



Revista Cuidarte

ISSN: 2216-0973

ISSN: 2346-3414

Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

Fernández-Silva, Carlos Alberto; Mansilla, Betty Antiñirre; Chávez, Viviana Carolina De La Hoz
Autoeficacia y satisfacción de los usuarios con diabetes tipo 2 de un centro de salud chileno

Revista Cuidarte, vol. 11, núm. 2, e933, 2020, Mayo-Agosto
Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.933>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359565318009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Autoeficacia y satisfacción de los usuarios con diabetes tipo 2 de un centro de salud chileno

Self-Efficacy and Satisfaction of Patients with Type 2 Diabetes at a Chilean Health Care Center

Auto-Eficácia e satisfação de usuários com diabetes tipo 2 em um centro de saúde chileno

Carlos Alberto Fernández-Silva¹, Betty Antiñirre Mansilla², Viviana Carolina De La Hoz Chávez³

Histórico

Recibido:

10 de julio de 2019

Aceptado:

10 de febrero de 2020

¹ Magister en Ciencias de la Educación, Profesor Asociado, Departamento de Salud, Universidad De Los Lagos, Puerto Montt, Chile. Autor de correspondencia: E-mail: carlosalberto.fernandez@ulagos.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3610-7577>

² Magister en Salud Pública, Profesora Asistente, Departamento de Salud, Universidad De Los Lagos, Puerto Montt, Chile. E-mail: betty.antinirre@ulagos.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4227-4360>

³ Magister en Gestión Estratégica en Salud, Asesora Servicio de Salud del Reloncavi, Puerto Montt, Chile. E-mail: ydelahoz@ssdr.gob.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7121-0804>

Resumen

Introducción: La diabetes mellitus es un problema de salud pública que ocasiona afecciones biopsicosociales en los individuos que la padecen, conllevando a la necesidad de valorar aspectos que pueden incidir en su compensación tal como la autoeficacia y la satisfacción del usuario. **Materiales y Métodos:** Se desarrolló una investigación cuantitativa de tipo descriptiva y correlacional que tuvo como referente el Modelo de Promoción de la Salud, y que incluyó por muestreo aleatorio simple a 86 individuos (56 mujeres y 30 hombres) con diabetes mellitus tipo 2, en quienes se pudo establecer su perfil, percepción de autoeficacia y satisfacción usuaria a través del instrumento para la evaluación de autoeficacia en Diabetes tipo 2 (alfa de Cronbach de 0,85) y el PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) (alfa de Cronbach de 0,88). **Resultados:** Los usuarios en su mayoría son mujeres (65%), en etapa adulta (65,1%), se perciben como autoeficaces (82,6%) y muestran satisfacción por el servicio ofrecido (76,7%), presentando descompensación metabólica (57%). Se pudo apreciar asociación entre la autoeficacia y el grupo etario ($p=0,002$), contar con pareja ($p=0,029$), la hemoglobina glicosilada ($p=0,007$) y el estado cognitivo de los adultos mayores ($p=0,017$), al igual que entre la satisfacción y el grupo etario ($p=0,033$), el sexo ($<0,001$), y la situación laboral ($p=0,005$). **Discusión:** El perfil establecido coincide con el reportado en otras publicaciones. La autoeficacia y satisfacción usuaria son aspectos que se relacionan con la compensación de los usuarios. **Conclusiones:** Se requiere potenciar aspectos como la autoeficacia y la satisfacción usuaria, siendo pertinente la aplicación del Modelo de Promoción de la Salud.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Autoeficacia; Satisfacción del Paciente; Teoría de Enfermería; Enfermería.

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is a public health problem that causes biopsychosocial conditions among individuals with this disease, leading to the need to assess the different aspects that can affect their compensation such as patient self-efficacy and satisfaction. **Materials and Methods:** A quantitative descriptive correlational study was developed using the Health Promotion Model as a reference and including 86 individuals (56 women and 30 men) with diabetes mellitus type 2 using simple random sampling, from whom it was possible to identify their profile and perception of patient self-efficacy and satisfaction through the instruments for assessing self-efficacy in type 2 diabetes management (Cronbach's alpha of 0.85) and the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) (Cronbach's alpha of 0.88). **Results:** Most of the users are women (65%) in their adulthood (65.1%) who perceived themselves as self-efficient (82.6%) and show satisfaction with the service offered (76.7%) but showed metabolic decompensation (57%). There was an association between self-efficacy and age group ($p=0.002$), having a partner ($p=0.029$), glycosylated hemoglobin ($p=0.007$) and cognitive status in older adults ($p=0.017$), as well as between satisfaction and age group ($p=0.033$), gender (<0.001), and employment situation ($p=0.005$). **Discussion:** The established profile is consistent with that reported in other publications. Patient self-efficacy and satisfaction are aspects related to patient compensation. **Conclusions:** Patient self-efficacy and satisfaction need to be enhanced, as well as the application of the Health Promotion Model.

Key words: Diabetes Mellitus; Self-Efficacy ; Patient Satisfaction; Nursing Theory; Nursing.

Resumo

Introdução: A diabetes mellitus é um problema de saúde pública que causa condições biopsicossociais nos indivíduos que a sofrem, levando à necessidade de avaliar aspectos que possam afetar sua compensação, como auto-eficácia e satisfação do usuário. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa quantitativa descritiva e correlacional, tendo como referência o Modelo de Promoção da Saúde, que incluiu 86 indivíduos (56 mulheres e 30 homens) com diabetes mellitus tipo 2 por amostragem aleatória simples, em quem pôde estabelecer seu perfil, percepção de auto-eficácia e satisfação do usuário por meio do instrumento de avaliação da auto-eficácia em Diabetes Tipo 2 (alfa de Cronbach de 0,85) e no PACIC (Avaliação do Paciente em Cuidados de Doença Crônica) (alfa de Cronbach de 0,88). **Resultados:** A maioria dos usuários é do sexo feminino (65%), na fase adulta (65,1%), percebe-se auto-eficaz (82,6%) e mostra satisfação com o serviço oferecido (76,7%), apresentando descompensação metabólica (57%). Observou-se associação entre auto-eficácia e faixa etária ($p = 0,002$), ter um parceiro ($p = 0,029$), hemoglobina glicada ($p = 0,007$) e estado cognitivo de idosos ($p = 0,017$), bem como entre satisfação e faixa etária ($p = 0,033$), sexo ($<0,001$) e status de emprego ($p = 0,005$). **Discussão:** O perfil estabelecido coincide com o relatado em outras publicações. A auto-eficácia e satisfação do usuário são aspectos relacionados à remuneração dos usuários. **Conclusões:** É necessário aprimorar aspectos como auto-eficácia e satisfação do usuário, sendo pertinente a aplicação do Modelo de Promoção da Saúde.

Palavras chave: Diabetes Mellitus; Auto-Eficácia; Satisfação do Paciente; Teoria de Enfermagem; Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La *Federación internacional de la diabetes* (FID) estimó que para el 2019 la cifra de adultos con diabetes mellitus alcanzaría los 423 millones a nivel mundial, aumentando progresivamente hasta alcanzar en el 2030 578 millones y para el 2045 en 700 millones de personas afectadas con esta condición de salud, identificándose como causas principales las deficiencias en el autocuidado existente en hábitos como la actividad física y la alimentación que conducen al sedentarismo y alteraciones del peso por exceso, siendo estos dos factores considerados como predisponentes para la aparición de esta patología¹.

El aumento de los casos se considera relevante para la salud pública debido a las implicaciones que tiene tanto para la salud de los individuos como para el entorno social y familiar, ya que es responsable de afecciones que causan pérdida de la funcionalidad y que por ende alteran las dinámicas familiares y laborales, repercutiendo en la salud de quien la padece y de los sujetos que constituyen su núcleo familiar, además de sus ingresos económicos debido al ausentismo laboral y el costo asociado a los procesos de rehabilitación².

Según los datos otorgados por la *International Diabetes Federation* (IDF), se estima que en 2017 en Centro y Sur América entre el 6,7 y 9,8% de la población adulta padece de esta patología, alcanzando el 11% para población adulta chilena ubicada en el rango comprendido entre los 20 a 79 años, lo cual ubica al país en el segundo lugar en Sudamérica, contribuyendo al 35% de morbilidad renal crónica, y a la mortalidad por causas cardiovasculares, las cuales ocupan el primer lugar en el contexto nacional^{3,4}.

En los últimos años desde el Ministerio de Salud en Chile, se han implementado estrategias encaminadas a optimizar la detección temprana y el acompañamiento de los usuarios ya diagnosticados, entre ellas la creación del programa de Salud Cardiovascular en el 2002, desde el cual se reorientó la atención de usuarios diabéticos, hipertensos y/o dislipidémicos, quienes hasta ese momento eran atendidos desde el contexto individual de cada patología, definiendo a su vez el equipo de salud que debería estar a cargo de su atención: profesional de enfermería, medicina, nutrición y técnicos en enfermería. En el 2017 se incorporó al químico farmacéutico con el fin de realizar atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico, y se reconoció por primera vez la elaboración de diagnósticos de enfermería, siendo estos, aspectos novedosos en las guías emitidas desde dicha entidad⁵.

Es de destacar que tanto las guías y orientaciones técnicas del programa de salud cardiovascular en el contexto país tienen énfasis en la organización y funcionamiento del mismo en pro de garantizar la continuidad de la atención y otros aspectos establecidos en el marco de la calidad de la atención, reconociendo además la necesidad de incluir en la valoración de los sujetos de cuidado elementos concordantes con los modelos biopsicosocial y de atención de salud familiar y comunitaria⁶, aspectos que se identifican y registran como parte de la atención de enfermería en el contexto de la atención primaria en salud.

Por este motivo, y en consideración que en dichos modelos se establece como principio ubicar al usuario como el centro de las acciones sanitarias, se ha incorporado la indagación intencionada de aspectos de carácter personal tal como la valoración de sus percepciones, entre ellas su autoeficacia, teniendo presente que ésta puede incidir favorablemente en el cuidado de su salud⁷.

La valoración de la autoeficacia percibida frente al cumplimiento de medidas terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas es relevante en el acompañamiento que se realiza al usuario, debido a que se ha podido evidenciar su relación con la adherencia al tratamiento, además de favorecer la motivación hacia su propio cuidado, conllevando ello a la regulación de conductas y cogniciones en pro de lograr sus objetivos en salud⁶⁻¹⁰.

El concepto de autoeficacia constituye uno de los pilares sobre el cual se fundamenta el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), postulado por la enfermera estadounidense Nola J. Pender. Entre los conceptos de dicho modelo se encuentran la conducta promotora de salud, los factores personales, barreras para la acción, influencias tanto personales como situacionales, autoeficacia, entre otros^{11,12}.

Desde este paradigma, en un usuario que parece de diabetes su compensación metabólica puede considerarse como la conducta promotora de salud a lograr, por lo cual se debe tener en cuenta que esta se verá afectada por sus características y experiencias individuales, además de las cogniciones y afectos específicos, surgiendo así la necesidad de valorar la autoeficacia que percibe para poder llevarlas a cabo.

Sumado a lo anterior, existen elementos cotidianos de la atención sanitaria que generan influencias situacionales, entre ellos la percepción que tiene el usuario frente al servicio otorgado por la institución de salud a la cual pertenece, haciendo pertinente determinar en forma periódica su satisfacción, y empleando para ello instrumentos como el PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care), el cual ha sido sugerido desde el Ministerio de salud en Chile⁶, y que en el contexto de la Región De Los Lagos no ha sido aplicado en forma efectiva.

Por lo anteriormente expuesto, se estableció la necesidad de realizar la presente investigación, la cual se planteó como objetivo general analizar la autoeficacia y satisfacción usuaria en usuarios diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) pertenecientes a un Centro de Salud ubicado en la décima región en Chile. Como objetivos específicos, se consideró establecer el perfil sociodemográfico de los sujetos participantes, identificar su perfil clínico en relación con esta patología (compensación metabólica, años en tratamiento y diagnóstico de complicaciones), determinar su percepción de autoeficacia y satisfacción usuaria, y, por último, relacionar la autoeficacia percibida por los usuarios con su perfil sociodemográfico y clínico.

Es de mencionar que se trazó como propósito de esta investigación el fomentar el trabajo multiprofesional, mediante el acercamiento del químico farmacéutico tanto al usuario como al resto del equipo del programa cardiovascular, además de la visibilización de la gestión del cuidado de enfermería mediante su liderazgo en el desarrollo de investigaciones que representen un insumo para realizar las adecuaciones necesarias en el contexto de la calidad del cuidado ofrecido a los usuarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Cuantitativo, transeccional de tipo descriptivo y correlacional.

Población de estudio y tamaño de la muestra: Se tomó como base la prevalencia población en control de DM2 que acude al Centro de Salud Familiar (CESFAM), la cual se estipulaba en 1195 usuarios, a partir de los cuales se calculó una muestra de 86 participantes (Nivel de confianza: 95%, margen de error: 10%, heterogeneidad 60%, obtenida mediante la calculadora muestral Netquest ®).

Criterios de inclusión y exclusión: Se tuvo presente incluir a los usuarios que fueran mayores de 18 años, con capacidad cognitiva y física para evaluar su participación a través del proceso de consentimiento informado y responder el instrumento de evaluación, bien sea a través de entrevista o de forma autoaplicada, y que lleven 6 o más meses en el programa de salud cardiovascular del centro de salud.

Como criterios de exclusión se estableció aquellos usuarios quienes no tuvieran registro en el último año respecto de su hemoglobina glicosilada, y aquellos que, tras aceptar su participación, se nieguen a entregar información de forma parcial o total.

Procedimiento para la recolección de la información: Se invitó a participar a los usuarios entregando la hoja de información del estudio como parte del proceso de consentimiento informado, una vez aceptada su participación se procedió a firmar el acta correspondiente. La duración del proceso de recolección de la información fue de 3 meses.

El instrumento empleado contenía tres secciones: la primera de elaboración por los autores, la cual contenía información que facilitó establecer el perfil sociodemográfico y clínico, la segunda correspondía a la evaluación de autoeficacia a través del instrumento para la evaluación de autoeficacia en DM2 de la Universidad de Stanford la cual reporta un alfa de Cronbach de 0,85¹³, y la tercera permitió establecer la satisfacción usuaria, mediante el uso del instrumento PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) traducido al español, el cual presenta un alfa de Cronbach de 0,88^{14,15}. Es de mencionar que estas dos últimas secciones corresponden a instrumentos que han sido sugeridos por el Ministerio de Salud de Chile para su aplicación en ámbitos de atención primaria, además se garantizó que la aplicación del PACIC fuera realizada por personal externo a la institución, tal como se recomienda en la aplicación del mismo con el fin de resguardar su objetividad¹⁶.

El instrumento para la evaluación de la percepción de autoeficacia en DM2 de la Universidad de Stanford establece preguntas sobre el manejo cotidiano del usuario, otorgando la posibilidad de respuesta según una escala que va del 1 al 10, siendo 1 muy inseguro (a) y 10 muy seguro (a). Para su interpretación general, se tuvo en consideración la media de los puntajes de cada ítem, para posteriormente clasificarlos en alta (9 puntos y más), media (5 a 8 puntos) y baja (1 a 4 puntos).

Para la sección tres, correspondiente a la satisfacción usuaria según el PACIC, se tuvo presente en primer lugar, realizar la interpretación general de satisfacción, para posteriormente evaluar cada uno de los 5 factores que la constituyen: activación del paciente (preguntas 1, 2, 12, 16 y 20), diseño de un sistema de entrega de cuidados/apoyo en la decisión (preguntas 4-7, 9 y 15), diseño de objetivos (3,8,11,13 y 14), resolución de problemas considerando el contexto del paciente (preguntas 10 y 17, y seguimiento – coordinación (preguntas 18 y 19). La interpretación de cada ítem y/o factor se estableció tomando como referencia que un puntaje de 3 o más puntos era satisfactorio e insatisfactorio si este era menor de 3.

Variables: Tomando como referencia el MPS, se consideró la autoeficacia y la satisfacción usuaria como variables dependientes que hacían parte de las cogniciones y afecto específicos de la conducta, mientras que como variables independientes se definió el perfil sociodemográfico y clínico los cuales se consideró que hacían parte de las características y experiencias individuales, específicamente en el ítem de factores personales.

Análisis de datos: La información de cada variable se organizó en una hoja de Excel, a partir de la cual algunas fueron dicotomizadas. Tras la organización de la información esta fue ingresada al programa SPSS versión 20, posteriormente se realizó el análisis descriptivo y correlacional considerándose significativos valores de $p = \leq 0,05$. En consideración de la distribución de la muestra se empleó el coeficiente de Spearman.

Consideraciones éticas: El trabajo contó con la revisión y aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud del Reloncaví ubicado en la Región de Los Lagos en Chile (ordinario 04-2018). Se declaró el proceso de consentimiento informado y de recolección de la información, para lo cual se tuvo presente los aspectos ético-legales establecidos en la legislación vigente a nivel país por las leyes 20.120 y 19.628, y normativas internacionales relacionadas, adicionalmente se estableció el marco ético dando cumplimiento a los principios éticos de Ezekiel Emanuel¹⁷⁻²¹, entre los cuales se destacan aspectos como la utilidad social de los resultados, el anonimato y confidencialidad de la información recolectada.

RESULTADOS

En relación con el perfil sociodemográfico, los usuarios/as en su mayoría fueron mujeres, en etapa adulta, con pareja, hijos, de creencia católica y evangélica, bajo nivel educativo y recibían remuneración por su oficio; es de destacar en relación a este último aspecto, que se identificó un 40,7% de usuarios que realizaban oficios no remunerados o se encontraban desempleados/as ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los participantes. N: 86

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Hombre	30	34,9
Mujer	56	65,1
Grupo etario		
Adulto (30 a 64 años)	56	65,1
Adulto mayor (65 y más)	30	34,9
Pareja		
Si	60	69,8
No	26	30,2
Hijos		
Si	79	91,9
No	7	8,1
Creencias		
Católica	46	53,5
Evangélica	25	29,1
Ninguna	10	11,6
Otra	5	5,8
Nivel educativo		
Bajo	70	81,4
Alto	16	18,6
Situación laboral		
Oficio remunerado	51	59,3
Oficio no remunerado o desempleado	35	40,7

Fuente: Elaboración propia de los autores

Respecto del perfil clínico, se pudo apreciar que los participantes en su mayoría tuvieron entre 6 meses a 5 años de tratamiento, y presentaron descompensación de su diabetes evidenciada por la cifra de hemoglobina glicosilada, pese a ello su historial clínico no reportó complicaciones (75,5%); entre quienes, si las tuvieron, la retinopatía fue la principal de ellas ([Tabla 2](#)). Es de mencionar que en la clasificación de “otras” se incluyó a quienes habían tenido úlcera del pie, coma hiperosmolar, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular ó neuropatía.

En los usuarios adultos mayores se evaluó su estado cognitivo a través del test minimental (MMSE por sus siglas en inglés: Mini Mental State Examination), el cual hace parte de la valoración integral que ofrece el EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor) en el programa del adulto mayor en Chile; los resultados arrojaron un resultado normal para la mayoría de ellos, no obstante, se evidenció que aproximadamente a un cuarto de esta población no se le había efectuado dicha valoración.

Tabla 2. Perfil clínico de los participantes

Variable	Frecuencia	%
Tiempo en tratamiento		
De 6 meses a 5 años	46	53,5
Más de 5 años	40	46,5
Hemoglobina glicosilada		
Compensación	34	39,5
Descompensación	49	57
Sin registro	3	3,5
Complicaciones		
Ninguna	65	75,5
Otras	6	7,1
Retinopatía	6	7,1
Retino y/o nefropatía	5	5,7
Angina ó infarto agudo del miocardio	4	4,6
Minimental test en adultos mayores		
Normal	19	63,4
Alterado	4	13,3
No reportado	7	23,3

Fuente: Elaboración propia de los autores

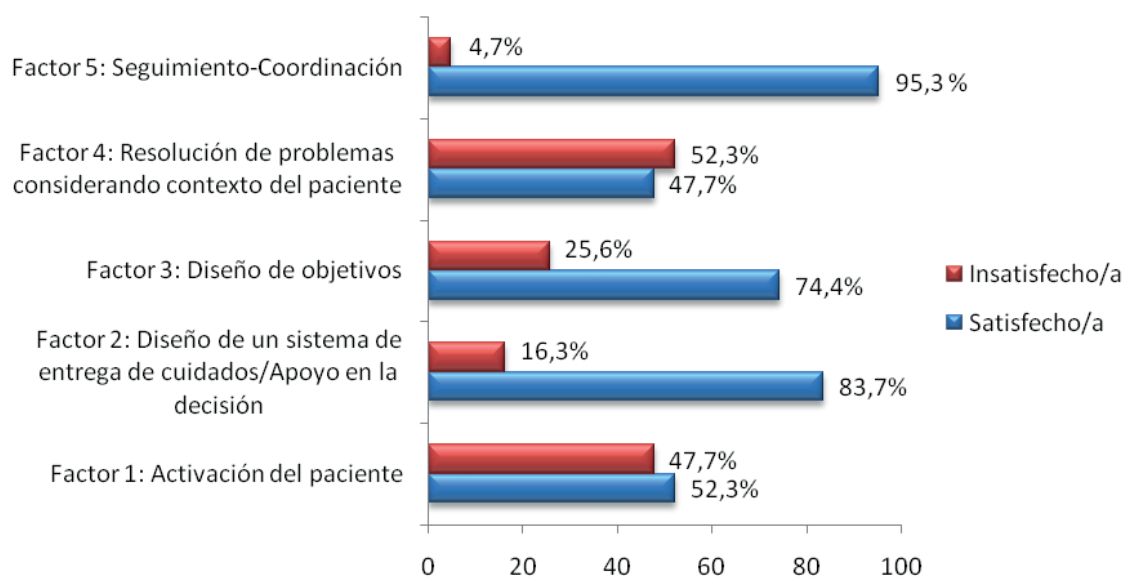
Al evaluar la autoeficacia se identificó que el 82,6% de los usuarios se percibió en un rango alto y el 17,4% en rango medio y bajo, siendo los parámetros con mejor evaluación la seguridad de identificar cuándo deben acudir al médico debido a cambios en su patología, y el control que creen tener sobre su patología para que esta no interfiera en las actividades que desea hacer. El ítem en el que evidenció menor autoeficacia fue el de poder llevar a cabo actividad física regular y suficiente ([Tabla 3](#)).

Tabla 3. Descripción de la autoeficacia por ítems

Ítem	Puntaje promedio	Moda
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de poder evaluar cuando los cambios en su enfermedad significan que usted debe visitar a su médico?	8,6	10
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de poder controlar su diabetes para que no interfiera con las cosas que quiere hacer?	8,3	10
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de poder escoger los alimentos apropiados para comer cuando tiene hambre (por ejemplo, bocadillos)?	7,8	10
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de poder saber qué hacer cuando su nivel de azúcar en la sangre sube o baja más de lo normal para usted?	7,5	10
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de continuar su dieta cuando tiene que preparar o compartir alimentos con personas que no tienen diabetes?	7,1	10
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de poder comer sus alimentos cada 4 o 5 horas todos los días, esto incluye tomar desayuno todos los días?	7	10
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de poder hacer algo para prevenir que su nivel de azúcar en la sangre disminuya cuando hace ejercicios?	6,5	10
• ¿Qué tan seguro (a) se siente usted de poder hacer ejercicios de 15 a 30 minutos, unas 4 o 5 veces por semana?	4,8	1

Fuente: Elaboración propia de los autores

Respecto de la satisfacción en general medida a través del PACIC, se pudo establecer que el 76,7% de los usuarios se encontraban satisfechos por el servicio ofrecido. La distribución porcentual de cada factor que aborda el instrumento se puede apreciar en la [Figura 1](#).

**Figura 1. Satisfacción según factores del Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)**

Fuente: Elaboración propia de los autores

En consideración de los datos por factor y por componentes de los factores, se pudo apreciar que:

- El factor 5 **Seguimiento-Coordinación** fue el mejor evaluado (95,3%), seguido por el factor 2 **Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión** con un 83,7% (Ilustración

- 1); en este último factor los ítems “Me preguntaron cuáles eran mis objetivos respecto a mi enfermedad” y “me dieron una copia de mi tratamiento” fueron los que superaron levemente el puntaje de corte ([Tabla 4](#)).
- El factor 4 **Resolución de problemas considerando contexto del paciente** presentó insatisfacción el el 53,3% (Ilustración1). En este ítem se evalúan dos componentes relacionados con el vínculo hacia redes de apoyo, en los cuales se obtuvo un puntaje promedio de 2,7, siendo un factor importante a abordar ([Tabla 4](#)).
 - Pese a que el factor 1 **Activación del paciente** en su mayoría fue satisfactorio, un 47,7% de la población refirió insatisfacción (Ilustración 1). Entre los aspectos que refirieron insatisfacción fue el relacionado con dar varias opciones de tratamiento para que el usuario las tuviera en consideración, llamarlo/a después de una visita para saber si había mejorado, y consultarle cómo fueron las visitas con otros médicos ([Tabla 4](#)).
 - Pese a que el factor 3 **Diseño de objetivos** fue evaluado como satisfactorio (Ilustración1), parámetros como “se me preguntó si tenía algún problema con los efectos adversos de mis medicamentos”, y “me ayudaron a planificar por anticipado cómo afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad” superaron levemente el puntaje de corte, con 3 y 3,3 puntos respectivamente ([Tabla 4](#)).

Tabla 4. Descripción de la satisfacción según factor

Ítem por factor	Media	Interpretación cualitativa por ítem según media	Moda	Curtosis
Factor 1: Activación del paciente				
• Preguntaron mi opinión cuando se me explicó el tratamiento a seguir.	3,5	Satisfecho/a	5	-2
• Se me dieron varias opciones de tratamiento para que pensara.	2,7	Insatisfecho/a	1	-2
• Me daba cuenta que el médico o la enfermera tenía en cuenta mis valores y costumbres, cuando me recomendaban algún tratamiento.	3,9	Satisfecho/a	5	-1
• Me llamaron después de una vista para saber si había mejorado.	2,3	Insatisfecho/a	1	-1
• Me preguntaron cómo fueron mis visitas con otros médicos.	2,4	Insatisfecho/a	1	-2
Factor 2: Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo en la decisión				
• Se me dio una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud.	4,3	Satisfecho/a	5	1,4
• Estuve satisfecho por la organización de los cuidados que recibí.	4,4	Satisfecho/a	5	2,9
• Me enseñaron cómo lo que yo hacía por cuidar mi salud tenía influencia en mi enfermedad.	4,3	Satisfecho/a	5	1,4
• Me preguntaron cuáles eran mis objetivos respecto a mi enfermedad.	3,3	Satisfecho/a	5	-2
• Me dieron una copia de mi tratamiento.	3,3	Satisfecho/a	5	-2
• Me preguntaron sobre cómo mi enfermedad afectaba mi vida.	4,1	Satisfecho/a	5	0,3
Factor 3: Diseño de objetivos				
• Se me preguntó si tenía algún problema con los efectos de mis medicamentos.	3	Satisfecho/a	1	-2
• Me ayudaron a tener metas específicas para mejorar mi forma de comer o el nivel de ejercicio.	3,8	Satisfecho/a	5	-1
• Me preguntaron sobre mis hábitos en salud.	3,9	Satisfecho/a	5	-1
• Me ayudaron a hacer un tratamiento que pudiera seguir en mi vida diaria.	4,3	Satisfecho/a	5	1,2
• Me ayudaron a planificar por anticipado cómo afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad.	3,3	Satisfecho/a	5	-2

Ítem por factor	Media	Interpretación cualitativa por ítem según media	Moda	Curtosis
Factor 4: Resolución de problemas considerando contexto del paciente				
• Me aconsejaron que acudiera a una clase ó que contactara con un grupo que me ayudara a llevar mi enfermedad.	2,7	Insatisfecho/a	1	-2
• Me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad (asociaciones, escuelas, etc.) que pudieran ayudarme.	2,7	Insatisfecho/a	1	-2
Factor 5: Seguimiento Coordinación				
• Me enviaron a un (a) nutricionista, educador de la salud, o consejería.	4,6	Satisfecho/a	5	5,4
• Me explicaron cómo el consultar otros médicos (ejemplo oftalmólogo ó cirujano), me ayudaría en mi tratamiento.	3,8	Satisfecho/a	5	-1

Fuente: Elaboración propia de los autores

Al realizar el análisis correlacional, se encontró relación entre la autoeficacia y el grupo etario ($p=0,002$), el contar con pareja ($p=0,029$), la hemoglobina glicosilada ($p=0,007$) y el estado cognitivo de los adultos mayores establecidos a través del test Minimental ($p=0,017$). Las variables grupo etario y el contar con pareja presentaron correlación negativa, se evidenció que la percepción de autoeficacia era mayor en adultos mayores y disminuía en personas con pareja ([Tabla 5](#)).

Al evaluar la relación entre la satisfacción y el perfil del usuario, se encontró asociación entre ésta y el grupo etario ($p=0,033$), el sexo ($p<0,001$), y la situación laboral ($p=0,005$). Las variables grupo etario y situación laboral presentaron correlación negativa, apreciándose que la satisfacción decrecía entre más joven era la población y en personas desempleadas o quienes no recibían alguna remuneración por su oficio ([Tabla 5](#)).

Tabla 5. Correlaciones entre autoeficacia y satisfacción con el perfil de los participantes

	Autoeficacia		Satisfacción	
	P	Correlación de Spearman	p	Correlación de Spearman
Grupo etario	0,002	-0,336	0,033	-0,230
Sexo	0,890		< 0,001	0,990
Pareja	0,029	-0,236	0,979	
Hijos	0,418		0,558	
Creencias	0,821		0,591	
Nivel educativo	0,191		0,259	
Situación laboral	0,605		0,005	-0,080
Tiempo en tratamiento	0,260		0,910	
Hemoglobina glicosilada	0,007	-0,127	0,74	
Minimental test	0,017	0,337	0,110	
Complicaciones	0,271		0,558	

Fuente: Elaboración propia de los autores

Tanto la autoeficacia como la satisfacción, no arrojaron asociaciones significativas con las complicaciones de la DM evidenciadas en los usuarios del estudio.

DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico identificado coincide con el declarado a nivel país y otros estudios de investigación en el que se evidencia mayor presencia de esta condición de salud en mujeres e individuos con bajo nivel educativo^{4,22-24}; resulta interesante relevar la brecha de género identificada en relación del número de usuarios que realizan oficios no remunerados, en quienes existe predominio de las mujeres aspecto que es coincidente que con la realidad de algunos países²⁵, representando un factor del entorno que pudiese influir negativamente en la motivación de las usuarias para desarrollar conductas promotoras de salud enfocadas en la compensación metabólica de la DM2.

En relación con el perfil clínico puede mencionarse que coincide con los datos reportados en Chile y en particular en la Región De Los Lagos, respecto de la baja compensación que presentan los usuarios con DM2, y que se estipula en aproximadamente el 40%²⁶.

Es de destacar que la mayoría de la población evaluada evidencia no tener complicaciones secundarias a la DM2 y llevar menos de 5 años en tratamiento, sin embargo, la descompensación metabólica predominante facilita el escenario para la aparición de dichas complicaciones en un corto o mediano plazo, siendo este un parámetro relevante a abordar con los usuarios.

En cuanto a la funcionalidad cognitiva de los adultos mayores evaluados, puede afirmarse que es coincidente con la evidenciada a nivel país para este grupo etario siendo una característica individual que potencia su estabilidad clínica, no obstante, la falta de evaluación a través del EMPAM podría representar un riesgo para el abordaje integral de su condición de salud, al dificultar la detección temprana de síndromes geriátricos que pueden afectar negativamente su compensación metabólica²⁷⁻²⁹.

En consideración de la alta autoeficacia percibida por los usuarios, es de mencionar la relevancia que dieron a saber cuándo deben acudir al médico debido a cambios en su condición de salud, y a la poca interferencia que representa la diabetes en su vida, siendo coherente con lo identificado en otras investigaciones y en evaluaciones de calidad de vida reportadas para el contexto nacional^{30,31}. Estos aspectos pueden considerarse como favorables, ya que aportan a las cogniciones y afectos específicos de la conducta requeridos para el logro de conductas promotoras de salud.

Resulta poco sorprendente que el ítem en el que se evaluó la autoeficacia para llevar a cabo actividad física haya sido el que reportó menor puntuación, ya que en Chile existe predominio de sedentarismo en la población general, alcanzando el 86,7% según los datos suministrados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), posicionando al país en segundo lugar entre los países que integran dicha organización^{32,33}.

La significancia estadística entre la percepción de autoeficacia y variables tanto personales como clínicas, fueron las esperadas, ya que aspectos como el nivel cognitivo conservado, y el contar con el apoyo del entorno refuerzan dicha percepción y facilitan la compensación clínica de los usuarios³⁴⁻³⁶.

Respecto de la satisfacción usuaria, cabe mencionar que es un concepto a incluir como parte de las cogniciones y afectos específicos de la conducta, y a su vez de las características y experiencias individuales cuando se valora al usuario desde el MPS, al respecto cabe destacar que existe evidencia en la cual se establece que la percepción de satisfacción con la compensación metabólica de los usuarios³⁷, lo cual puede interpretarse como una medición indirecta de la adherencia al tratamiento. Entre los aspectos con mayor valoración de satisfacción evidenciados se destaca la importancia de

la comunicación con el usuario para la concertación y logro de objetivos, motivo por el cual es necesario que los profesionales de salud cuenten con esta competencia como parte de su formación universitaria³⁸⁻⁴⁰, y que desde el ámbito laboral se refuerce dicha competencia a través de actividades de capacitación.

Es de mencionar que la correlación inversa encontrada respecto de la satisfacción usuaria y la situación laboral, pudiese guardar relación con una mayor facilidad para acudir a las consultas de control y seguimiento⁴¹, sin embargo, no se encontró literatura científica disponible suficiente para corroborar esta afirmación.

En cuanto a la correlación evidenciada entre la percepción de autoeficacia y variables como la edad y la presencia de pareja, puede interpretarse a la luz de otros paradigmas de enfermería desde los que se considera que el autocuidado aumenta con la edad y maduración de los individuos, motivo por el cual sería esperable una mayor percepción de autoeficacia, no obstante, la presencia de pareja como un factor que afecta en forma negativa dicha percepción es una condición que debe estudiarse con más detalle⁴².

La insatisfacción se evidenció en aspectos que conllevan al vínculo del usuario a redes de apoyo para la resolución de sus problemas, siendo este un parámetro que debe abordarse institucionalmente facilitando el desarrollo de actividades grupales que permitan a los usuarios intercambiar experiencias, reforzando así su seguridad y confianza en la implementación de conductas promotoras de salud⁴³, requiriendo además de estrategias de acompañamiento individual por parte profesionales de enfermería, las cuales han demostrado tener implicaciones positivas en su salud⁴⁴.

Se reconoce como una limitante de la presente investigación que por las características del muestreo sus resultados son aplicables solo al contexto en el que se realizó, además, el diseño metodológico impide explorar otros aspectos de tipo cualitativo, el cual sería pertinente intencionar en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

Pese a que la mayoría de usuarios no han logrado alcanzar una conducta promotora de salud evidenciada en su compensación metabólica, factores como su percepción de autoeficacia y la satisfacción frente al servicio sanitario ofrecido son aspectos que podrían emplearse en la atención cotidiana para potenciarla.

Las instituciones de atención primaria en salud deben fomentar en los usuarios con patologías crónicas como la diabetes tanto su bienestar físico como cognitivo a través de la actividad física y la implementación de estrategias que faciliten el desarrollo de influencias interpersonales y situacionales, visibilizándose para ello la necesidad del liderazgo de los profesionales de enfermería, quienes desde su rol como gestores del cuidado deben: facilitar la articulación del trabajo multiprofesional tanto para las acciones individuales como comunitarias teniendo en consideración la reciente incorporación del químico farmacéuticos; evaluar y potenciar las competencias comunicativas del equipo de salud, y garantizar la continuidad de los cuidados; con ello se aportaría al abordaje integral de las personas a su cuidado, en consideración de la cronicidad que representa su condición de salud.

De acuerdo con los hallazgos se establece la necesidad de desarrollar investigaciones de tipo cualitativo encaminadas a indagar respecto de las experiencias de cuidado de enfermería en el contexto evaluado,

lo cual contribuiría a identificar aspectos que faciliten mejorar la calidad de la atención y el bienestar de sus usuarios.

Agradecimientos

Agradecemos a las funcionarias del Centro de Salud Alerce: Paula Brevis Directora, a la enfermera Carla Vásquez y a la químico farmacéutica Alejandra Sanhueza Silva, y a las químico farmacéuticas del Servicio de Salud del Reloncaví: Marcela Barrientos y Marcela Uribe, quienes se interesaron y apoyaron el desarrollo de esta investigación.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **International Diabetes Federation.** Atlas de la diabetes de la FID.9ª ed. IDF; 2019.168p.
2. **Organización Mundial de la Salud.** Diabetes, nota descriptiva. Centro de prensa WHO; 30 de octubre de 2018.
3. **International Diabetes Federation.** Atlas de la diabetes de la FID.8ª ed. IDF; 2017, 144p.
4. **Sapunar A., J.** Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile. *Rev.Med. Clin.Condes*2016; 27 (2):146-51. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.003>
5. **Ministerio de Salud de Chile.** Orientación técnica: Programa de Salud Cardiovascular. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; 2017.
6. **Ministerio de Salud de Chile.** Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, dirigidos a equipos de salud. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; 2012.
7. **Guerrero AJM, Parra SLR, Mendoza OJC.** Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Rev Cubana Salud Pública.* 2016; 42(2), 193-203.
8. **González-Cantero J, González ÁM, Vázquez CJ, Galán S.** Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista De Investigación En Psicología.* 2016; 18(1), 47-61. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i1.11772>
9. **Rincón-Romero KM, Torres-Contreras C, Corredor-Pardo KA.** Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Ciencia y Cuidado.* 2017; 14(1): 40-59. <https://doi.org/10.22463/17949831.806>
10. **Canales VS, Barra AE.** Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud.* 2014; 24(2): 167-73.
11. **Sakraida TJ.** Modelo de Promoción de la Salud. En: RaileAlligood M, MarrinerTomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 8 ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p 434 -453
12. **Cadena EJC, González OY.** El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 2017;19(1):107-21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.ecep>
13. **González-Cantero JO, González ÁMA, Vásquez CJ, Galán CS.** Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista IIPSO Facultad de Psicología UNMSM.* 2015; 18 (1): 47-61. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i1.11772>
14. **Lagos GME, Salazar MA, Salas FP.** Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario: evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes. *RevMed Chile.* 2017; 145: 869-78. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000700869>
15. **Aung E, Ostini R, Dower J, Donald M, Coll JR, Williams GM, Doi SAR.** Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in Type 2 Diabetes: A Longitudinal Study. *Evaluation&theHealthProfessions*2016;39(2):185-203. <https://doi.org/10.1177/0163278714556674>
16. **Ministerio de Salud de Chile.** Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Directrices para la implementación. Santiago (Chile): *Ministerio de Salud*; 2015.
17. **Ley 20.120.** Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Santiago, Chile, 22 septiembre de 2006.
18. **Ley 19.628.** Sobre la protección de la vida privada. Santiago, Chile, 18 de agosto de 1999 última versión: 23 Julio 2011 (Ley 20.521).
19. **Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.** Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con los seres humanos. 4ed. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016, 150 p.
20. **Álvarez VP.** Ética e investigación. *Revista Boletín Redipe*2018; 7(2):122-49.

21. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *JAMA*. 2000; 283(20): 2701-11. <https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>
22. Bautista RLM, Zambrano PGE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 2015; 17(1): 131-48. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.lcdv>
23. Cántaro K, Jara J, Taboada M, Mayta-Tristán P. Asociación entre las fuentes de información y el nivel de conocimientos sobre diabetes en pacientes diabéticos tipo 2. *Endocrinol Nutr.* 2016; 63(5): 202-11. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.01.005>
24. Lenz R, Zarate A, Rodríguez J, Ramírez J. Niveles de hemoglobina glicosilada y diferencia en el gasto en salud de pacientes diabéticos: un estudio econométrico. *Rev. méd. Chile.* 2014; 142 (7): 841-49. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000700004>
25. Domínguez AM, Muñiz TL, Rubilar DG. El trabajo doméstico y de cuidados en las parejas de doble ingreso: análisis comparativo entre España, Argentina y Chile. *Papers.* 2019; 104 (2): 337-74. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2576>
26. Gobierno de Chile - Departamento de Estadística e información en salud (DEIS). Población en control según metas de compensación, por región y Servicio de Salud, SNSS. Chile: Ministerio de Salud, Programa de salud cardiovascular, 2018.
27. Ministerio de Salud de Chile. Principales resultados de la encuesta de calidad de vida del adulto mayor, e impacto del pilar solidario. Santiago (Chile): Subsecretaría de previsión social; 2018, 105 p.
28. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria. 1 ed. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; 2014, 108 p.
29. Ministerio de Salud de Chile. Programa nacional de salud de las personas adultos mayores. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; 2014, 238p.
30. Bautista RLM, Zambrano PGE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 2015; 17(1): 131-48. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.lcdv>
31. Rosell J, Herrera MS, Fernández MB, Rojas M. Chile y sus adultos mayores: 10 años de la encuesta de calidad de vida en la vejez UC- Caja Los Andes. 1 ed. Santiago (Chile); 2017, 111p.
32. Organización de las naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. Día Mundial de la Alimentación: Chile es el segundo país de la OCDE con la más alta tasa de obesidad. Noticias FAO Chile; 15 octubre 2018.
33. Martínez MA, Leiva AM, Petermann F, Garrido A, Díaz X, Álvarez C, et al. Factores asociados a sedentarismo en Chile. Evidencia de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Rev. méd. Chile.* 2018; 146(1): 22-31. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000100022>
34. Mar-García J, Peñarrieta-de Córdova I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S, et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enferm Universitaria.* 2017; 14(3): 155-61. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
35. Leitón-Espinoza ZE, Villanueva-Benites ME, Fajardo-Ramos E. Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Salud Uninorte.* 2018; 34(2): 443-54. <https://doi.org/10.14482/sun.34.2.616.46>
36. Barriá-Ruiz SRJ, Leiva-Caro JA. Relación entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con adherencia farmacológica en adultos mayores diabéticos. *Gerokomos.* 2019; 30(1): 18.
37. Mulyani R, Hartanto D. The relationship between patient satisfaction and effectiveness of insulin-based therapy for type 2 diabetes mellitus at Ulin Regional Public Hospital, Banjarmasin. *Pharmaciana.* 2018. 8 (1): 63-70. <https://doi.org/10.12928/pharmaciana.v8i1.7633>
38. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1297-1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
39. Rojas MM, González ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educación Médica Superior.* 2018; 32(3).
40. González OHL, Uribe PCJ, Delgado RHD. Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica.* 2015; 16 (4): 227-33. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.10.008>
41. Tobar M, Acuña O. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Rev Chil Salud Pública.* 2012; 16(2): 131-36. <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2012.20297>
42. Rodríguez SY, Gallegos CEC, Gutiérrez VJM, Alarcón LNS. Teoría de auto-manejo y control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Journal Health NPEPS.* 2017; 2 (2): 444.
43. Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo Social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cuid.* 2017; 8(2): 1668-76. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
44. Frei A, Senn O, Chmiel C, Reissner J, Held U, Rosemann T. Implementation of the Chronic Care Model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemic control. *Diabetes Care.* 2014; 37(4): 1039-47. <https://doi.org/10.2337/dc13-1429>