

 Artículo de investigación

Patrones actitudinales de pacientes con diabetes en Venezuela

 ID ib
 Emmanuel-Jesús Velásquez-Zambrano¹; Pablo-Ignacio Hernández-Rivas¹

1. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Resumen

Introducción: las actitudes son predisposiciones para actuar de una manera determinada a partir de respuestas de carácter afectivo, cognitivo y conductual.

Objetivo: distinguir los patrones actitudinales sobre su enfermedad en las personas con diabetes mellitus tipo 1 y 2 de Venezuela.

Métodos: estudio descriptivo transversal en el que se valoró la actitud sobre la diabetes de 100 sujetos a través de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp), la cual fue traducida al castellano y validada para Venezuela de forma previa. Se aplicó un análisis de componentes principales a las cinco dimensiones de dicha escala, seguido de un procedimiento de conglomerado jerárquico, lo que permitió determinar los patrones actitudinales de los pacientes.

Resultados: las dimensiones con mayor puntaje promedio fueron Necesidad de entrenamiento especial ($3,61 \pm 0,38$), Valoración del control estricto ($3,17 \pm 0,44$) y Autonomía del paciente ($3,08 \pm 0,39$), mientras que la Valoración del impacto psicosocial ($2,32 \pm 0,45$) registró el menor puntaje. Se encontraron tres patrones actitudinales: el primero representa al 40 % de la muestra y obtuvo puntuaciones elevadas en las cinco dimensiones; el segundo agrupa al 21 % de los pacientes y se distingue por una muy baja puntuación en las dimensiones Percepción de la gravedad, Valoración del control estricto e impacto psicosocial; el tercero representa al 39 % de la muestra y valores significativamente menores en las dimensiones Necesidad de entrenamiento especial y Autonomía del paciente.

Conclusión: los tres patrones actitudinales se diferenciaron por el componente emocional y se asociaron al grupo etario y nivel educativo de los pacientes.

Palabras clave: actitudes; educación; motivación; diabetes tipo 1; diabetes tipo 2; análisis de componentes principales; patrones; equipo de atención al paciente; conocimientos en salud; autocuidados; Venezuela.

Información del artículo



Autor de correspondencia
enmanuelvz@gmail.com



Cómo citar este artículo

Velásquez-Zambrano EJ, Hernández-Rivas PI. Patrones actitudinales de pacientes con diabetes en Venezuela. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2023;23(1), e068.



<https://doi.org/10.18270/rce.v23i1.3988>



Recibido: 24-04-2022

Aprobado: 23-01-2024



Ediciones anteriores 

Redes sociales



Attitudinal patterns of patients with diabetes in Venezuela

Abstract

Introduction: Attitudes are predispositions to act in a certain way based on affective, cognitive, and behavioral responses.

Objective: To distinguish attitudinal patterns towards diabetes in individuals with type 1 and 2 diabetes mellitus in Venezuela.

Methods: Cross-sectional descriptive study to assess attitudes towards diabetes in 100 individuals by using the Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp), previously translated into Spanish and validated for Venezuela. Principal component analysis was performed on the five dimensions of the scale, followed by a hierarchical clustering procedure to determine the patients' attitudinal patterns.

Results: The dimensions with the highest mean scores were need for special training (3.61 ± 0.38), tight control assessment (3.17 ± 0.44), and patient autonomy (3.08 ± 0.39), while psychosocial impact assessment (2.32 ± 0.45) had the lowest score. Three attitudinal patterns were found: the first, representing 40% of the sample, scored high on all five dimensions; the second, comprising 21% of patients, scored very low on severity perception, tight control assessment, and psychosocial impact assessment; the third, representing 39% of the sample, scored significantly lower on the need for special training and patient autonomy.

Conclusion: The three attitudinal patterns were differentiated by the emotional component and were associated with the age group and educational level of the patients.

Keywords: attitude; education; motivation; type 1 diabetes; type 2 diabetes; principal component analysis; patterns; patient care team; health knowledge; self-care; Venezuela.

Padrões atitudinais em pacientes com diabetes na Venezuela

Resumo

Introdução: Atitudes são predisposições para agir de determinada maneira com base em respostas afetivas, cognitivas e comportamentais.

Objetivo: distinguir os padrões de atitude em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 e 2 na Venezuela.

Métodos: Estudo descritivo-transversal onde a atitude gerada pelo diabetes em 100 sujeitos foi avaliada por meio da Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp), traduzida e adaptada para a Venezuela. Foi aplicada uma análise de componentes principais às 5 dimensões desta escala de atitude, seguida de um procedimento de agrupamento jerárquico, que permitiu determinar os padrões de atitude dos doentes.

Resultados: As dimensões com maior pontuação média foram: Necessidade de treinamento especial ($3,61 \pm 0,38$), Avaliação do controle estrito ($3,17 \pm 0,44$) e Autonomia do paciente ($3,08 \pm 0,39$), enquanto a Avaliação do impacto psicossocial teve a menor pontuação ($2,32 \pm 0,45$). Foram encontrados três padrões de atitude: O primeiro, representa 40% da amostra e obteve pontuações altas nas 5 dimensões. O segundo, agrupa 21% dos pacientes, destaca-se por uma pontuação muito baixa nas dimensões de Percepção da gravidade, Avaliação do controle estrito e Impacto psicossocial. O terceiro, agrupa 39% da amostra, com valores significativamente menores nas dimensões de Necessidade de treinamento especial e Autonomia do paciente.

Conclusão: Os três padrões de atitude foram diferenciados pelo componente emocional e foram associados à faixa etária e escolaridade dos pacientes.

Palavras-chave: atitude; educação; motivação; diabetes tipo 1; diabetes tipo 2; análise de componentes principais; padrões; equipe de assistência ao paciente; letramento em saúde; autocuidado; Venezuela.

Introducción

En 1975 la Comisión Nacional de Diabetes emitió su informe al Congreso de los EE. UU., en el cual sugirió que las actitudes relacionadas con la diabetes de los profesionales de la salud a menudo eran inapropiadas y que estas podrían conducir a resultados negativos para los pacientes. La Comisión no presentó evidencia científica para apoyar sus afirmaciones que parecían estar basadas en datos personales y anecdoticos. Para determinar si estas aseveraciones podrían ser soportadas por la investigación, con la ayuda de un panel nacional de expertos en diabetes, se desarrolló el cuestionario DAS-3 (Diabetes Attitude Scale) para profesionales de salud (1). Al revisar las respuestas dadas por médicos, enfermeras y nutricionistas a la DAS, se aclaró que sería útil saber cómo las personas con diabetes ven estos mismos problemas.

La escala permite medir las actitudes de los pacientes hacia la diabetes y está diseñada para facilitar las comparaciones entre pacientes y profesionales de la salud; también se puede utilizar para evaluar el impacto de los programas de educación en diabetes y la relación entre las actitudes y el comportamiento (1).

La actitud se concibe como la predisposición a favor o en contra existente en el sujeto y adquirida por aprendizaje para la adopción de acciones de autocuidado (2). Esta se encuentra condicionada por la incidencia de elementos de carácter afectivo (sentimientos y emociones de repulsión, atracción, placer), cognitivo (creencias, pensamientos) y conductual (intención, disposición de actuar), siendo la interrelación de estos tres elementos la que configuran la actitud (3). Una actitud positiva frente a la enfermedad favorece la reducción del estrés asociado, y una mayor receptividad al tratamiento mejora la autoestima y el sentido de autoeficacia, además de una percepción positiva sobre la salud (4). Por consiguiente, para poder iniciar un cambio de actitudes, es imprescindible considerar intervenir en estas tres dimensiones.

Se ha señalado que pese a conocer las pautas de tratamiento, la mayoría de las personas con diabetes tiene dificultades para seguirlas ininterrumpidamente (5), en especial el ejercicio físico, el autoanálisis de glucosa y el cumplimiento de la dieta; es decir, los pacientes no trasladan sus conocimientos a conductas. Lo anterior lleva a pensar que la obtención de conocimiento por parte de las personas con diabetes no influye necesariamente en su mejoría clínica.

Específicamente, con relación a la diabetes, el automanejo es crucial para minimizar las complicaciones y mantener la calidad de vida. Sin embargo, las fuertes demandas de controlar la diabetes tipo 1 y 2 pueden alterar la naturaleza del mundo social y socavar los recursos emocionales y de afrontamiento (6). En consecuencia, surge la importancia del aspecto emocional vinculado a la actitud de los pacientes para la educación en diabetes (7).

Stoop et ál. (8) encontraron que las personas con diabetes consideraron el tratamiento como una fuente de carga o angustia emocional, incluido el seguimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida, los efectos secundarios de la insulina y otros medicamentos asociados al tratamiento de la enfermedad. Estos pacientes mencionaron el cuidado de la diabetes como un factor de estrés. Las frustraciones incluyeron no sentirse apoyado por el proveedor de atención médica, recibir consejos poco realistas e inalcanzables, sentir que el proveedor médico no tuvo en cuenta su contexto al interpretar los datos de laboratorio o al dar consejos, y recibir consejos contradictorios de diferentes proveedores de atención médica.

Más recientemente, la Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) elaboró un modelo para la evaluación e intervención de individuos y poblaciones que viven con diabetes e identificó siete conductas de autocuidado que promueven el éxito y el autocontrol efectivo de la enfermedad, conocido como AADE 7 (American Association of Diabetes Educator 7). Estas conductas son afrontamiento saludable, alimentación saludable, estar activo, tomar medicación, supervisión, reducir el riesgo y resolución de problemas. Este documento es relevante, ya que le da especial importancia a la primera conducta, el afrontamiento saludable, definido como la actitud positiva hacia la diabetes, así como al autocuidado, los cuales se consideran fundamentales para el dominio de los otros seis comportamientos (9).

Por su parte, un *patrón de comportamiento* es una forma constante de pensar, sentir, reaccionar físicamente y actuar en determinada situación. Si dichos patrones nos han funcionado ante una circunstancia determinada, es normal que tendamos a repetirlos, aunque no siempre sea recomendable (2). No todas las personas tienen actitudes similares hacia la diabetes, por lo que distinguir sus patrones actitudinales permite agrupar a los pacientes que comparten características emocionales, cognitivas y conductuales, lo cual favorece su evaluación y control de acuerdo con el grupo al que pertenecen.

En Venezuela, se evidencia una escasa cantidad de estudios que valoren las actitudes y menos aún los patrones actitudinales en las personas con diabetes. Mejía et ál. (10) encontraron una mejoría en las dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales en 35 pacientes con diabetes tipo 2 del Estado Trujillo, luego de una intervención educativa de seis meses; mientras que Guerra et ál. (11), utilizando un instrumento no validado, duplicaron la puntuación actitudinal de mujeres con diabetes gestacional luego de acudir a un programa educativo de la institución. Lo anterior sugiere que las actitudes es un tema poco estudiado en Venezuela. Por tal motivo, el objetivo de este estudio fue distinguir patrones actitudinales en personas con diabetes tipo 1 y 2 sobre su enfermedad a través de la escala de medición de actitudes y motivaciones sobre diabetes (DAS-3sp) adaptada y validada para la población venezolana.

Métodos

Tipo de investigación

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal de julio a septiembre del 2015.

Muestra

El tamaño muestral fue determinado siguiendo los criterios establecidos para estudios factoriales considerando el número de ítems del cuestionario (12). La muestra fue seleccionada de forma no probabilística y a conveniencia; estuvo conformada por 100 pacientes, seleccionados con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, que asistieron a consulta de control en el servicio de endocrinología en tres hospitales tipo IV de la ciudad de Caracas, Venezuela (Hospital Universitario de Caracas, Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo y Hospital del Seguro Social Dr. Miguel Pérez Carreño).

Se consideraron como criterios de inclusión: edad comprendida entre 12 y 70 años, diagnóstico establecido de diabetes mellitus tipo 1 y 2, tiempo de diagnóstico no menor a 6 meses, mínimo sexto grado de instrucción aprobado, recibir tratamiento con insulina o con medicamentos orales asociados o no a insulina y aceptar participar de manera voluntaria en el estudio. Se consideraron como criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional, trastornos neurológicos o cognitivos que les impidiera la comprensión y desarrollo de la encuesta, o que presentaran alguna discapacidad visual o auditiva.

Consideraciones éticas

La investigación fue analizada y aprobada por el Comité de Bioética del Hospital Universitario de Caracas. Todos los participantes incluidos en el estudio firmaron el consentimiento informado. En el caso de los menores de edad, sus padres o representantes fueron quienes dieron su consentimiento.

Procedimiento e instrumento

Previa lectura, comprensión y firma del consentimiento informado, se aplicó el cuestionario a la muestra seleccionada, instándoles a contestar todas las preguntas, durante un tiempo aproximado de entre 15 y 20 minutos. Los participantes marcaron respecto a cada enunciado, la categoría que mejor describía su reacción o respuesta.

Se recolectaron los datos sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo) y algunos antecedentes clínicos (tipo de diabetes, años desde el diagnóstico, tratamiento recibido). La edad fue categorizada en una variable ordinal denominada grupo etario con cuatro categorías: 12–20 años, 21–40 años, 41–65 años y > 65 años. El nivel educativo se categorizó en educación básica (completó 6 años de educación primaria), educación media (completó otros 5 años de educación y es bachiller), técnica superior universitaria (TSU) (realizó 3 años de estudios superiores con el título respectivo), universitaria (cursó de 4 a 5 años de estudios superiores con título de licenciado o equivalente) y de posgrado (desarrolló estudios de especialidad, maestría o doctorado luego de culminar el pregrado). El tratamiento recibido se categorizó en oral, insulina y ambos.

Adicionalmente, se utilizó la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp) traducida al castellano por Hernández-Anguera et ál. (13), la cual fue adaptada al nivel cultural de la población venezolana y validada por Velásquez et ál. (14), de manera tal que las preguntas fueran fácilmente comprensibles y no requirieran ninguna otra explicación. El alfa de Cronbach global del cuestionario fue de 0,62 y una varianza total de 50,32 %. El cuestionario de 33 preguntas está compuesto por cinco dimensiones: Necesidad de entrenamiento especial (1, 6, 10, 17, 20), Percepción de la gravedad (2, 7, 11, 15, 21, 25, 31), Valoración del control estricto (3, 8, 12, 16, 23, 26, 28), Valoración del impacto psicosocial (4, 13, 18, 22, 29, 33) y Autonomía del paciente (5, 9, 14, 19, 24, 27, 30, 32). Para cada ítem la puntuación máxima es 4 y la mínima 1, según el sujeto responda: Totalmente de acuerdo = 4 puntos, De acuerdo = 3 puntos, En desacuerdo = 2 puntos y Totalmente en desacuerdo = 1 punto). La puntuación total para cada dimensión fue calculada con la ecuación de corrección diseñada para tal fin que se encuentra detallada en una publicación anterior (14).

Aunque la muestra no fue captada de forma aleatoria, se controló el sesgo de selección calculando una muestra suficiente para el análisis factorial y aplicando criterios de inclusión y exclusión que permitieran obtener un grupo representativo de pacientes con diabetes que acuden al centro de salud. Para

minimizar el sesgo de respuesta, el cuestionario fue autoadministrado, lo cual permitió al paciente expresar sus actitudes sin la influencia del entrevistador. En control del sesgo de instrumento se utilizó un cuestionario validado previamente en la población objetivo.

Análisis estadístico

Los datos fueron transcritos y organizados en la hoja de cálculo Microsoft Excel® 2011. Se procesaron y analizaron con los paquetes estadísticos SPSS® versión 21 y SPAD® en su versión 5.6. Todos los sujetos llenaron completamente el cuestionario, por lo que no se presentaron datos ausentes, y se procesó la totalidad de muestra sin requerir análisis de sensibilidad. Se presentan datos descriptivos con media, desviación estándar, mínimo y máximo para las puntuaciones de actitud. Las comparaciones entre las medias de los grupos se realizaron haciendo uso de la prueba ANOVA de una vía, seguida de la prueba post hoc de Duncan. En una segunda etapa, se utilizó un análisis multivariante a través del método de componentes principales, a partir de una matriz con los valores cuantitativos de las puntuaciones por cada dimensión en estudio. Los factores que capturaron una mayor variación en la muestra (63%) fueron los dos primeros autovalores. Además, se aplicó un procedimiento de conglomerados jerárquico a través del procedimiento de Ward, que permitió determinar los patrones actitudinales presentes en esta muestra. En todos los casos, se consideró un 95 % de confianza con un valor $p < 0,05$ como significancia estadística.

Resultados

Un total de 100 pacientes fueron seleccionados en la muestra final del estudio. La figura 1 presenta el diagrama de flujo para su selección y la tabla 1 sus características sociodemográficas y clínicas. La medición fue transversal en un momento, por lo cual no se tuvo una pérdida de participantes.

Figura 1. Flujograma de selección de la muestra

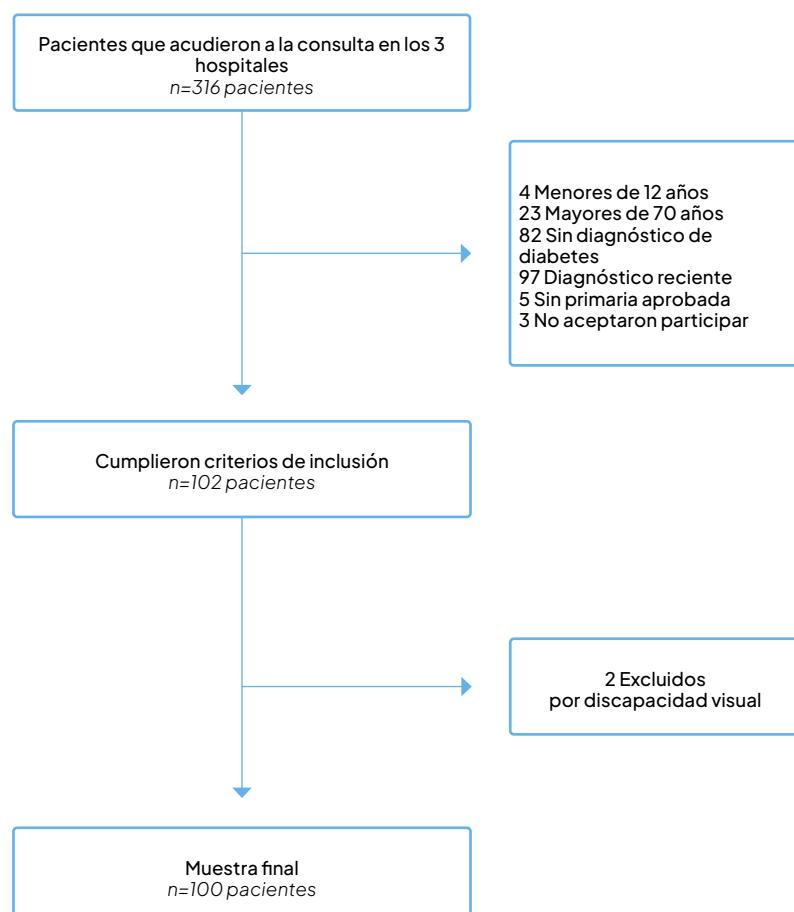


Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

Características	n (%)
Grupo etario	
12-20 años	15 (15,0)
21-40 años	18 (18,0)
41-65 años	57 (57,0)
> 65 años	10 (10,0)
Sexo	
Femenino	61 (61,0)
Masculino	39 (39,0)
Nivel educativo	
Básica	34 (34,0)
Media	26 (26,0)
Técnica superior universitaria	12 (12,0)
Universitaria	22 (22,0)
Posgrado	6 (6,0)
Tipo de diabetes	
Tipo 1	33 (33,0)
Tipo 2	67 (67,0)
Tratamiento recibido	
Oral	38 (38,0)
Insulina	43 (43,0)
Ambos	19 (19,0)
Total	100 (100,0)

La edad promedio de los pacientes evaluados fue de $45,7 \pm 18,2$ años, encontrándose el 57% de la muestra entre los 41 y 65 años. La mayoría de estos pacientes fueron de sexo femenino (61%), con un nivel educativo de técnicos universitarios, universitarios o postgrado (40%), con diagnóstico de diabetes tipo 2 (67%) y una mediana de 5 años para el tiempo de diagnóstico (Rango intercuartílico: 1,3 - 11,0 años), estando el 43% de toda la muestra bajo tratamiento insulínico.

Los valores promedio obtenidos para cada dimensión de la DAS-3sp adaptada para Venezuela se muestran en la tabla 2. Se observa que las dimensiones con mayor puntuación promedio fueron Necesidad de entrenamiento especial, Valoración del control estricto y Autonomía del paciente; por otra parte, Valoración del impacto psicosocial fue la dimensión con menor puntaje promedio.

Tabla 2. Puntuaciones de la escala de actitudes según dimensión explorada

Dimensiones (n = 100)	Media	DE	Mín.	Máx.
Necesidad de entrenamiento especial	3,61	0,38	2,80	4,00
Percepción de la gravedad	2,79	0,44	0,57	3,86
Valoración del control estricto	3,17	0,44	1,57	4,00
Valoración del impacto psicosocial	2,32	0,45	1,33	4,00
Autonomía del paciente	3,08	0,39	2,25	4,00

El análisis de comparación de medias por ANOVA del factor se muestra en la tabla 3. Se encontró que la puntuación para Necesidad de entrenamiento especial fue significativamente mayor en aquellos que tenían entre 21 y 65 años, mientras que Valoración de un control estricto fue la más puntuada por los adultos jóvenes (21–40 años). Para el resto de las dimensiones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3. Puntuaciones en las dimensiones de la DAS-3sp según grupo etario

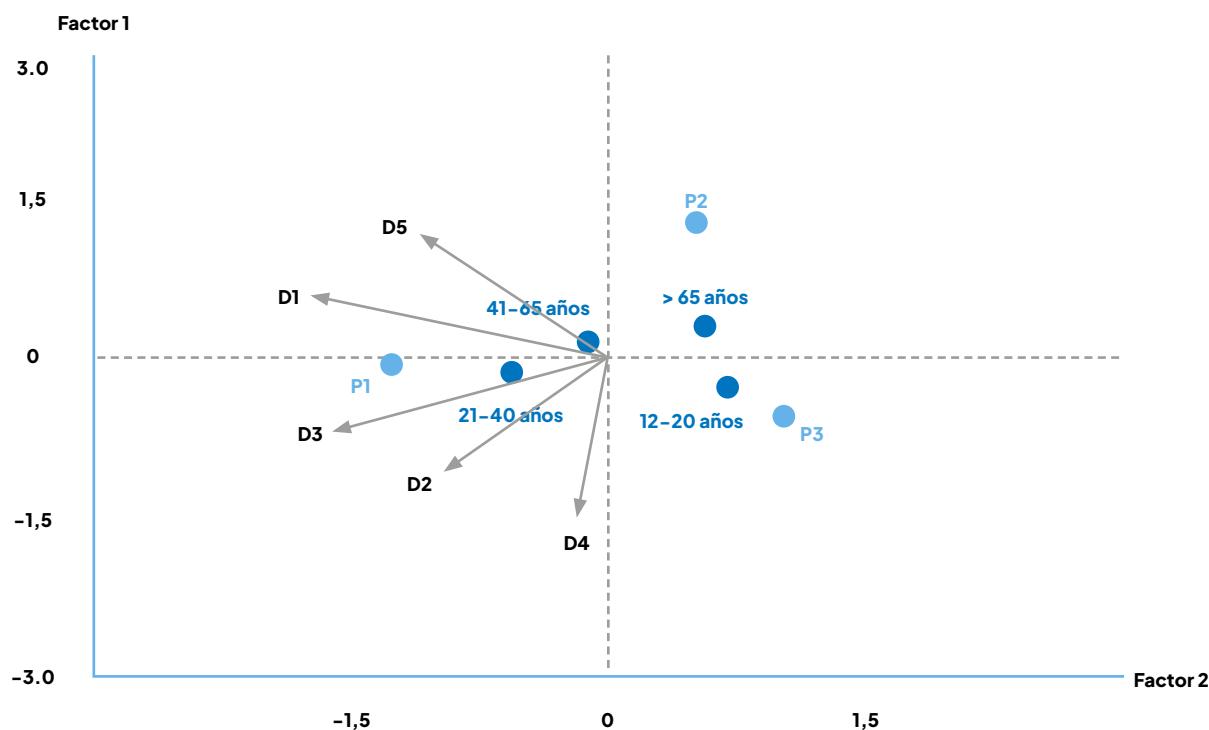
Dimensiones	Grupo etario			
	12–20 años	21–40 años	41–65 años	> 65 años
	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE
Necesidad de entrenamiento especial	3,36 ± 0,38a	3,69 ± 0,32b	3,66 ± 0,36b	3,56 ± 0,46 a,b
Percepción de la gravedad	2,74 ± 0,35a	2,9 ± 0,71a	2,77 ± 0,38a	2,74 ± 0,3a
Valoración del control estricto	3,02 ± 0,53a	3,37 ± 0,4b	3,18 ± 0,41a,b	2,93 ± 0,46a
Valoración del impacto psicosocial	2,51 ± 0,74a	2,32 ± 0,32a	2,3 ± 0,42a	2,08 ± 0,14a
Autonomía del paciente	3,03 ± 0,34a	3,12 ± 0,3a	3,09 ± 0,44a	2,99 ± 0,29a

DE: Desviación estándar.

Los valores en una misma fila con letras distintas son estadísticamente significativos, aplicando la prueba paramétrica ANOVA de un factor, seguido de la prueba de Duncan ($p < 0,05$).

Tras el análisis multivariante, se identificaron tres patrones actitudinales entre los pacientes (véase figura 2). En relación con los factores del modelo, el primero distingue las mayores puntuaciones en las cinco dimensiones hacia la izquierda, mientras que en la derecha se sitúan los que tuvieron menor puntuación. Adicionalmente, en el factor 2, se ubican hacia el extremo superior los que tuvieron mayor puntuación en las dimensiones Necesidad de entrenamiento y Autonomía del paciente, mientras que hacia los cuadrantes inferiores se sitúan quienes tienen mayor puntuación en Percepción de la gravedad y Valoración del impacto psicosocial.

Figura 2. Gráfico (biplot) de los planos factoriales del análisis de componentes principales para las puntuaciones de las dimensiones de la escala de actitudes



D1: Necesidad de entrenamiento especial; D2: Percepción de la gravedad; D3: Valoración del control estricto; D4: Valoración del impacto psicosocial; D5: Autonomía del paciente; P1: patrón 1; P2: patrón 2; P3: patrón 3.

El patrón 1 agrupó a la mayor cantidad de pacientes (40%), seguido del patrón 3 (39%), mientras que en el patrón 2 agrupó una menor cantidad de pacientes (21%). La comparación entre las puntuaciones promedio obtenidas por los pacientes de acuerdo con su patrón actitudinal se muestra en la tabla 4. Allí se observa que el patrón 1, está caracterizado por una alta puntuación en todas las dimensiones. Los ítems más puntuados para cada dimensión refieren que los profesionales de la salud deben estar entrenados para comunicarse ($3,95 \pm 0,22$), los pacientes deben preocuparse igual con pastillas que con insulina ($3,83 \pm 0,45$) y hacen lo que sea para mantener normal la glucemia ($3,85 \pm 0,36$), el apoyo de la familia y amigos es algo importante ($3,98 \pm 0,16$), y el paciente debería estar bien informado ($3,95 \pm 0,22$), respectivamente.

Tabla 4. Puntuaciones en las dimensiones de la DAS-3sp según patrones actitudinales

Dimensiones	Patrones actitudinales		
	Patrón 1 Media \pm DE	Patrón 2 Media \pm DE	Patrón 3 Media \pm DE
Necesidad de entrenamiento especial	$3,90 \pm 0,16$ c	$3,68 \pm 0,28$ b	$3,28 \pm 0,33$ a
Percepción de la gravedad	$2,99 \pm 0,36$ c	$2,43 \pm 0,58$ a	$2,78 \pm 0,29$ b
Valoración del control estricto	$3,51 \pm 0,3$ c	$2,81 \pm 0,47$ a	$3,00 \pm 0,28$ b
Valoración del impacto psicosocial	$2,38 \pm 0,41$ b	$1,87 \pm 0,25$ a	$2,49 \pm 0,43$ b
Autonomía del paciente	$3,23 \pm 0,35$ b	$3,27 \pm 0,38$ b	$2,81 \pm 0,25$ a

DE: Desviación estándar.

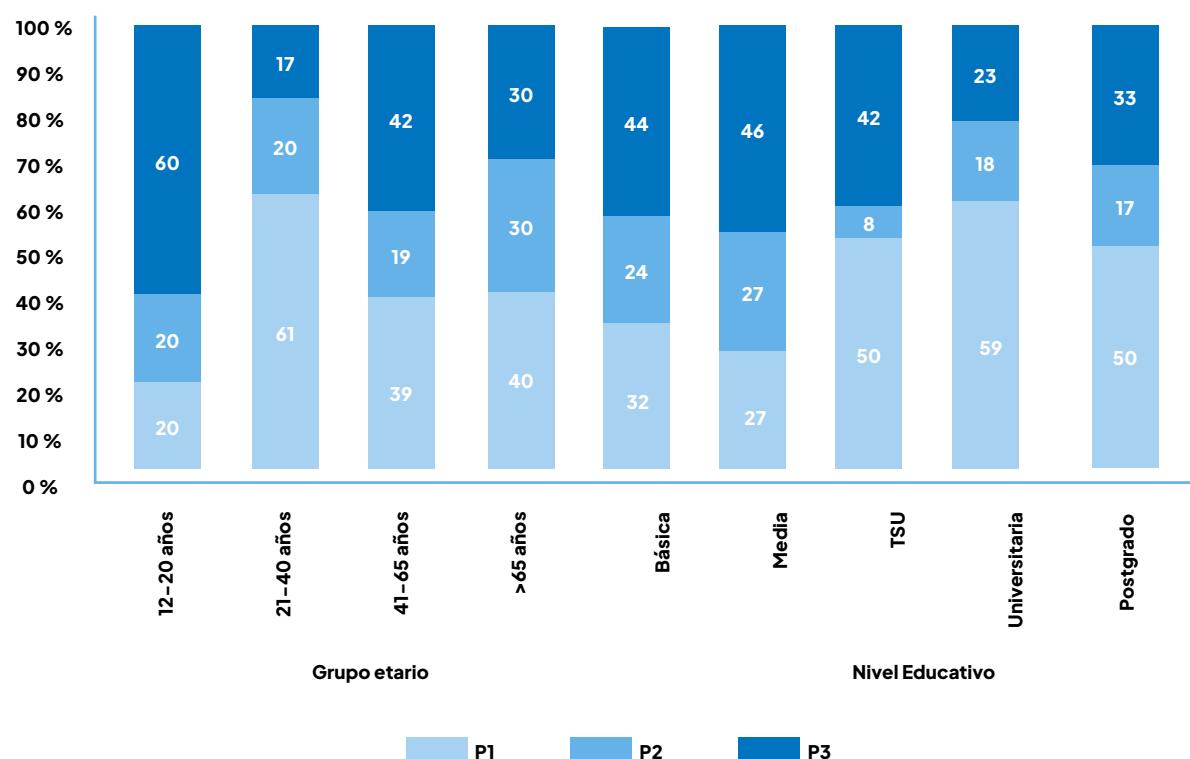
Los valores en una misma fila con letras distintas son estadísticamente significativos, aplicando la prueba paramétrica ANOVA de un factor, seguido de la prueba de Duncan ($p < 0,05$)

El patrón 2 se distingue por una muy baja puntuación en las dimensiones Percepción de la gravedad, Valoración del control estricto y Valoración del impacto psicosocial. Los ítems menos puntuados en este grupo para cada dimensión refieren que la diabetes tipo 2 es una enfermedad muy grave ($1,33 \pm 0,66$), la hipoglucemia hace que el tratamiento estricto sea algo arriesgado ($1,90 \pm 1,09$) y la diabetes cambia la perspectiva de vida ($1,09 \pm 0,30$), respectivamente.

Por otro lado, el patrón 3 se diferencia del resto por valores significativamente menores en cuanto a las dimensiones Necesidad de entrenamiento especial y Autonomía del paciente. En la dimensión Necesidad de entrenamiento especial, se encontró que los valores más bajos fueron para los ítems sobre establecer objetivos en colaboración médico-paciente ($3,15 \pm 0,71$), así como contar con profesionales entrenados en cuidado diario de pacientes ($3,20 \pm 0,66$). Por el lado de la dimensión Autonomía del paciente, la mayoría estuvo de acuerdo con el hecho de que la persona con diabetes tiene el derecho a no cuidarse ($1,92 \pm 0,84$) y en desacuerdo con que tenían la última decisión sobre sus objetivos ($2,41 \pm 0,88$).

La distribución porcentual de los pacientes acorde al grupo etario y nivel educativo por tipo de patrón actitudinal se observa en la figura 3. El 61 % de los pacientes entre 21 y 40 años se ubicaron en el patrón 1, y el 60 % de los pacientes jóvenes (11-20 años) en el patrón 3, mientras que el patrón 2 tuvo una mayor proporción de presencia en los mayores a 65 años. Finalmente, se observa que entre aquellos con un nivel educativo universitario o de posgrado predominó el patrón 1, mientras que el patrón 3 estuvo más representado entre los pacientes con menor nivel educativo, en específico con educación básica (44 %) y media (46 %).

Figura 3. Distribución porcentual de los pacientes según grupo etario y nivel educativo por patrón actitudinal



TSE: técnica superior universitaria; P1: patrón 1; P2: patrón 2; P3: patrón 3

Discusión

En lo que corresponde a las actitudes y motivaciones obtenidas del cuestionario DAS-3sp, se observa que, dentro de las cinco dimensiones evaluadas, Necesidad de entrenamiento especial obtuvo la mayor puntuación en los tres grupos de pacientes. Esta puntuación indica que, en general, los pacientes tienen una actitud positiva hacia la participación en actividades de capacitación sobre el manejo de la diabetes. Esto podría deberse a que reconocen la importancia de adquirir conoci-

mientos y habilidades para mejorar el control de su enfermedad, además, que puede ser una respuesta ante una actitud proactiva hacia el autocuidado. Estudios previos, como el de Anderson et ál. (15) y Hernández Anguera et ál. (13), también obtuvieron resultados similares en los cuestionarios aplicados tanto a pacientes con diabetes como profesionales de la salud, evidenciando que en ambos grupos se destaca la actitud positiva hacia la capacitación sobre la diabetes. Así, la educación para el cuidado de la diabetes es relevante, porque el paciente requiere desarrollar habilidades de autocuidado que le permitan adoptar conductas saludables para prevenir complicaciones. Además, se argumenta que la repetición de la información es necesaria porque permite a los usuarios reflexionar sobre sus actitudes hacia la confrontación y el conocimiento sobre su enfermedad. Esto es esencial dado que los cambios de comportamiento no ocurren rápidamente y varían dependiendo de la persona (16).

En un estudio realizado en España, Nombela et ál. (17) encontraron que, en cuanto a la información recibida, los pacientes consideran problemática la escasez de información y la falta de apoyo por parte de los profesionales de salud en el momento del diagnóstico. Además señalan como importante que el plan de acción para manejar la diabetes sea coherente y realista con su escenario personal, circunstancias vitales y capacidades para encontrar un equilibrio entre las limitaciones impuestas por su enfermedad y su deseo para mantener la motivación. Su queja más frecuente se refiere a no recibir suficientes explicaciones detalladas sobre al menos un aspecto de la enfermedad (85 %) y las modificaciones en el estilo de vida (33 % en general, 26 % información de la dieta y 14 % sobre el ejercicio). En este estudio, las personas consultadas manifestaron interés por tener acceso a información que les permita conocer y entender los diferentes aspectos relacionados con la diabetes.

Las dimensiones Valoración del impacto psicosocial y Percepción de la gravedad obtuvieron las puntuaciones más bajas en este estudio. En relación con los componentes de la actitud (afectivo, cognitivo y conductual) (8), estas dos dimensiones se asocian al factor afectivo, lo que sugiere que los participantes experimentaron sentimientos y pensamientos negativos relacionados con la diabetes, particularmente en cuanto a su impacto psicosocial y percepción de gravedad.

Al respecto, cabe señalar que con frecuencia las personas expresan un sentido de vulnerabilidad que nace de las dificultades para integrar y manejar todos los aspectos necesarios para lograr el control metabólico y evitar las complicaciones de la enfermedad. En estas circunstancias, puede emerger un sentido de ser diferente que se asocia con la percepción de vivir procesos de discriminación y estigmatización, lo que se expresa no solo en actitudes, discursos y comportamientos de familiares, amistades, compañeros de trabajo, proveedores de salud, sino en los propios, a partir de la asimilación de los significados culturales de la diabetes. Por ello, es posible encontrar una actitud de autolimitación para proyectarse en ciertas actividades y ámbitos de la vida (18). Otra dificultad, que pueden experimentar algunos pacientes es no asumir la diabetes como una enfermedad crónica, esto puede ocasionar que disminuya su percepción de la gravedad de la enfermedad y se olviden que, dada la imposibilidad de curación, el objetivo primordial es mantener el nivel de salud (19).

En el estudio de Anderson et ál. (15), realizado en 1.843 profesionales de la salud y pacientes con diabetes, se encontró que la Valoración del impacto psicosocial fue la segunda dimensión con menos puntuación ($4,2 \pm 0,5$), mientras que se obtuvo una puntuación aún menor ($2,3 \pm 0,5$). Por otra parte, el estudio de Hernández Anguera et ál. (13), realizado en 120 médicos, enfermeras y pacientes con diabetes tipo 2 de España, la puntuación más baja fue percepción de la gravedad en pacientes ($3,5 \pm 0,6$), mientras que en este estudio fue la segunda dimensión menos puntuada ($2,8 \pm 0,4$).

Al desglosar los resultados a partir de los tres grupos resultantes, se observa que los pacientes que componen el patrón 1 obtuvieron una alta puntuación en todas las dimensiones y, por ende, registraron una actitud positiva hacia la diabetes en comparación con los grupos del patrón 2 y 3, siendo las dimensiones Necesidad de entrenamiento especial (cognitivo) y Valoración del control estricto (conductual) las de mayor puntuación. En un estudio realizado en Irán, Karimy et ál. (20) evaluaron la asociación de la autoeficacia, la actitud y el apoyo social con la adherencia al autocuidado de la diabetes en 403 pacientes. Encontraron que una actitud positiva hacia el autocuidado aumenta la posibilidad de mejores prácticas de autocuidado.

Este grupo (patrón 1) estuvo conformado principalmente por personas entre 21 y 40 años (61 %) con un mayor nivel educativo. Un grado de instrucción mayor puede facilitar la comprensión acerca de la enfermedad, ya que, a medida que aumenta la complejidad del tratamiento, el individuo necesita habilidades cognitivas más complejas para mantener su control (9). En un estudio realizado en el noreste de Inglaterra para determinar el rol de las percepciones y la autoeficacia en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 mal controlados, Abubakari et ál. (21) encontraron que un alto nivel educativo (universitario y posgrado)

se asoció con la percepción de mayor control personal y menos preocupación de su enfermedad. No obstante, con respecto al control, existe un fenómeno asociado al sesgo de falsa unicidad bastante extendido entre las personas denominado ilusión de control. Este consiste en la tendencia a tener una visión optimista de la capacidad de controlar la realidad. Desde este punto de vista, la percepción de control se puede mostrar sesgada positivamente y puede tener una relación compleja con la conducta (22). Entonces una información más amplia sobre el tema, como ocurre en las personas más formadas, no siempre repercute en un mayor cumplimiento (9).

Por su parte, el grupo 2 estuvo integrado en su mayoría por personas mayores a 65 años, quienes registraron en general las puntuaciones más bajas, en particular en las dimensiones Valoración del impacto psicosocial y Percepción de la gravedad (afectivo). El estudio realizado por Lloyd et ál. (23) muestra que las personas con diabetes suelen tener trastornos depresivos y también niveles significativos de síntomas depresivos. Los hallazgos indican que la identificación y atención adecuada de los problemas psicológicos y psiquiátricos no es la norma y sugieren una falta de enfoque integral del control de la diabetes, el cual es necesario para mejorar los resultados clínicos. Los adultos mayores con diabetes tienen mayor riesgo de polifarmacia, deterioro cognitivo, trastornos depresivos, incontinencia urinaria, daño por caídas y dolor persistente, en comparación con otros adultos mayores sin diabetes. Estas condiciones pueden afectar el automanejo de la diabetes, las habilidades y la calidad de vida si no se abordan (24).

Otra diferencia entre el grupo 2 respecto a los grupos 1 y 3 fue su actitud negativa hacia la Valoración del control estricto, representada con una menor puntuación en esta dimensión. Los adultos mayores tienen un gran riesgo de hipoglucemia por muchas razones, incluida la terapia con insulina, el deterioro de la función cognitiva y renal, la regulación y contrarregulación hormonal lenta, la hidratación subóptima, el apetito variable y la lenta absorción intestinal. Lo anterior dificulta la adherencia a actividades complejas de cuidado personal (control de glucemia, dosis de insulina y ajustes). Por ello, los objetivos glucémicos de algunos adultos mayores podrían estar razonablemente relajados como parte de un cuidado individualizado (25). Los problemas emocionales como la depresión o la angustia específica de la diabetes pueden complicar el autocontrol de la enfermedad y limitar el manejo de las actividades de cuidado personal (ejercicio, dieta y descanso) necesarias para lograr un control glucémico adecuado (26). No en vano la puntuación más alta o actitud positiva en este grupo se registró en las dimensiones Necesidad de entrenamiento especial y Autonomía del paciente.

Por su parte, en el grupo 3, constituido en un 60 % por personas entre 11 y 20 años, con diabetes tipo 1, estas dos dimensiones fueron las menos puntuadas en comparación con los otros dos grupos, lo que establece una clara asimetría entre las personas de mayor edad representadas en los grupos 1 y 2 y los más jóvenes, grupo 3. En el estudio realizado por Abubakari et ál. (21), se encontró que las personas con diabetes tipo 1 expresaron una mayor confianza en su capacidad para autocontrolar su diabetes, mayor control del tratamiento y una mayor comprensión o coherencia de la enfermedad en comparación con los participantes con diagnóstico de diabetes tipo 2. Rostami et ál. (27) mostraron que después de obtener información y conocimiento sobre su enfermedad, los adolescentes con diabetes la consideran parte de ellos. Además, como resultado del autocuidado, ellos creen ser similares a personas sin diabetes. En este estudio, los adolescentes se sintieron y se consideraron saludables. En una investigación en Sudáfrica para determinar la percepción de la enfermedad en adolescentes entre 12 y 18 años con diabetes tipo 1 bien controlada, los participantes describieron su asociación con el control de la diabetes como difícil al principio, pero a medida que pasaba el tiempo adquirieron una comprensión de cómo gestionarla (28). Con una mejor comprensión, la gestión para un buen control se convirtió en un hábito. Como tal, la identidad y el manejo de la diabetes tipo 1 no podía separarse del individuo, ya que se había convertido en un componente de su vida diaria.

Conclusiones

Cuando se observan los datos como un solo bloque, se puede identificar que fue el componente emocional el que más afectó a los participantes de este estudio, dado que los componentes cognitivos y conductuales consiguieron una valoración positiva. El análisis de las variables permitió reconocer tres grupos de pacientes, en los que sus particularidades determinaron un comportamiento actitudinal diverso. Así se tiene que el grupo 1 presentó la mayor puntuación en general, por tanto, una actitud positiva frente a la diabetes, mientras que el grupo 2, conformado por pacientes de mayor edad, obtuvo la menor puntuación entre los grupos. Esto último sugiere una relación negativa con el objeto actitudinal,

en especial hacia el componente afectivo. La valoración del grupo 3, integrado por las personas de menor edad, hacia los componentes cognitivos y conductuales fue menor que el de sus pares.

Esta investigación presenta algunas limitaciones que pueden afectar los resultados. A nivel de sesgo de selección, no se contó con una muestra probabilística sino con una a conveniencia. En cuanto a la validez externa, se trató de personas con diabetes en Venezuela, con un comportamiento sociocultural definido, por lo cual extrapolar los patrones hallados a otras poblaciones podría llevar a conclusiones erróneas. Además, a pesar de que la encuesta fue anónima, garantizando la confidencialidad, y autoadministrada, por tratarse de percepciones actitudinales de los pacientes, el sesgo de respuesta puede estar presente, dado el carácter complejo de las actitudes. El estudio solo se centró en las actitudes hacia la diabetes mellitus, pero no investigó otros factores que podrían afectar el control de la enfermedad, como las creencias y las habilidades de autogestión. Finalmente, por tratarse de un estudio descriptivo, las asociaciones observadas no implican causalidad y solo demuestran la asociación entre variables.

Para poder iniciar un cambio de actitud, es imprescindible pensar en la necesidad de intervenir en los tres componentes de la actitud. Estos, además de influir por separado en la respuesta de la actitud, están estrechamente relacionados entre sí. De manera que los contenidos cognitivos influyen en los componentes afectivos y conductuales en forma de hábitos y destrezas, y a la vez dependen de ellos. Cualquier intervención eficaz deberá considerar los aspectos emocionales de la actitud de los pacientes. La educación diabetológica pudiera resultar insuficiente para lograr plena adhesión al tratamiento, dado que solo está relacionada con el componente cognitivo de la actitud.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Financiación

Este estudio no contó con fuentes de financiamiento externas.

Referencias bibliográficas

1. Anderson RM, Donnelly MB, Dedrick RF. Measuring the attitudes of patients towards diabetes and its treatment. *Patient Educ Couns*. 1990;16:231–45.
2. Escalante E, Repetto A, Mantinello G. Exploración y análisis de la actitud hacia la estadística en alumnos de psicología. *Liberabit*. 2012;18(1):15–26. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68623931003>
3. Sánchez A. Componentes estructurales de las actitudes del profesorado hacia la integración de la pizarra digital (PD) en el aula. *Aula*. 2014;20:175–86. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/270750752>
4. Martins P, Lima A, Marcon S. Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en atención primaria. *Enferm Global*. 2018;52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267431>
5. Azzollini S, Bail V. El apoyo social y el autocuidado en diabetes tipo 2. *Anu Investig*. 2012;19:109–113. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139948010
6. Wiebe D, Helgenson V, Berg C. The social context of managing diabetes across the life span. *Am Psychol*. 2016;71(7):526–38. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0040355>
7. Pupko V, Azzollini S. Actitudes afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Argent Salud Pública*. 2012;3(10):15–23.
8. Stoop C, Pouwer F, Pop V, Den Oudsten B, Giesje N. Psychosocial health care needs of people with type 2 diabetes in primary care: Views of patients and health care providers. *J Adv Nurs*. 2019;75:1702–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13996>
9. American Association of Diabetes Educator. An effective model of diabetes care and education.

- Diabetes Educ. 2020;46(2):139–60. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0145721719894903>
10. Mejía M, Gil Y, Quintero O, D'Avila MC. Intervención educativa en el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo. Venezuela. Rev Venez Endocrinol Metab. 2018;16(1):34–46. Disponible en: www.redalyc.org/journal/3755/375555047005/html/
 11. Guerra C, Evies A, Rivas A, García L. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. Texto contexto - enferm. 2005;14(2):159–66. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200002>
 12. Lloret S, Ferreres A, Hernandez A, Ines T. Análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. An Psicol. 2014;30:1151–69. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
 13. Hernández-Anguera J, Basora-Gallisa J, Ansa-Echeverría X, Piñol-Moreso J, Millán-Guasch M, Figuerola-Pino D. La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS 3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. Endocrinol Nutr. 2002;49(9):293–98. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(02\)74476-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(02)74476-8)
 14. Velásquez E, Contreras F, Angelucci L. Adaptación y análisis psicométrico del cuestionario de actitudes sobre diabetes mellitus (DAS-3sp) en Venezuela. Rev ALAD. 2020;10(4):143–53. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ALAD.20000024>
 15. Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Gruppen LD. The third version of the diabetes Attitude Scale. Diabetes Care. 1998;21(9):1403–407. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/diacare.21.9.1403>
 16. Almeida M, Afonso I, Carvhlo H. Relationship between the users contact time in educational programs on diabetes mellitus and self-care skills and knowledge. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):59–64.
 17. Nombela N, Perez-Arrechedera D, Caperos J. Efectos secundarios y prácticas para mejorar la gestión de la diabetes tipo 2 desde el punto de vista de la vivencia del individuo y la gestión de la atención sanitaria. Endocrinol Diabetes Nutr. 2019;66(10):596–610. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.05.010>
 18. Ledón-Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cuba Endocrinol. 2012;23(1):1–23.
 19. Bruno BA, Choi D, Thorpe KE, Catherine HY. Relationship among diabetes distress, decisional conflict, quality of life, and patient perception of chronic illness care in a cohort of patients with type 2 diabetes and other comorbidities. Diabetes Care. 2019;42(7):1170–7. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc18-1256>
 20. Karimy M, Kohestany H, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. Diabetol Metab Syndr. 2018;10:86. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13098-018-0386-6>
 21. Abubakari AR, Cousins R, Thomas C, Sharma D, Naderali EK. Sociodemographic and clinical predictors of self-management among people with poorly controlled type 1 and type 2 diabetes: The role of illness perceptions and self-efficacy. J of Diabetes Res. 2016;1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6708164>
 22. Ubillos-Landa S, Páez-Rovira D, Mayordomo-López S. Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En: Páez D, Fernández I, Ubillos S, Zubieta E (Coord.). Psicología social, cultural y educación. Madrid: Pearson Educación; 2004. p 301–326.
 23. Lloyd CE, Nouwen A, Sartorius N, Ahmed HU, Alvarez A, Bahendeka S, et ál. Prevalence and correlates of depressive disorders in people with type 2 diabetes: Results from the International Prevalence Study and Treatment of Diabetes and Depression (INTERPRET-DD) study, a collaborative study carried out in 14 countries. Diabet med. 2018;35:760–9.
 24. Tambo-Lizalde E, Carrasco-Jimeno JM, Mayoral-Blasco S, Rabanaque-Hernández MJ, Abad-Diez JM. Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a per-

- sonas diabéticas. Rev Calid Asist. 2013;28(2):124–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cal.2012.07.006>
25. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et ál, on behalf of the American Diabetes Association. 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S216–29. <https://doi.org/10.2337/dc23-S013>
26. Yasui-Furukori N, Murakami H, Otaka H, Nakayama H, Murabayashi M, Mizushiri S, et ál. Coping behaviors and depressive status in individuals with type 2 diabetes mellitus. Ann Gen Psychiatry. 2019;18:11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0235-5>
27. Rostami S, Parsa-Yekta Z, Najafi-Ghezeljeh T, Vanaki Z, Zarea K. Self-perception in Iranian adolescents with diabetes: A qualitative study. J Diabetes Metab Disord. 2015;14(36):1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40200-015-0163-0>
28. Jonker D, Deacon E, Van Resburg E, Segal D. Illness perception of adolescents with well-controlled type 1 diabetes mellitus. Health Psychology Open. 2018:1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2055102918799968>