia, estas mostraron fuertes asociaciones entre el aumento del estrés y el empeoramiento de la HbA1c en el tiempo, a diferencia de quienes presentaron alta resiliencia. Concluyendo que los recursos de resiliencia como el optimismo, autoestima, autoeficacia y autocontrol pueden ser predictores y protectores de la HbA1c y además, ayudan a los comportamientos de auto-cuidado frente a los niveles crecientes de estrés. Por lo que las personas con enfermedades crónicas podrán ir modelando su autocuidado y adherencia a la enfermedad, a través del trabajo de su resiliencia, y con ello lograr una mejor respuesta al cambio, ya que, por ejemplo, la DM2 tienen una progresión que conlleva una intensificación del tratamiento(37) y por lo tanto más medidas de autocuidados a tener en cuenta con el tiempo, a las que los pacientes deberán ser adherentes si quieren lograr y mantener un buen control glucémico óptimo.

Una de las herramientas que se tienen al alcance para medir la resiliencia de las personas es la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)(38), que ha demostrado que tanto su consistencia interna, como su estructura factorial y su estabilidad temporal son altamente significativas.

Todos estos hechos condicionan lo exigente de nuestros objetivos.

2 **OBJETIVOS**

2.1 Objetivo general

Determinar para la población de estudio, diagnosticada de DM, el nivel de Autocuidados adquiridos tras el diagnóstico. La adherencia que poseen frente al autocuidado y la resiliencia que han manifestado ante la enfermedad.

2.2 Objetivos específicos:

1. Conocer el nivel de autocuidados que llevan a cabo las personas con DM
2. Indagar sobre la relación entre diferentes variables clínicas y el autocuidado, adherencia y resiliencia.
3. Identificar si existe una correlación entre el autocuidado y adherencia de las personas diagnosticadas de DM.
4. Conocer si hay una correlación entre resiliencia y adherencia en diagnosticada de DM.

3 HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis 0

En general, la población estudiada tiene un nivel bajo de autocuidados, debido al enfoque terapéutico que están siguiendo equipos interdisciplinarios, ya que estos no son capaces de abarcar todas las áreas necesarias que hay que cubrir frente a una enfermedad crónica, centrándose mayoritariamente en conceptos meramente técnicos y dejando de trabajar en herramientas para fomentar la adherencia a través de la resiliencia.

3.2 Hipótesis 1

Las personas diagnosticadas de DM1 y DM2 llevan a cabo prácticas deficientes de autocuidados.

3.3 Hipótesis 2

Existe una relación entre distintas variables clínicas y sociodemográficas sobre el autocuidado, adherencia y resiliencia.

3.4 Hipótesis 3

Existe una correlación positiva entre el autocuidado y adherencia, de modo que a mayor nivel de autocuidados, mayor adherencia al tratamiento y viceversa.

3.5 Hipótesis 4

Existe una correlación positiva entre resiliencia y adherencia de las diagnosticada de DM.

4 METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal metacéntrico con pacientes diagnosticados de DM, que han sido reclutados en los servicios de AP.

Se ha elegido este tipo de estudio ya que mide a la vez la prevalencia de la exposición y el efecto de las variables que queremos medir en una muestra poblacional en un solo momento temporal (Canarias); permitiéndonos estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado.

4.2 Población de estudio

4.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con un diagnóstico médico de DM.
- Pacientes que residan la isla de Gran Canaria en el periodo de estudio.
- Pacientes que autoricen mediante la firma del consentimiento informado participar voluntariamente en el estudio. (anexo I)

4.2.2 Criterios de exclusión del estudio:

- Conocimiento insuficiente del castellano.
- Deficiente capacidad cognitiva. En caso de sospecha de déficit cognitivo por parte del investigador, se pasará el test Minimental Status Exam (Folstein) como base objetiva para poder excluir al individuo de la muestra.

La obtención de la muestra de pacientes fue no aleatoria, por conveniencia y de participación voluntaria ya que, aun siendo la más débil que hay, dada la dificultad para acceder a ella siendo tan específica, así lo requirió. Con lo que se determinó un tamaño muestral de 50 sujetos, tomando como referencia otros estudios realizados con pacientes crónicos y con un diseño similar(39,40)

Este proceso se realizó mediante derivación de los pacientes por parte de los profesionales de enfermería y medicina responsables de las consultas de AP del centro de salud de Canalejas.

En primer lugar, se solicitó la firma de adhesión al estudio en la primera visita, así como la posibilidad de abandonar el mismo en cualquier momento sin dar ninguna explicación al respecto.

El lugar y fecha de la entrevista semiestructurada fue consensuada con el paciente a conveniencia y comodidad del mismo.

4.3 Instrumentos:

4.3.1 Variables de autocuidados

- Cuestionario The Diabetes Self-Management Questionnaire (anexo II)

Instrumento de 16 ítems para evaluar las actividades de autocuidado asociadas con el control glucémico, basado en consideraciones teóricas y un proceso de mejoras empíricas. Cuatro subescalas: Manejo de la glucosa, el control de la dieta, actividad física y autocuidados realizados

4.3.2 Variable de Adherencia

- Self-Care Inventory Revised (anexo III)

Instrumento que evalúa la adherencia a los hábitos recomendados en pacientes con DM. Se compone de 15 ítems y es auto administrado por el paciente. Valora la adherencia a diversos comportamientos de autocuidado: dieta (4 ítems), determinación de glucosa (2 ítems), administración de medicamentos (3 ítems), ejercicio (1 ítem), hipoglucemias (2 ítems), aspectos preventivos / rutinarios de cuidado (3 ítems)

Los encuestados califican su propio auto-cuidado en una escala Likert de 5 puntos para reflejar el cumplimiento de las recomendaciones durante el último mes (la puntuación abarca desde "nunca" (puntuado como 1) hasta "siempre" (puntuado como 5). La puntuación final osciló entre 15 y 75 puntos (a mayor puntuación más adherencia).

4.3.3 Variable de Resiliencia

- The Connor–Davidson Resilience Scale (anexo IV)

Instrumento que está compuesto por 25 ítems en una escala tipo Likert, donde puntuaciones más altas indican mayor resiliencia. Ha sido utilizado en población general y ámbito clínico, actualmente se cuenta con una versión en lengua hispana de esta escala (Connor & Davidson, 2003)

Para la obtención de la información de la bibliografía ya existente sobre el tema a tratar en este TFM, se realizó para una búsqueda exhaustiva entre, 2017-2018 entre las bases de datos principales: Scielo, PubMed, Scopus, The Cochrane Library y CINAHL empleando los descriptores que se indican en la tabla 1 que se combinaron con el uso de los operadores booleanos and, or y not y seleccionando artículos con una alta evidencia (según criterios de Sackett), así como la consulta de expertos. Por otro lado, hay que mencionar que también se ha utilizado el recurso de la búsqueda inversa, accediendo a estudios a partir de la bibliografía de otros artículos ya localizados.

DeCS	MeSH
Diabetes	Diabetes
Diabetes tipo 2	Diabetes Mellitus, Type 2
Diabetes tipo 1	Diabetes Mellitus, Type 1
Resiliencia	Resiliencia
Calidad de vida	Quality of life
Adherencia	Adherence
Autocuidado	self-care

Tabla 1 Descriptores DeCS y MeSH

Posteriormente, se seleccionó y elaboró los instrumentos de recogida de datos: Cuestionario DMSQ para valorar el autocuidado de los pacientes; el cuestionario SCI-R para evaluar la Adherencia y la Escala CD-RISC para medir la resiliencia.

La etapa empírica requirió un período de seis meses y consistió en la obtención de datos socio sanitarios mediante la revisión de historias en las diferentes consultas de atención primaria, Captación de las participantes y la posterior realización de entrevistas con el objetivo de pasar los cuestionarios.

Una vez realizada la recogida de datos, se procedió a la etapa interpretativa que tuvo una duración de cuatro meses y consistió en el procesamiento de información: Elaboración de bases de datos, categorización y codificación. Que concluyó en el análisis de la información, la interpretación de los resultados y posteriormente en las conclusiones del estudio.

Descripción	
Etapa conceptual (3 meses):	Búsqueda y revisión de la documentación. Definición del problema de estudio.
	Desarrollo del marco teórico. Definición de variables y formulación de hipótesis (objetivos)
	Exploración del problema de estudio mediante contactos directos: población de estudio, profesionales y expertos, organismos, instituciones y asociaciones de afectadas. Técnicas: Observación directa, entrevistas y grupo de discusión.
Etapa de planificación (3 meses):	Selección y elaboración de instrumentos de recogida de datos: Cuestionario “DSMQ” para valorar el autocuidado de los pacientes; el cuestionario “SCI-R” para evaluar la Adherencia; Escala CD-RISC para medir la resiliencia.
	Obtención de permisos al comité ético provincial de las Palmas.
Etapa de formación	Se formará al equipo de investigación en la realización de entrevistas e implementación de los cuestionarios
Año 2018:	Descripción
Etapa empírica (6 meses):	Obtención de datos socio sanitarios mediante la revisión de historias en las diferentes consultas de atención primaria de la provincia.
	Captación de las participantes. Concertación de citas telefónicamente (domicilio, Atención primaria y Atención hospitalaria)
	Realización de entrevistas con el objetivo de pasar los cuestionarios.
Año 2019:	Descripción
Etapa interpretativa (4 meses)	Procesamiento de información: Elaboración de bases de datos, categorización y codificación
	Presentación de la información: tablas, gráficos
	Análisis de la información
	Interpretación de los resultados y conclusiones
	Redacción del informe.

Tabla 2 Cronograma del estudio

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todo momento se salvaguardaron los derechos de decisión, anonimato y confidencialidad de los participantes, respetando los principios éticos descritos en el informe de Belmont y el código de Núremberg.

Se cumplió en todo momento la Ley Orgánica 15/1999 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) que tiene como objetivo garantizar y proteger los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, su honor e intimidad y la privacidad personal y familiar.

Los pacientes al incorporarse al estudio y firmar el consentimiento informado, fueron codificados en la base de datos para salvaguardar su anonimato y en ningún documento se procesó dato alguno que pudiera desvelar su identidad. Los pacientes pudieron abandonar el estudio en cualquier momento y no necesitaron alegar ningún tipo de justificación.

6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se halló el coeficiente de alfa de Cronbach de los instrumentos DSMQ, SCI-R, CD-RISC y en nuestra población. Siguiendo las indicaciones de George y Mallery (2003) se clasificaron los valores del coeficiente de alfa de Cronbach (Excelente $> .9$, Bueno $.8 - .89$, Aceptable $.7 - .79$, Cuestionable $.6 - .69$, Pobre $.5 - .59$, e Inaceptable $< .5$). Se realizó un análisis descriptivo univariante para las variables sociodemográficos y clínicas. Las variables cuantitativas se presentaron con medidas de tendencia central y de desviación estándar, y las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias y porcentajes.

Para el análisis bivariado o correlacional se realizó el análisis de normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov para determinar la necesidad de uso de los test paramétricos o no paramétricos. Posteriormente, como test paramétricos se utilizaron el t-test para muestras independientes, para variables dicotómicas y el análisis de varianza de un factor (ANOVA) para variables politómicas. En caso de encontrar diferencias significativas en el ANOVA se implementó el test post hoc de Bonferroni para determinar que pares de categorías presentaban diferencias significativas entre ellos. En cada t-test y ANOVA, la hipótesis nula de igualdad de varianza en la población fue comprobada mediante el test de Levene. Como pruebas no paramétricas se utilizaron los correspondientes estadísticos, U de Manwitney y Kruskall-Wallis, en función de que fueran variables dicotómicas o politómicas.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS v24. Y se adoptó el nivel de significación estadístico en un nivel del 5 % ($p=0,05$).

7 RESULTADOS

Tras la realización del análisis estadístico, se ha comprobado que el cuarenta por ciento de la muestra son mujeres y el sesenta por ciento hombres (Imagen 1). Y el rango de edad más común fue el de menores de 65 años (42%), seguidos por aquellas personas que tenían edades comprendidas entre los 65 y los 75 años (30%) y el grupo más minoritario eran aquellos que superaban los 75 años (28%) (Imagen 2). Dónde el tratamiento más frecuente eran los ADos (84,3%) frente a al tratamiento insulínico (13,7%). (Imagen 3) El efecto secundario de hipoglucemia por el consumo de ADos/insulínico fue sólo del 32%, refiriendo el resto no haber sentido ningún síntoma característico del mismo (imagen 4)

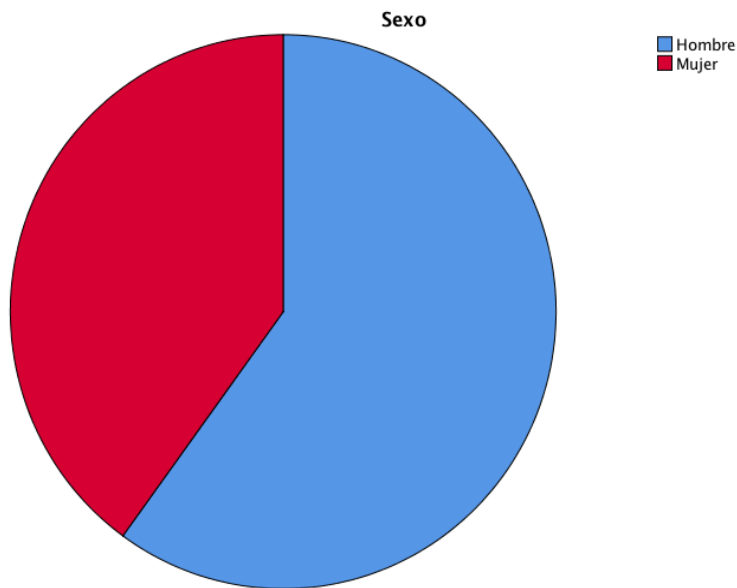


Ilustración 1: Porcentaje de Mujeres y Hombres

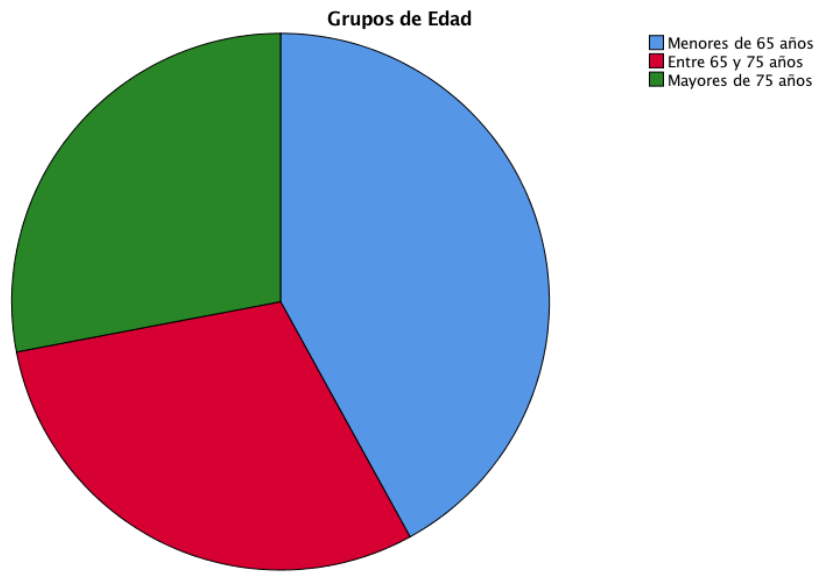


Ilustración 2: Porcentaje de grupo de edades

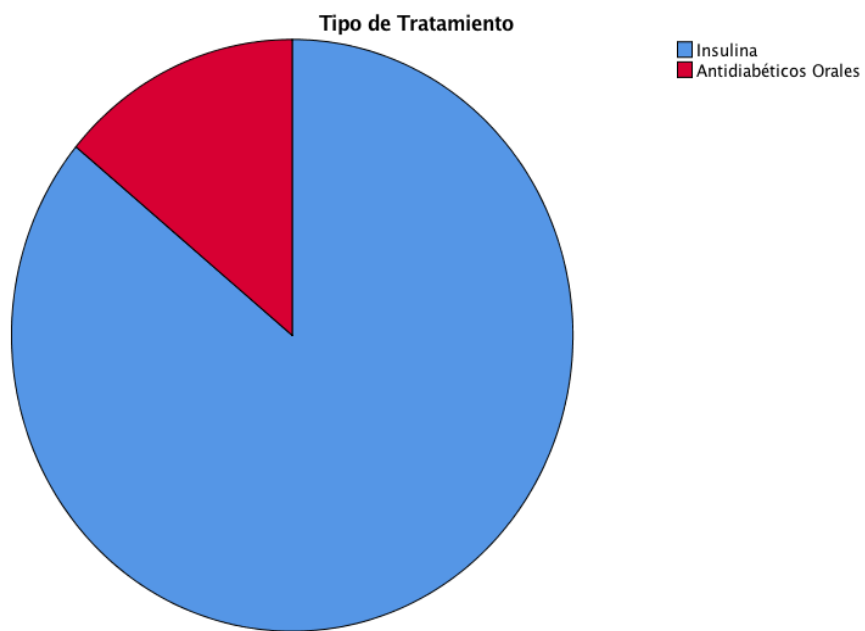


Ilustración 3: Porcentaje del tipo de tratamiento

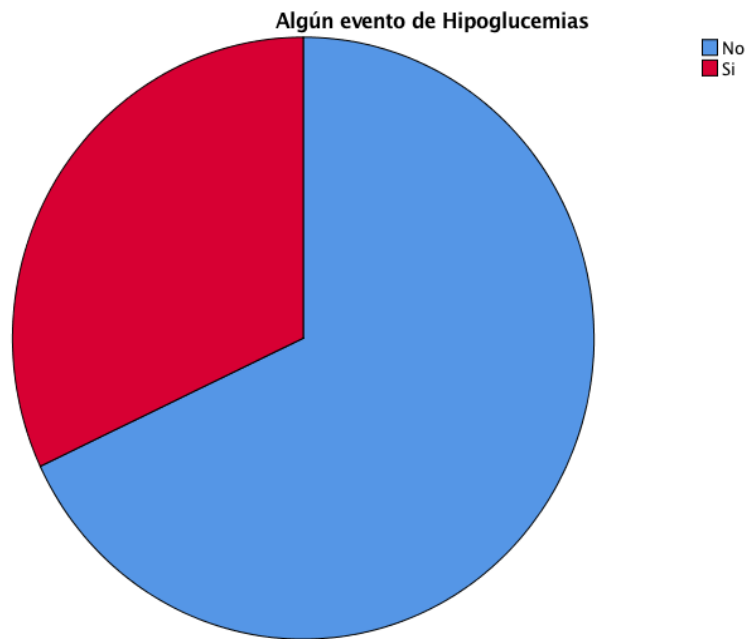


Ilustración 4: Porcentaje de eventos de hipoglucemias

Primeramente, se realizó el test de Alfa de Chronbach (Tabla 3) para ver la fiabilidad de los test que se utilizaron. Tal y como muestran los resultados todos tenían una fiabilidad buena excepto el DSMQ, que obtuvo una puntuación de 0.279.

ANÁLISIS DE FIABILIDAD (Alfa de Cronbach)	
Self-Care Inventory Revised	
SCI factor I general	0,595
SCI factor II regularidad	0,707
SCI puntuación total	0,746
The Diabetes Self-Management Questionnaire	
DSMQ glucose manager	0,646
DSMQ dietary control	0,63
DSMQ physical activity	0,453
DSMQ helth care use	0,389
DSMQ total	0,279
Self-Care Inventory Revised	
CD RISC	0,784

Tabla 3 Análisis de fiabilidad (Alfa de Cronbach)

Una vez realizado el Test de Kolgomorov Smirnov, (Tabla 4), se observa que todas las variables siguen una distribución no normal, menos SCI-R Factor1.Genal y SCI-R Puntuación total que siguen una distribución normal.

TEST DE KOLGOMOROV SMIRNOV	n	F	P	Tipo de Distribución
Puntuación CD Risc	18	0,158	0,003	Distribución No Normal
DSMQ Manejo de la Glucosa		0,137	0,020	Distribución No Normal
DSMQ Manejo de la Dieta		0,189	0,000	Distribución No Normal
DSMQ Actividad Física		0,297	0,000	Distribución No Normal
DSMQ Uso Recursos Sanitarios		0,448	0,000	Distribución No Normal
DSMQ Puntuación Total		0,151	0,006	Distribución No Normal
SCI-R Factor 1. General		0,202	0,000	Distribución No Normal
SCI-R Factor 2. Regularidad		0,116	0,091	Distribución Normal
SCI-R Puntuación Total		0,111	0,167	Distribución Normal

Tabla 4 Test de Kolgomorov Smirnov

Tras el análisis de las distribuciones se obtiene que:

No hay diferencias significativas entre los dos sexos en cuanto a la adherencia (Tabla 5) Sin embargo, se pueden encontrar diferencias significativas entre los distintos tratamientos (insulina/ADos). Pues tal y como se muestra en la (Tabla 6), las personas que tienen prescrito como tratamiento la insulina, llevan acabo un mayor nivel de autocuidados y un mejor manejo de la glucosa que aquellas que sólo consumen ADos. Por otro lado, también muestran una mayor adherencia al tratamiento.

Variable de estudio	Categoría	N	Media	Desv. estándar	F	P
Puntuación CD Risc	Hombres	30	37,800	6,905	0,030	0,976**
	Mujeres	20	35,700	11,788		
DSMQ Manejo de la Glucosa	Hombres	30	6,170	3,733	-1,689	0,091**
	Mujeres	20	4,450	4,032		
DSMQ Manejo de la Dieta	Hombres	30	6,030	1,450	0,713	0,476**
	Mujeres	20	6,250	1,743		
DSMQ Actividad Física	Hombres	30	3,500	1,737	-0,074	0,941**
	Mujeres	20	3,500	1,638		

DSMQ Uso Recursos Sanitarios	Hombres	30	3,830	1,392	-0,631	0,528**
	Mujeres	20	3,500	1,100		
DSMQ Puntuación Total	Hombres	30	21,070	4,266	-1,599	0,11**
	Mujeres	20	18,700	5,939		
SCI-R Factor 1. General	Hombres	30	9,100	3,708	-0,015	0,879**
	Mujeres	20	8,900	3,227		
SCI-R Factor 2. Regularidad	Hombres	30	20,830	6,000	0,742	0,110
	Mujeres	20	17,550	5,835		
SCI-R Puntuación Total	Hombres	30	37,200	9,863	0,954	0,030
	Mujeres	20,00	33,750	9,176		

Tabla 5 Análisis inferencial según el Sexo

*Estadístico T-sutendt **Estadístico de U-Maan-Whiteny

Variable de estudio	Categoría	N	Media	Desv. estándar	F	P
Puntuación CD Risc	Insulina	7	40,290	8,341	1,162	0,258**
	Antidiabéticos Orales	43	36,420	9,218		
DSMQ Manejo de la Glucosa	Insulina	7	10,290	4,192	3,305	0,002**
	Antidiabéticos Orales	43	4,700	3,292		
DSMQ Manejo de la Dieta	Insulina	7	6,430	0,976	0,561	0,603**
	Antidiabéticos Orales	43	6,070	1,639		
DSMQ Actividad Física	Insulina	7	3,430	1,134	0,015	1,000**
	Antidiabéticos Orales	43	3,510	1,764		
DSMQ Uso Recursos Sanitarios	Insulina	7	3,290	1,254	-1,246	0,335**
	Antidiabéticos Orales	43	3,770	1,288		
DSMQ Puntuación Total	Insulina	7	25,140	4,259	2,846	0,003**
	Antidiabéticos Orales	43	19,300	4,759		
SCI-R Factor 1. General	Insulina	7	14,290	3,638	3,761	0,001**
	Antidiabéticos Orales	43	8,160	2,636		
SCI-R Factor 2. Regularidad	Insulina	7	26,430	3,047	-3,609	0,001*
	Antidiabéticos Orales	43	18,400	5,724		
SCI-R Puntuación Total	Insulina	7	48,290	10,029	-4,290	0,000
	Antidiabéticos Orales	43	33,790	8,011		

Tabla 6 Análisis inferencial según tipo de tratamiento

*Estadístico T-Sutendt ** Estadístico de U-Mann-Whitney

En cuanto a los eventos de hipoglucemias presentados por los sujetos, encontramos que (Tabla 7), aquellas personas que han sufrido algún evento de hipoglucemia son más adherentes que aquellas que no las han presentado.

Variable de estudio	Categoría	N	Media	Desv. estándar	F	P
Puntuación CD Risc	SI evento	16	37,030	8,810	0,292	0,771**
	No evento	34	36,810	10,040		
DSMQ Manejo de la Glucosa	SI evento	16	6,560	4,575	1,239	0,215**
	No evento	34	4,970	3,512		
DSMQ Manejo de la Dieta	SI evento	16	6,250	1,612	0,663	0,507**
	No evento	34	6,060	1,556		
DSMQ Actividad Física	SI evento	16	3,250	1,653	-0,544	0,586**
	No evento	34	3,620	1,706		
DSMQ Uso Recursos Sanitarios	SI evento	16	3,690	1,000	-0,331	0,741**
	No evento	34	3,710	1,244		
DSMQ Puntuación Total	SI evento	16	21,440	5,933	1,252	0,211**
	No evento	34	19,500	4,594		
SCI-R Factor 1. General	SI evento	16	11,000	4,517	2,040	0,041**
	No evento	34	8,090	2,454		
SCI-R Factor 2. Regularidad	SI evento	16	20,500	6,947	-0,777	0,441
	No evento	34	19,060	5,705		
SCI-R Puntuación Total	SI evento	16	39,190	12,046	-1,727	0,901
	No evento	34	34,240	8,015		

Tabla 7 Análisis inferencial según evento de hipoglucemias

*Estadístico T-Sutendt ** Estadístico de U-Mann-Whitney

La realización de la ANOVA (Tabla 8) y la prueba de Bonferroni (Tabla 9) para los diferentes grupos de edades, dio como resultado que las personas menores de 65 años son más adherentes que aquellos que tienen una edad superior a 75 años.

ANOVA		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
SCI-R Factor 2. Regularidad	Entre grupos	189,89	2	94,945	2,737	0,075
	Dentro de grupos	1630,59	47	34,693		
	Total	1820,48	49			
SCI-R Puntuación Total	Entre grupos	664,123	2	332,061	4,003	0,025
	Dentro de grupos	3899,257	47	82,963		
	Total	4563,38	49			

Tabla 8 Análisis Anova para los diferentes grupos de edad

variable dependiente	Grupos de edad	Grupos de edad	Diferencias de medias	Des.error	Sig	Límite inferior	Límite superior
SCI-R Factor 2. Regularidad	Menores de 65 años	Entre 65 y 75 años	2,438	1,991	0,681	-2,510	7,380
		Mayores de 75 años	4,714	2,032	0,074	-0,330	9,760
	Entre 65-75 años	Menores de 65 años	-2,438	1,991	681,000	-7,380	2,510
		Mayores de 75 años	2,276	2,189	0,911	-3,160	7,710
	Mayores de 75 años	Menores de 65 años	-4,714	2,032	0,074	-9,760	0,330
		Entre 65 y 75 años	-2,276	2,189	0,911	-7,710	3,160
SCI-R Puntuación Total	Menores de 65 años	Entre 65 y 75 años	6,200	3,079	0,149	-1,440	13,840
		Mayores de 75 años	8,286*	3,143	0,034	0,480	16,090
	Entre 65-75 años	Menores de 65 años	-6,200	3,079	0,149	-13,840	1,440
		Mayores de 75 años	2,086	3,385	1,000	-6,320	10,490
	Mayores de 75 años	Menores de 65 años	-8,286	3,143	0,034	-16,090	-0,480
		Entre 65 y 75 años	-2,086	3,385	1,000	-10,490	6,320

Tabla 9 Prueba de Bonferroni

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Por último, la correlación entre variables y la dirección de la misma dio como resultado que el test de autocuidados (DSMQ Glucosa), se encuentra ligado al test de adherencia (SCI-R factor 1, factor 2 y puntuación total).

Variable de estudio		Puntuación CD Risc	DSMQ Manejo de la Glucosa	DSMQ Manejo de la Dieta	DSMQ Actividad Física	DSMQ Uso Recursos Sanitarios	DSMQ Puntuación Total	SCI-R Factor 1. General	SCI-R factor 2.Regularidad	SCI-R Puntuación Total
Puntuación CD Risc	Pearson	1,000	0,107	0,240	-0,204	-0,046	0,089	0,083	0,179	0,215
	sig (bilateral)		0,459	0,093	0,156	0,749	0,539	0,568	0,213	0,133
	n	50	50	50	50	5	50	50	50	50
	Pearson	0,107	1,000	0,107	-0,040	0,046	0,833**	0,729**	0,723**	0,723**

DSMQ Manejo de la Glucosa	sig (bilateral)	0,459		0,457	0,781	0,753	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50
DSMQ Manejo de la Dieta	Pearson	0,240	107,000	1,000	-0,039	-0,114	0,374**	0,146	0,274	0,279*
	sig (bilateral)	0,093	0,457		0,789	0,429	0,007	0,313	0,054	0,049
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50
DSMQ Actividad Física	Pearson	-0,204	-0,040	-0,039	1,000	0,118	0,291*	-0,057	0,000	-0,071
	sig (bilateral)	0,156	0,781	0,789		0,413	0,040	0,692	1,000	0,624
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50
DSMQ Uso Recursos Sanitarios	Pearson	-0,046	0,046	-0,114	0,118	1,000	0,319*	-0,172	-0,001	-0,222
	sig (bilateral)	0,749	0,753	0,429	0,413		0,024	0,232	0,997	0,121
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50
DSMQ Puntuación Total	Pearson	0,089	0,833**	0,374**	0,291*	0,319*	1,000	0,565**	0,671**	0,591**
	sig (bilateral)	0,539	0,000	0,007	0,040	0,024		0,000	0,000	0,000
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SCI-R Factor 1. General	Pearson	0,083	0,729**	0,146	-0,057	-0,172	0,565**	1,000	0,541**	0,750**
	sig (bilateral)	0,568	0,000	0,313	0,692	0,232	0,000		0,000	0,000
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SCI-R factor 2.Regularidad	Pearson	0,179	0,723**	0,274	0,000	-0,001	0,671**	0,541**	1,000	0,843**
	sig (bilateral)	0,213	0,000	0,054	1,000	0,997	0,000	0,000		0,000
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SCI-R Puntuación Total	Pearson	0,215	0,723**	0,279*	-0,071	-0,222	0,591**	0,750**	0,843**	1,000
	sig (bilateral)	0,133	0,000	0,049	0,624	0,121	0,000	0,000	0,000	
	n	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Tabla 10 Correlaciones

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

8 DICUSIÓN

La diabetes en Canarias esta gestionada en Atención primaria si es DM2, y en atención especializada si es DM1 o DM2 con tratamiento complejo o deficitario control crónico.

Las consultas de enfermería en la actualidad tienen como objetivo principal el seguimiento del paciente. En ellas, se les forman en diferentes aspectos, para dotarles de los conocimientos necesarios y hacerles responsables y autónomos en el manejo de su enfermedad. Para ello, se trabajan aspectos como las competencias de autocuidados(6).

Según nuestros resultados la mayoría de nuestra muestra tiene como tratamiento de elección para la diabetes ADos. Pero sin embargo, los que presentan un mayor autocuidado son las personas que tienen pautado insulina. Y en general, el nivel de autocuidados en la muestra es bajo ,y esto puede enlazar con otros estudios(7,8) que ya citan la necesidad de redefinir el papel de la enfermería como educadoras en diabetes.

El miedo es un componente importante cuando se decide intensificar el tratamiento añadiendo la isulinoaterapia. Por un lado, hay estudios(9) que afirman que los pacientes con miedo, junto a un componente de neuroticismo, seguirán con mayor cuidado las instrucciones del personal sanitario respecto al tratamiento de la diabetes. Lo que corroboraría nuestros resultados obtenidos: aquellos pacientes que llevan como tratamiento insulina, tienen un mayor nivel de autocuidados. Pero en contraposición, hay otros estudios(16,17) que describen el miedo como una barrera que puede repercutir sobre el autoanálisis y la adherencia.

Debemos destacar que, tras la realización Alfa de Cronbach y comprobar la poca fiabilidad del “DSMQ”, quizás este test no halla sido la herramienta más adecuada para la medición del autocuidado, y esto junto al tamaño muestral pueden repercutir en la validez externa e interna de nuestro estudio. Aunque hay que tener en cuenta que, en la actualidad, el test del DMSQ es la única herramienta con la que se puede medir el autocuidado de forma específica en la diabetes.

Según nuestros resultados, las personas que toman ADos son menos adherentes al tratamiento, y este hecho coincide con bibliografía ya publicada, pues como demuestran estos estudios(26,27), alrededor de un 22 % de los individuos que deberían estar tratadas con ADOS, no siguen el tratamiento en un plazo de 5 años y es más, las farmacias dejan de dispensar el 36,1 %, de los antidiabéticos prescritos por el personal sanitario. Además nuestro estudio no reveló diferencias significativas entre la adherencia en ambos sexos.

Aunque esta revisión sistemática(18) concluyó que el sexo femenino y la edad avanzada parecen tener pequeños efectos positivos sobre la adherencia.

Tras realizar en nuestro estudio la prueba de la ANOVA para los diferentes grupos de edades, dio como resultado que las personas menores de 65 años son más adherentes que aquellos que tienen una edad superior a 75 años, y tiene sentido, pues como han demostrado otros autores, la diabetes se asocia a un incremento significativo del riesgo de deterioro cognitivo y de demencia(23,24) . Y además, en relación con el resto de las comunidades Autónomas (CCAA), las islas registran el mayor índice de complicaciones(12). Por ejemplo, los canarios diagnosticados de DM2 entra tres veces más en diálisis que el resto de CCAA(13).

En este estudio, se ha hallado que las personas que han presentado un evento de hipoglucemia se han relacionado con una mayor adherencia al tratamiento. Aunque la literatura encontrada(19,20), lo enlaza con una menor adherencia, pues este evento suele ocurrir a causa de una mala ingesta de hidratos de carbono o de una mala regulación de las unidades de insulina administrada.

Por último, el estudio llevado a cabo en EE.UU(36), reveló que la resiliencia puede ser un factor tanto predictor como protector de variables muy ligadas a futuras complicaciones. Por lo que se pone de manifiesto que aunque en los resultados de nuestro estudio no se haya obtenido una correlación directa con el autocuidado, se ha podido averiguar que no hay diferencias significativas en los niveles de resiliencia de hombres y mujeres canarios, por lo que el sexo no supone un factor determinante para el mismo. Y habría que incidir en una mejora de la resiliencia a nivel global.

Tras la realización de este estudio se concluye que:

9 CONCLUSIONES

- En general, el nivel de autocuidado y adherencia de las personas con diabetes en Canarias es pobre, y mejora cuanto más intensificado es el tratamiento. Sin embargo, han mostrado un nivel medio de resiliencia.
- La población canaria en general tiene un bajo nivel de autocuidados. Aunque a más intensificación del tratamiento, mayor es el nivel de autocuidado.
- Existe una correlación positiva entre adherencia y haber presentado alguna vez un evento de hipoglucemia y ser menor de sesenta y cinco años.
- Existe una correlación positiva entre autocuidado y adherencia, ya que aquellas personas que tienen prescrito como tratamiento la insulina, son más adherentes al tratamiento y tienen un mayor nivel de autocuidados.
- No se ha encontrado correlación entre resiliencia y adherencia en personas diagnosticadas de DM.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Diabetes. WHO [Internet]. 2017 [citado 13 de noviembre de 2018]; Disponible en: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
2. Diabetes tipo 1: American Diabetes Association® [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-1/>
3. Diabetes tipo 2: American Diabetes Association® [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/>
4. Diabetes gestacional [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/441/diabetes-gestacional>
5. Poolsup N, Suksomboon N, Amin M. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2014 [citado 13 de noviembre de 2018];9(3):e92485. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24658089>
6. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. M, Contijoch C. Atención primaria [Internet]. Vol. 19, Atención Primaria. Elsevier; 1997 [citado 13 de noviembre de 2019]. 267-270 p. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-autocuidados-atencion-primaria-14502>
7. Castro-Meza AN, Pérez-Zumano SE, Salcedo-Álvarez RA. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. Enfermería Univ [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 12 de junio de 2019];14(1):39-46. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/55>
8. Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. Av en Diabetol [Internet]. 1 de marzo de 2012 [citado 12 de junio de 2019];28(2):38-47. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134323012000427>
9. Fundación Index. C, SPARC (Organization) JA, García León A. Index de enfermería. [Internet]. Vol. 16, Index de Enfermería. Fundación Index; 2007 [citado 12 de junio de 2019]. 16-20 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

12962007000300003

10. Boletín CAIPaDi CALIDAD DE VIDA Y DIABETES ¿Qué es calidad de vida? [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://innsz.mx/imagenes/CAIPaDi/BoletinCAIPaDisseptiembre2015.pdf>
11. De Medicina F, Marcuello C, Directores F, Luis A, Pascual C, Ángel M, et al. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID [Internet]. 2017 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/44380/1/T39182.pdf>
12. Maceira B. La mortalidad por diabetes en Canarias es 2 , 5 veces superior a media española. 2010;
13. Sociedad Española de Nefrología. DC-D, RRB, MV, RPG, FV, FGC. Nefrología : publicación oficial de la Sociedad Española de Nefrología. [Internet]. Vol. 21, Nefrología. Elsevier; 2001 [citado 12 de junio de 2019]. 83-87 p. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-la-diabetes-mellitus-como-causa-articulo-X0211699501026834>
14. Asociación Americana de Educadores de la Diabetes [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.diabeteseducator.org/>
15. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 13 de agosto de 2013 [citado 13 de noviembre de 2018];11(1):138. Disponible en: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-138>
16. Vidal Flor M, Jansà Morató M, Galindo Rubio M, Penalba Martínez M. Factores asociados a la adherencia al autoanálisis de la glucemia capilar en personas con diabetes en tratamiento con insulina. Estudio dapa. Endocrinol Diabetes y Nutr [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 12 de junio de 2019];65(2):99-106. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2530016417302495>
17. Informe: Necesidades no cubiertas de las personas con diabetes tipo 1 en España [Internet]. [citado 12 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.fedesp.es/bddocumentos/1/Informe-Necesidades-No-Cubiertas-de-las-Personas-con-Diabetes-Tipo-1.pdf>
18. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. Diabet Med [Internet]. junio de 2015 [citado 12 de junio de

- 2019];32(6):725-37. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25440507>
19. Rayaa PM, Garcíaa RR, Sánchezb A de T, Feijóa OG, Mingota FM, Talavera I, et al. Endocrinología , EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 1: NUEVAS HERRAMIENTAS y Nutrición Resúmen. 2017;64:2017.
20. Rodríguez MC, Ramírez MEG, Arambarri JM. Diabetes Mellitus. 2545. 589-604 p.
21. Evidence for action [Internet]. 2003 [citado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=EA66663B0FC512D2690A66DDAA2B9E00?sequence=1>
22. Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, Johansson CM, Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. marzo de 2014 [citado 20 de noviembre de 2010];19(2):159-67. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24834085>
23. Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E, Brayne C, Scheltens P. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. Lancet Neurol [Internet]. 1 de enero de 2006 [citado 12 de junio de 2019];5(1):64-74. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442205702842?via%3Dihub>
24. Xu WL, Qiu CX, Wahlin A, Winblad B, Fratiglioni L, Erkinjuntti T, et al. Diabetes mellitus and risk of dementia in the Kungsholmen project: a 6-year follow-up study. Neurology [Internet]. 12 de octubre de 2004 [citado 12 de junio de 2019];63(7):1181-6. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15477535>
25. 220 Recomendaciones de la redGDPS [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2018]. Disponible en:
https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/220_guiadm2_capGuiaDM2_web.pdf
26. Jensen ML, Jørgensen ME, Hansen EH, Aagaard L, Carstensen B. Long-term patterns of adherence to medication therapy among patients with type 2 diabetes

- mellitus in Denmark: The importance of initiation. Wu P-H, editor. PLoS One [Internet]. 30 de junio de 2017 [citado 21 de noviembre de 2018];12(6):e0179546. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0179546>
27. Mediavilla J. Guías en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Semergen. 2016;40(April 2012).
 28. Jansà M, Vidal M, Giménez M, Conget I, Galindo M, Roca D, et al. Psychometric analysis of the Spanish and Catalan versions of the Diabetes Self-Care Inventory-Revised version questionnaire. Patient Prefer Adherence. 2013;7(October):997-1005.
 29. La Greca AM, Swales T, Klemp S MS. Handbook of pediatric psychology [Internet]. Guilford Press; 2009 [citado 13 de junio de 2019]. 808 p. Disponible en:
https://books.google.es/books?id=niMTm_3_KBoC&pg=PA149&lpg=PA149&dq=La+Greca+AM,+Swales+T,+Klemp+S,+Madigan%27s.&source=bl&ots=FuZN5BR-H-&sig=ACfU3U1u6gzfPIaleSquiQmKJZBwK3twYQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUK Ewjw7q6LuufiAhXiDmMBHXuqCckQ6AEwAHoECAQQAQ#v=onepage&q=La%25
 30. Weinger K, Butler HA, Welch GW, La Greca AM. Measuring diabetes self-care: a psychometric analysis of the Self-Care Inventory-Revised with adults. Diabetes Care [Internet]. junio de 2005 [citado 13 de junio de 2019];28(6):1346-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15920050>
 31. Davies M, Storms F, Shutler S, Bianchi-Biscay M, Gomis R, ATLANTUS Study Group. Improvement of glycemic control in subjects with poorly controlled type 2 diabetes: comparison of two treatment algorithms using insulin glargine. Diabetes Care [Internet]. 1 de junio de 2005 [citado 23 de noviembre de 2018];28(6):1282-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15920040>
 32. ARANEDA M M. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia: Una Perspectiva Psicológica. Rev Chil pediatría [Internet]. diciembre de 2009 [citado 23 de noviembre de 2018];80(6):560-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 33. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas [Internet]. [citado 23 de

- noviembre de 2018]. Disponible en: [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo_Filippi_Teoricos_Parte_3/Melillo, A. & Suarez Ojeda, E. N. \(Comp.\). \(2001\). Nuevas tendencias en resiliencia. \(19-30\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo_Filippi_Teoricos_Parte_3/Melillo, A. & Suarez Ojeda, E. N. (Comp.). (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. (19-30).pdf)
34. Becoña E. RESILIENCIA: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DEL CONCEPTO [Internet]. Vol. 11, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2006 [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
35. Paola Bacca Bautista D, María Moyano Flórez E, Carolina Quintero Rojas D, Carolina Soler Ospina D, Stella Rodríguez M. Factores Protectores Presentes en el Proceso de Resiliencia de Pacientes adultos en Cuidados Paliativos del Hospital Universitario San Ignacio [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15731/BaccaBautistaDianaPaola2014.pdf?sequence=1>
36. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. Br J Health Psychol [Internet]. mayo de 2008 [citado 26 de noviembre de 2019];13(Pt 2):311-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17535497>
37. Grinspun SDD. Administración de insulina subcutánea en adultos con diabetes tipo 2. 2004; Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0001_Insulina_2009.pdf
38. Broche-p Y, Abreu M, Villas L, Rodr BC, Abreu M, Villas L. Boris C . Rodríguez Martín y Osana Molerio Pérez. Fejoo. 2012;(February).
39. González Marante CA, Bandera Chapman S, Valle Alonso J, Fernández Quesada J. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. Med Gen y Fam [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 12 de junio de 2019];4(1):10-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543315000043>
40. Salazar-salgado A, Zavala-aguilar K, Soria-viteri J, Santibáñez-vásquez R, Salazar- López P, Maldonado T, et al. ARTICULO ORIGINAL Diabetes Mellitus y Cognición. Estudio Transversal [Internet]. [citado 12 de junio de 2019].

Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Diabetes-Mellitus-y-Cognición.pdf>

11 ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado del paciente

Autocuidados, Adherencia y Resiliencia en pacientes Diagnosticados de Diabetes Mellitus).

Apreciado Sr/ Sra:..... Su médico
Dr/Dra.....y /o Enfermero/a
..... le ha planteado la posibilidad de participar en este estudio con el fin de mejorar la atención a los pacientes diagnosticados con DM.

¿QUÉ PRETENDE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?

El objetivo de este estudio es: Determinar para la población de estudio, diagnosticada de DM, el nivel de autocuidado, adherencia y resiliencia que posee.

¿QUÉ TENDRÀ QUE HACER?

Nada de diferente a lo que se le ha propuesto al participar en el programa. Tal como se le ha explicado

FASES DEL PROGRAMA:

El programa consta de 5 fases:

FASE 1. Fase previa al inicio de la terapia: Una vez usted como candidato cumpla los criterios de inclusión/exclusión se le cita en una visita individual para realizar una pequeña entrevista en el que se le pasarán los cuestionarios.

FASE 2. Finalización. Se miden todas las variables recogidas

¿CUÁL ES LA VENTAJA DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento de los factores que influyen en el éxito o fracaso de dicho programa y permitirá realizar cambios, si son necesarios, para mejorar la atención a las personas que precisan de dicha intervención.

¿MI PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA?

Su decisión de participar en el estudio es voluntaria y debe ser tomada libremente. Si decide aceptar, usted podrá retirarse en cualquier momento. La decisión que tome no afectará a la relación con su enfermero, y seguirá recibiendo la mejor atención médica y tratamiento posible.

¿CUÁLES SON LAS POSIBLES INCOMODIDADES Y RIESGOS DE LA PARTICIPACIÓN?

No existen incomodidades derivadas de la participación del estudio.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS.

Los datos recogidos en el estudio se introducirán en una base de datos, para realizar el análisis estadístico. Su nombre no aparecerá en ningún documento del estudio, sólo se le asignará un número de participante al inicio del mismo para garantizar la confidencialidad de la información. En el supuesto de que los resultados de la evaluación del programa pudieran ser objeto de presentación en eventos científicos, en ningún caso será identificado siendo visibles únicamente los datos numéricos de la evaluación junto con los de otras personas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Para cualquier duda o aclaración, puede consultar con su enfermera responsable del proyecto, o su enfermera habitual en su centro de salud de atención Primaria.

Gracias por leer esta hoja con atención. Si decide participar en el estudio, su enfermera le entregará una copia de esta hoja de información, así como una copia firmada del formulario de consentimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... (nombre y apellidos) con
DNI:.....

- Afirmo que he leído la hoja de información sobre el estudio y que he podido hacer preguntas sobre el mismo.
- Afirmo que he podido hablar con el/la Dr/Dra y/o enfermera.....sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que puedo retirarme de este cuando quiera, sin tener que justificar mi retirada y sin que esta afecte a mis tratamientos ni a la asistencia médica que recibo.

Por todo ello presto libremente mi conformidad a participar en el estudio.

Firma del paciente

Firma del Evaluador

Fecha ____ / ____ / ____

Fecha ____ / ____ / ____

Anexo 2 Cuestionario DSMQ

Las siguientes afirmaciones describen las actividades de cuidado personal relacionadas con su diabetes. Pensando en su cuidado personal durante las últimas 8 semanas, especifique en qué medida se aplica cada declaración a usted.		Se aplica mucho a mi	Se aplica a mí en un grado considerable.	Se aplica a mí hasta cierto punto	No se aplica a mi
1.	Reviso mis niveles de azúcar en la sangre con cuidado y atención. <input type="checkbox"/> <i>No se requiere la medición del azúcar en la sangre como parte de mi tratamiento.</i>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2.	La comida que elijo para comer hace que sea fácil alcanzar niveles	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Las siguientes afirmaciones describen las actividades de cuidado personal relacionadas con su diabetes. Pensando en su cuidado personal durante las últimas 8 semanas, especifique en qué medida se aplica cada declaración a usted.		Se aplica mucho a mi	Se aplica a mí en un grado considerable.	Se aplica a mí hasta cierto punto	No se aplica a mi
	óptimos de azúcar en la sangre.				
3.	Sigo todas las citas médicas recomendadas para mi tratamiento de la diabetes.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4.	Tomo mi medicamento para la diabetes (por ejemplo, insulina, tabletas) según lo prescrito. <input type="checkbox"/> <i>No se requieren medicamentos para la diabetes / insulina como parte de mi tratamiento.</i>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5.	De vez en cuando como muchos dulces u otros alimentos ricos en carbohidratos.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Las siguientes afirmaciones describen las actividades de cuidado personal relacionadas con su diabetes. Pensando en su cuidado personal durante las últimas 8 semanas, especifique en qué medida se aplica cada declaración a usted.		Se aplica mucho a mi	Se aplica a mí en un grado considerable.	Se aplica a mí hasta cierto punto	No se aplica a mi
6.	<p>Anoto mis niveles de azúcar en la sangre con regularidad (o analizo la tabla de valores con mi medidor de glucosa en sangre).</p> <p><input type="checkbox"/> <i>No se requiere la medición del azúcar en la sangre como parte de mi tratamiento.</i></p>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7.	Tiendo a evitar citas médicas relacionadas con la diabetes.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8.	Hago actividad física regular para lograr niveles óptimos de azúcar en la sangre.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9.	Sigo estrictamente las recomendaciones dietéticas de mi	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Las siguientes afirmaciones describen las actividades de cuidado personal relacionadas con su diabetes. Pensando en su cuidado personal durante las últimas 8 semanas, especifique en qué medida se aplica cada declaración a usted.		Se aplica mucho a mi	Se aplica a mí en un grado considerable.	Se aplica a mí hasta cierto punto	No se aplica a mi
	médico o especialista en diabetes.				
10.	No verifico mis niveles de azúcar en la sangre con la frecuencia necesaria para lograr un buen control de la glucosa en la sangre. <input type="checkbox"/> <i>No se requiere la medición del azúcar en la sangre como parte de mi tratamiento.</i>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11.	Evito la actividad física, aunque mejoraría mi diabetes.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12.	Tiendo a olvidarme de tomar u omitir mi medicamento para la diabetes	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Las siguientes afirmaciones describen las actividades de cuidado personal relacionadas con su diabetes. Pensando en su cuidado personal durante las últimas 8 semanas, especifique en qué medida se aplica cada declaración a usted.		Se aplica mucho a mi	Se aplica a mí en un grado considerable.	Se aplica a mí hasta cierto punto	No se aplica a mi
	(por ejemplo, insulina, tabletas). <input type="checkbox"/> <i>No se requieren medicamentos para la diabetes / insulina como parte de mi tratamiento.</i>				
13.	Algunas veces tengo "atracones de comida" reales (no provocados por hipoglucemia).	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14.	Con respecto a mi cuidado de la diabetes, debería ver a mi médico más a menudo.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15.	Tiendo a saltarme la actividad física planificada.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
dieciséis.	Mi autocuidado de la diabetes es pobre.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Anexo 3 Cuestionario SCI-R.ES



Fecha ----/----/----

Adherencia a la autogestión del tratamiento de la diabetes SCI-R.es

Este cuestionario mide lo que usted realmente hace (no lo que le han recomendado hacer)
¿ En que grado ha seguido el tratamiento de su diabetes durante los últimos 1-2 meses?

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
	▼ 1	▼ 2	▼ 3	▼ 4	▼ 5	
1. Mira la glucosa en sangre con el medidor	1	2	3	4	5	
2. Registra los resultados de la glucosa	1	2	3	4	5	
Si tiene diabetes tipo 1						Tengo diabetes tipo2
3. Mira la cetona si la glucosa es alta	1	2	3	4	5	
4. Toma la dosis indicada de pastillas o insulina	1	2	3	4	5	No llevo insulina ni pastillas
5. Toma las pastillas o insulina a las horas indicadas	1	2	3	4	5	No llevo insulina ni pastillas
6. Toma la cantidad de comida recomendada	1	2	3	4	5	
7. Toma las comida/suplemento a las horas indicadas	1	2	3	4	5	
8. Anota los alimentos que toma	1	2	3	4	5	
9. Lee las etiquetas nutricionales de los alimentos envasados	1	2	3	4	5	
10. Trata la bajada de azúcar (hipoglucemia) con la cantidad de hidratos de carbono recomendados	1	2	3	4	5	Nunca he tenido una bajada
11. Lleva azúcar o similar para tratar una bajada de azúcar	1	2	3	4	5	
12. Acude a las visitas médicas	1	2	3	4	5	
13. Lleva carnet de diabetes	1	2	3	4	5	
14. Realiza ejercicio	1	2	3	4	5	
15. Si lleva insulina: Ajusta las dosis según los valores de la glucosa, la comida y el ejercicio.	1	2	3	4	5	No llevo insulina

Puntuación :

1. **Nunca:** nunca lo hago.
2. **Raramente:** Alguna vez lo hago, pero la mayoría no.
3. **Algunas veces:** Lo hago alrededor del 50% de las veces.
4. **Casi siempre:** Habitualmente lo hago, solo olvidos ocasionales
5. **Siempre:** Siempre lo hago

Versión original: Weinger K, et al. Diabetes Care 2005; 28(6):1346-1352.

Versión en castellano : Jansà M, Vidal M, Giménez M, Conget I, Galindo M, Roca D, Colungo C, Esmatjes E, Salamero M. Psychometric analysis of the Spanish and Catalan versions of the Diabetes Self-Care inventory-revised version questionnaire. Patient Prefer Adherence. 2013 Oct 2;7:997-1005

Anexo 4 Cuestionario CD-RISC

Escala de Adaptación de Connor-Davidson (CD-RISC)

INSTRUCCIONES: Por favor indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases en su caso durante el mes último. Si una situación particular no le ha ocurrido recientemente, responda de acuerdo a cómo cree que se habría sentido. Marque con una "X" la opción que mejor describa cómo se siente.

	En absoluto (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Casi siempre (4)
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bueno o malo, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No me doy por vencido a pesar de que las cosas parezcan no tener solución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Durante los momentos de estrés/ crisis, se dónde puedo buscar ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright © 2001, 2003, 2007, 2010 by Kathryn M. Connor, M.D. and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

08012010