

PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD, ANSIEDAD, DEPRESIÓN,
AUTOEFICACIA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MIELLITUS TIPO II.

2007

Ana Milena Gaviria Gómez
Camila Richard Londoño
Maria Isabel Valderrama Jaramillo
Investigadoras

Facultad de psicología, Universidad CES
Línea de investigación en Clínica y Salud

Medellín
Octubre 2007

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio surge del interés por describir el nivel de autoeficacia y percepción de la enfermedad en personas con diagnóstico de diabetes tipo II, igualmente se busca conocer la incidencia de síntomas y signos de depresión y ansiedad y su relación con la adhesión al tratamiento en este grupo de personas.

Es conocido que el diagnóstico de diabetes se asocia a diversas condiciones psicológicas de índole físicas, personales y sociales, que pueden afectar el grado de control metabólico en dichos pacientes.

La diabetes tipo II es una enfermedad crónica - degenerativa que puede ser definida como la elevación de los valores de glucosa en sangre por encima de los 120 mg por 100 ml de sangre. Tiene tres datos clínicos fundamentales: poliuria (necesidad de orinar de manera profusa), polidipsia (sed exagerada y beber demasiada agua) y polifagia (tener hambre y comer en exceso). Este tipo de diabetes no suele requerir del uso de inyecciones de insulina, pero supone la incorporación de cambios en el estilo de vida y medicación de administración oral.

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión (Ilczyszyn, 2001. Anderson, 2001. Talbot, 2000. Garard, 1993). Por lo cual es de gran importancia conocer la comorbilidad entre ambas, ya que se calcula que más del 25% de los pacientes con diabetes presentan criterio clínico de depresión.

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado, como en la cotidianidad de la

experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta, que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas (Lane, 2000) como la depresión y la ansiedad que afectan igualmente la calidad de vida y el estado de salud del paciente (Lustran, 1998. Jacobson, 1997. Koenig, 1997).

Generalmente, la depresión se presenta con mayor frecuencia en personas con enfermedades crónicas, como la diabetes. Estas emociones pueden inmovilizar a las personas en sus esfuerzos por participar activamente en el autocontrol de su enfermedad y a menudo el temor provocado por la falta de conocimientos, es una causa subyacente de la incapacidad para actuar (Lane, 2000).

Los hallazgos de algunas investigaciones confirman la presencia de una relación significativa entre la depresión y las complicaciones crónicas de la diabetes como la retinopatía, nefropatía, neuropatía, alteraciones vasculares y disfunción sexual. (De Groot, 2000).

Recientes estudios han hallado además una relación entre la depresión, la diabetes, la hiperglicemia y otras complicaciones de este desorden metabólico (De Groot, 2000).

El padecer depresión no solo afecta el estado anímico del paciente sino que además influye notablemente en su adhesión al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. Por lo tanto, se puede considerar que el encontrarse deprimido puede ser una de las causas por las que no se obtenga un adecuado cumplimiento del tratamiento médico y nutricional por parte de los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus.

De esta forma, es importante considerar que la detección temprana de niveles de depresión, en los pacientes que padecen de Diabetes y la instauración de un tratamiento adecuado, podría generar mejoras significativas en su estado de salud, debido a que permitiría una mejor evolución y la aceptación final de la enfermedad.

La depresión parece claramente asociada a limitaciones de la vida diaria, a mayor presencia de sintomatología somática y a un mayor número de complicaciones entre pacientes afectados por una patología médica (Roca, 1996).

A pesar de lo anterior, la atención psiquiátrica y psicológica a la Diabetes Mellitus ha sido muy esporádica y los estudios sistemáticos de sus complicaciones emocionales y mentales han sido escasos (Rojo, 1997); por lo que es realmente importante ampliar el campo de investigación en los factores psicológicos y su asociación con patologías médicas crónicas.

De otro lado, es importante considerar el valor del cumplimiento terapéutico en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y explorar los problemas asociados. Es importante conocer algunas dificultades que se encuentran al analizar la prevalencia, los factores predisponentes y el posible manejo de la falta de adhesión (Tacchi y Scott 2007).

En primer lugar, este problema lleva mucho tiempo siendo ignorado; en segundo lugar, al revisar las publicaciones mas importantes se pone de manifiesto que hay muchas definiciones diferentes de la falta de adhesión terapéutica y obviamente esto se asocia a una considerable variación en la conceptualización del problema y sus posibles soluciones; y en tercer lugar los estudios relacionados con las causas de la falta de adherencia terapéutica suelen ser de una sola dimensión, centrándose por ejemplo en el numero de fármacos o en el tipo de efectos adversos (Tacchi y Scott 2007).

Si queremos empezar a entender el problema de la mala adherencia terapéutica, tenemos que analizar la combinación de variables o la secuencia de acontecimientos que puedan explicar por que el comportamiento de una persona puede ser diferente del de otros individuos demográfica y clínicamente similares y que reciben el mismo régimen terapéutico, y / o por que el comportamiento de una persona respecto a la adhesión terapéutica puede variar a lo largo del tiempo (Tacchi y Scott 2007).

Dentro del marco general de la psicología de la salud se reconoce el papel de la autoeficacia, como dimensión de la personalidad, que ayuda al individuo a enfrentarse a los eventos estresantes que le demandan un esfuerzo cognitivo y conductual para adaptarse; en este caso en particular es claro que el recibir el diagnostico de DM tipo II se convierte en una situación generadora de estrés no solo por su condición crónica, sino además por las implicaciones terapéuticas que acarrea.

La autoeficacia puede verse afectada en personas que enfrentan enfermedades crónicas y que al mismo tiempo posean alteraciones del animo como la ansiedad y la depresión, debido a que las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas que se usaban antes de recibir el diagnostico pueden ser insuficientes dada la complejidad de la DM tipo II y su reconocida morbilidad, sin olvidar las exigencias en el cambio de los estilos de vida que acarrea el tratamiento.

Actualmente cuando se estudia la percepción de eficacia personal para el afrontamiento de situaciones criticas (autoeficacia) es necesario conocer la percepción que las personas tiene de la su enfermedad; en especial la percepción que gira en torno a las dimensiones cognitivas (consecuencias de la enfermedad, duración de la enfermedad, control personal, efectividad del tratamiento, identidad) y emocionales (conciencia acerca de la enfermedad, emociones generadas por la enfermedad y comprensión de la enfermedad).

Considerando que la psicología de la salud como campo ocupacional e investigativo pretende generar conocimiento sobre estos fenómenos y poder diseñar planes estratégicos de intervención sobre la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica; se plantea que la autoeficacia (buena o mala) así como la percepción de la enfermedad (positiva o negativa) tiene una relación directa con la capacidad del individuo de generar conductas protectoras de su salud, en especial la buena adhesión al tratamiento que garantiza su buen control metabólico.

Por lo anterior es importante formular una investigación que pretenda dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Las personas con diagnóstico de diabetes Mellitus poseen una adecuada adherencia al tratamiento? ¿Cuáles son las dimensiones cognitivas y emocionales que influyen en la percepción de la enfermedad de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus? ¿Cuál es el nivel de autoeficacia percibida que poseen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus? ¿Las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus presentan síntomas de ansiedad y depresión que puedan influir en la autoeficacia, la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento?

2. JUSTIFICACIÓN

El diabético correctamente tratado puede disfrutar de una calidad de vida esencialmente similar a la de las personas sanas.

Pero es de esperarse que el conocimiento del diagnóstico pueda provocar una crisis individual y familiar. Las medidas terapéuticas y el estricto control diabético obligan a que el paciente y quienes le rodean conozcan las características y procedimientos elementales del tratamiento y de las eventuales urgencias. Esto supone, aparentemente, una limitación de su vida normal y una cierta obligación de compromiso por parte de quienes le rodean, cosa que puede preocupar enormemente al diabético. Sin embargo actualmente hay medio suficientes para que éste perciba que su vida no está limitada. El asesoramiento del profesional de la salud y los demás miembros del equipo interdisciplinario, incluido el psicólogo, resultan de gran utilidad.

Considerando esto, es importante conocer condiciones psicológicas que favorezcan que el paciente diabético desarrolle un adecuado afrontamiento a su condición, como por ejemplo el estado anímico, la percepción de eficacia personal, así como la misma percepción sobre la enfermedad.

Conocer estos fenómenos se verá reflejado en un mayor grado de competencia por parte del equipo interdisciplinario para la atención integral de estos pacientes. Y en un nivel particular le permitirá al psicólogo diseñar planes de intervención más puntuales para proveer posibles obstáculos en la adhesión de los pacientes al plan de tratamiento, interviniéndolos de manera eficaz.

Es importante establecer, para efectos investigativos, la definición de adhesión al tratamiento propuesta por Beléndez y Méndez (1995): *La realización de las conductas de auto cuidado implicadas en los componentes del tratamiento de la diabetes -insulina, hipoglucemiantes, dieta y ejercicio-, según los niveles que requiera el individuo en cada momento determinado, de acuerdo con los resultados de la evaluación de su condición glucémica, con el objetivo de optimizar al máximo los recursos ofrecidos por el tratamiento.* Se asume que variables como emociones negativas secundarias (depresión y ansiedad), auto eficacia y percepción de la enfermedad influyen pueden influir notablemente en la realización de estas conductas de auto cuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación pretende convertirse en una fuente de información útil, no solo para los psicólogos, sino también para nutricionistas, enfermeras y diabetólogos. Logrando explorar la relación entre variables psicológicas (como las emociones negativas, la percepción de la enfermedad y la autoeficacia) y la buena o mala adhesión la tratamiento se pueden anticipar obstáculos en este proceso, intervenirlos a tiempo y favorecer la calidad de vida de estos pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Describir la relación entre la buena o mala adhesión al tratamiento y la percepción de la enfermedad, la autoeficacia y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en un grupo de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II; con el propósito de generar información que contribuya al diseño de intervenciones multidisciplinarias eficientes para la mejora de la calidad de vida de dicha población.

3.2 Objetivos específicos

- Valorar la percepción de la enfermedad que poseen un grupo de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.
- Medir la autoeficacia percibida de un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo II.
- Indagar sobre la adhesión al tratamiento que poseen un grupo de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.
- Evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, que busca conocer la incidencia de variables como la percepción de la enfermedad, la autoeficacia, la presencia de ansiedad y depresión y su impacto en la adhesión al tratamiento de un grupo de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Población

Conforma la población objeto de estudio las personas que poseen diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II y que se encuentran inscritos en el registro de atención a personas con diabetes del Hospital Manuel Uribe Ángel del municipio de Envigado, durante el periodo de junio 2006 a agosto del 2007.

4.2.2 Muestra

Se realizará un muestreo por conveniencia de sujetos disponibles no menor a treinta casos, y que consientan participar en el estudio, esperando poder evaluar la mayor parte del universo.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1 Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años
- Con diagnóstico confirmado por historia clínica de diabetes mellitus tipo II.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Personas menores de 18 años
- Personas con retardo mental o analfabetismo
- Personas diagnosticadas hace menos de 6 meses.
- Diagnóstico de: Diabetes mellitus tipo I, diabetes gestacional, prediabetes.

4.4 VARIABLES

4.4.1 Descripción de las Variables

Edad: Definida según los años cumplidos por los pacientes al momento de ser entrevistados, y determinada a través de lo estipulado en su documento de identidad.

Sexo: Diferencia física que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción, en masculino y femenino.

Estado Civil: Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, entre los cuales se encuentran: casado, soltero, unión libre, separado, divorciado y viudo.

Escolaridad: Definida según el número de años de estudio cursados por los pacientes. Aquellos que no hubiesen asistido a una institución educativa pertenecían a la categoría "sin escolarización", quienes hubieran cursado algún año de la primaria entrarían en la categoría "primaria", quienes hubiesen cursado

algún año del bachillerato entrarían en la categoría "secundaria", y en último lugar, quienes luego de finalización del bachillerato hubieran continuado cualquier tipo de estudio en una institución formal, pertenecían a las categorías de "técnica/ tecnológica" o "universitarios", de acuerdo al que hayan realizado los pacientes.

Ocupación: Implica el realizar cualquier labor, ya sea por horas, medio tiempo o tiempo completo, o encontrarse en el momento de la aplicación del instrumento, desempeñando labores domésticas de forma activa, y que indicara el funcionamiento laboral de los pacientes. Las categorías de análisis fueron: Empleado, Desempleado, Trabajador independiente, Pensionado/ Jubilado, Estudiante, Ama de casa.

Estrato socioeconómico: Determinado por el nivel de estratificación dado por Empresas Públicas de Medellín, en sus cuentas de servicios, así:

Estrato Bajo: 1 y 2

Estrato Medio: 3 y 4

Estrato Alto: 5 y 6

Adhesión al tratamiento: La adhesión al tratamiento será evaluada de un modo indirecto por medio de la medición de la hemoglobina glicosilada (Hb1Ac), este es un indicador de resultado que refleja la concentración de glicemia de las últimas 6 a 8 semanas y es altamente sensible a cambios a niveles de glicemia (Kyngas, 2000).

Percepción de la enfermedad: Contenidos cognitivos de las representaciones de la enfermedad. Se estructura en cinco componentes: Identidad o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad, ideas del paciente acerca de las causas de la enfermedad, curso o percepción probable de sus problemas de salud, consecuencias o creencias acerca de la severidad y el impacto de la enfermedad y

las creencias de cura o control. (Broadbent, E. Petrie, KJ. Main, J. Weinman, J. 2006).

Autoeficacia: Mecanismo cognitivo basado en las expectativas y creencias sobre las habilidades propias para realizar las acciones necesarias para producir un efecto deseado. La autoeficacia ha sido definida como los "juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento" (Bandura, 1987).

Ansiedad: Estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo (Belloch, A., Sandin B, y Ramos, F., 1995, p. 77).

Depresión: Presencia durante al menos 2 semanas de intensa tristeza y/o anhedonia, acompañada de al menos cinco síntomas depresivos mas. Debe interferir con la vida cotidiana de la persona, y no se debe a una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias (Belloch et al, 1995, p. 335).

4.4.2 Operacionalización de las Variables

Nombre	Naturaleza	Epidemiología	Causalidad	Nivel de medición	Valor
Edad	Cuantitativa	Persona	Independiente	Razón	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Estado civil	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado 5. Divorciado 6. Viudo
Escolaridad	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica / tecnológica 4. Universitario 5. Sin escolarización

Ocupación	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado 3. Trabajador independiente 4. Pensionado / Jubilado 5. Estudiante 6. Ama de casa
Estrato socioeconómico	Cualitativa	Persona	Independiente	Ordinal	1. Alto (estratos 5 y 6) 2. Medio (estratos 3 y 4) 3. Bajo (estratos 1 y 2)
Adhesión al tratamiento HbA1c (Hemoglobina glucosilada)	Cuantitativa	Persona	Dependiente	De intervalo	Buen control: 6.5% Control aceptable: entre 6.5% y 7.5%. Control deficiente: mas de 7.5.%
Autoeficacia	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominal	Limite inferior: 80 Media: 93 Limite superior 106
Percepción de la enfermedad	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominal	Cognitivo: ítems 1 al 5 Emocional: Ítems 6 y 8 Comprensión: Ítem 7
Ansiedad	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominales	0 – 7 Rango de Normalidad 8 –10 Caso Probable ≥ 11Caso Clínico
Depresión	Cualitativa	Persona	Independiente	Nominales	0 – 7 Rango de Normalidad 8 –10 Caso Probable ≥ 11 Caso Clínico

4.5 PRUEBA PILOTO

Las investigadoras realizaran una prueba piloto, en un grupo de 10 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, diferentes a la población de estudio, consistente en la evaluación clínica, con la aplicación de los instrumentos de la investigación con el fin de controlar los sesgos de observador y de los instrumentos.

4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.6.1 Ficha de recolección de datos sociodemográficos

Se trata de un cuadro que recoge toda la información sociodemográfica de la persona evaluada dentro de la investigación. Las variables a tener en cuenta son Edad, Escolaridad, Ocupación, Sexo, Estado civil y Estrato socioeconómico.

4.6.2 Cuestionario de percepción de la enfermedad IPQ- R

El cuestionario breve de percepción de la enfermedad cuenta con nueve ítems. Los ítems fueron desarrollados para formar una pregunta que pueda contener cada sub escala del IPQ – R. El IPQ – B por lo tanto tiene 8 nuevos ítems basados en el IPQ – R. Todos los ítems, excepto la pregunta sobre la causa, utilizan una escala de respuesta de 0 – a – 10. Cinco de los ítems determinan la representación cognitiva de la enfermedad: Consecuencias (Ítem 1), Duración (Ítem 2), Control personal (Ítem 3), Efectividad del tratamiento (Ítem 4), e Identidad (Ítem 5). Dos de los ítems determinan la representación emocional: Conciencia (Ítem 6), Emoción (Ítem 8). Un ítem determina la comprensión de la enfermedad (Ítem 7). El ítem que determina los factores causales de la enfermedad es una pregunta con opción de respuesta abierta adaptada del IPQ – R. En esta se le pide al paciente que enumere los tres factores más importantes que causaron su enfermedad (Ítem 9). Las respuestas obtenidas en este ítem pueden ser agrupadas en categorías tales como: estrés, estilo de vida, factores hereditarios, etc. Como en el IPQ y el IPQ – R, la versión breve, usa la palabra enfermedad, pero es posible remplazarla con el nombre de la enfermedad en particular, por ejemplo diabetes o asma. Igualmente en el ítem de efectividad de tratamiento puede ser remplazado por el tratamiento específico al que esta sometido el paciente, tal como cirugía o inhalador (Broadbent Elizabeth, Keith J. Petrie, Jodie Main, John Weinman, 2006).

4.6.3 Cuestionario de autoeficacia CAE

Puntajes bajos indican bajos niveles de autoeficacia.

Mecanismo cognitivo basado en las expectativas y creencias sobre las habilidades propias para realizar las acciones necesarias para producir un efecto deseado.

Bandura enfatiza el papel de las creencias de Autoeficacia al considerarla como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano. La autoeficacia ha sido definida como los "juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento" (Bandura, 1987). De acuerdo con Bandura, las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades pueden ser un mejor predictor de la conducta posterior que su nivel de habilidad real.

La Autoeficacia afecta directamente nuestras elecciones de actividades, ya que las personas tienden a elegir aquellas actividades en las cuales se consideran más hábiles y tienden a rechazar aquellas en las cuales se consideran incapaces. Las creencias de Autoeficacia afectan también la conducta del individuo influyendo en el esfuerzo que aplica, la perseverancia ante los obstáculos con que se enfrenta, los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales que experimenta. (Gaviria A.M. 2007).

Limite inferior:	80
Media:	93
Limite superior:	106

4.6.4 Cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria HAD

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) es un instrumento bastante utilizado para medir trastornos psicológicos en pacientes adultos que se encuentran en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de siete (7) ítems intercalados. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico.

La escala original, diseñada por Zigmond y Snaith (1983) ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad útil en la discriminación de ansiedad y depresión. Una de las más representativas ha sido la española, validada por Tejero, Guimerá, Farré et al. (1986). En Colombia, la prueba fue validada en el 2005 por Rico, et al. (2005), quienes concluyeron que los 14 ítems de la escala son homogéneos, con un alfa total de 0.86. Según Nunnally (1978) pruebas con homogeneidad apropiada deben mostrar un coeficiente alfa entre 0.6 y 0.8. De esta forma, se afirmaría que ambas subescalas pueden ser utilizadas con fiabilidad de forma separada. La correlación entre los puntajes de ambas subescalas fue significativa. Por medio de la utilización de tablas de contingencia 2x2, los autores examinaron la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), prevalencia y el índice de acuerdo de Kappa, parámetros fundamentales que sustentaron la validez de la HAD.

El punto de corte más adecuado para la subescala de ansiedad es el de 8, ya que presenta la mayor sensibilidad y valor predictivo positivo. Para la subescala de depresión se consideró apropiado el punto de corte de 9, por mostrar el mejor índice de acuerdo, alta sensibilidad, especificidad y VPP.

4.6.5 Índice de hemoglobina glicosilada HbA1c

Hemoglobina glicosilada; Hemoglobina glucosilada; Índice de control diabético; HbG; Gluco-hemoglobina; A1C. Es un examen que mide la cantidad de hemoglobina glucosilada en la sangre. La hemoglobina glucosilada es una molécula en los glóbulos rojos que se fija a la glucosa (azúcar en la sangre). Una persona tiene más hemoglobina glucosilada si tiene más glucosa en la sangre. Este examen brinda un buen estimado de qué tan bien está siendo manejada la diabetes durante los últimos 2 a 3 meses.

Los resultados anormales significan que los niveles de glucosa en la sangre no han estado bien regulados en un período de semanas a meses. Si la HbA1c está por encima del 7%, eso significa que la diabetes está mal controlada. Los valores altos significan que el paciente está en alto riesgo de presentar complicaciones diabéticas, pero si la persona los puede disminuir, también disminuyen las posibilidades de complicaciones a largo plazo.

Las personas diabéticas deben tratar de mantener el nivel de HbA1c por debajo del 7% y preguntarle al médico con qué frecuencia deben hacerse el examen. Los médicos generalmente recomiendan hacerse el examen cada 3 ó 6 meses.

4.5 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Luego de recolectar las muestras, se pasará a ingresar cada dato a una base de datos construida en el programa SPSS – 10 para su tratamiento estadístico.

El análisis de la información se llevará a cabo mediante la siguiente estrategia:

Descripción de los resultados por variables: Para ello se utilizará la clasificación de Stevens (Blanco & Maya, 1999), para la selección de las medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo al tipo de variable:

Tipo de variable	Medida de tendencia central	Medida de dispersión
Nominal	Proporción	Varianza de la proporción Desviación estándar
Ordinal	Proporción, moda, mediana	Varianza de la proporción Desviación estándar
Razón	Media, mediana y moda	Desviación estándar

Como es una muestra y no el total del universo, es necesario calcular la varianza del estimador de la proporción y la media con sus respectivos errores estándar.

Teniendo en cuenta que se buscaba probar una hipótesis en cuanto a la existencia de una asociación entre la adhesión al tratamiento y variables psicológicas como la percepción de la enfermedad, autoeficacia y presencia de síntomas de ansiedad y depresión, se hará para ello es necesario realizar pruebas no paramétricas para diferencia de medias y proporciones, con el propósito de poder encontrar si estas diferencias son estadísticamente significativas.

La comparación entre los datos cualitativos se llevara a cabo a través del test χ^2 (Chi-cuadrado). La correlación entre los datos cuantitativos se estudiará con el coeficiente de correlación de Pearson, asumiendo un grado de significancia menor de 0.05 (valor de p).

Se realizará un análisis de fiabilidad del estudio y de la prueba aplicada con el propósito de conocer como se comporta el instrumento en la población, dicho análisis se realizó por medio del coeficiente Alfa de Cronbach.

5. CRONOGRAMA

Actividad	Mes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Diseño del proyecto															
Presentación a comités															
Marco teórico o estado del arte															
Diseño de los instrumentos															
Prueba piloto															
Recolección de los pacientes de la muestra															
Procesamiento y análisis estadístico															
informe final															
Elaboración del artículo															

6. PRESUPUESTO

No aplica

7. INFORME SUSTENTADO DE LAS MODIFICACIONES EN EL CRONOGRAMA

De acuerdo a lo estipulado al inicio del proyecto, la recolección de los datos se ha visto retrasada y por ende la construcción del informe final y elaboración del artículo, pues la aprobación del proyecto por parte de las instituciones de salud ha tomado más tiempo del planeado.

El día viernes 13 de octubre de 2007 se realizará el primer encuentro con un grupo de pacientes en el Hospital Manuel Uribe Ángel para la aplicación colectiva de los instrumentos.

Se realizarán los encuentros necesarios para alcanzar un tamaño de muestra pertinente para el análisis estadístico. Terminado esta fase se procederá inmediatamente a la elaboración del análisis y discusión de los resultados.

REFERENCIAS

- Lane J, McCaskill C, Williams P, Parekh P, Feinglos M, Surwit R. (2000). *Personality correlates of Glycemic control in type 2 diabetes*. En: Diabetes Care 23: 1321-1325.
- Lustman P, Griffith L, Freedland K, Kissel S, Clouse R. (1998). *Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial*. En: Ann Intern Med. 129: 613-621.
- Lustman P, Freedland K, Griffith L, Barnes L, Miller C, Anderson K, McGill J, Rubin E, Clouse R: Effects of major depression on health related quality of life in type 2 diabetes: a controlled analysis. Diabetes 1999; A48.
- Jacobson A, de Groot M, Samson J: The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. Qual Life Res 1997; 6: 11-20.
- Koenig H, George L, Peterson B, Pieper C: Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. Am J Psychiatry 1997; 154: 1376-1383.
- Ilcyszyn G, Gurí J: Los diabéticos son dos veces más propensos a padecer de depresión. Diabetes 2001; 53: 101-103
- Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care 2001; 24: 1069-1078.
- Talbot A, Nouwen A: A review of the relationship between depression and diabetes in Adults. Diabetes Care 2000; 23: 1556-1562.

- Gavard J, Lutsman P, Clouse R: Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiologic evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16: 1167-1178.
- De Groot M, Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P: Association of diabetes complications and depression in type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes* 2000; 49: A63.
- De Groot M, Jacobson A, Samson J, Welch G: Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 1999; 46: 425-435.
- Roca Miquel y Arroyo, Miquel. (1996). *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Editorial Masson.
- Rojo J y Cirera E: *Interconsulta psiquiátrica*. Editorial Biblio STM. Barcelona, España. 1997.
- Broadbent, E. Petrie KJ. Main, J. Weinman J. (2006). *The brief illness perception questionnaire*. En: *Journal of Psychosomatic Research*. 60. 631 - 637.
- Tacchi MJ. Scott Jan. (2005) *Mejora de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia y el trastorno bipolar*. Madrid: Editorial Wiley.