



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**CREENCIAS Y MOTIVACIONES DE UN GRUPO DE DIABÉTICOS DEL  
CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ, PARA ABANDONAR UN  
PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA.**

**Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública**

**JULIA ANDREA MORA ASTUDILLO.**

Profesor Guía: Profesora María Teresa Valenzuela Schmidt.

Santiago Enero 2014

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
1.- RESUMEN.....	6
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3.- PROPÓSITO.....	10
4.- OBJETIVOS.....	10
5.- MARCO TEÓRICO.....	11
5.1. Diabetes.....	11
5.1.1. Descripción de la Diabetes tipo 2.....	11
5.1.2. Complicaciones crónicas más frecuentes.....	12
5.1.3. Magnitud del problema.....	14
5.1.4. Mortalidad.....	16
5.1.5. Diagnóstico, Control y Compensación.....	16
5.1.6. Carga considerable a los servicios de salud.....	18
5.1.7. Salud Mental y Diabetes.....	19
5.2. Actividad Física.....	21

5.3. Adherencia.....	26
5.3.1. Factores vinculados a la adherencia.....	28
5.4. Intervención Motivacional.....	32
5.4.1. Modelo Transteórico del Cambio.....	33
5.4.2. El Modelo de Auto eficacia.....	37
5.5. Metodología Cualitativa en Salud Pública.....	39
6.- CONTEXTO.....	44
7.- METODOLOGÍA.....	49
7.1. Tipo de estudio.....	49
7.2. Universo y muestra.....	50
7.2.1. Tipo de muestra.....	50
7.2.2. Tamaño de la muestra.....	50
7.3. Recolección de la Información.....	52
7.4. Criterios de rigor.....	54
7.5. Tipo de análisis.....	55
7.6. Aspectos éticos.....	55

7.7. Limitaciones.....	58
8.- RESULTADOS.....	59
8.1. Matriz de Análisis.....	59
8.2.- Descripción de los Resultados.....	64
9.- DISCUSIÓN.....	80
10.- CONCLUSIONES.....	85
11.- RECOMENDACIONES.....	87
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	88
13.- ANEXOS.....	98

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

		PAGINA
Ilustración 1:	Flujograma de la Intervención	45

## ÍNDICE DE TABLAS

		PAGINA
Tabla 1:	Matriz de Análisis	58

## **1.-RESUMEN:**

Nuestro país pretende “Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada”, objetivo nombrado en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, por lo que implementar intervenciones de prevención secundaria con diabéticos aportaría a la compensación de éstos con apoyo – entre otras cosas- de la actividad física.

En Chile se han desarrollado intervenciones de actividad física, en los CESFAM (Centros de Salud Familiar), sin embargo el nivel de adherencia es bajo.

El presente estudio, busca explicar cuáles son las creencias y motivaciones de los usuarios diabéticos para abandonar un programa de actividad física. Se trata de profundizar en cuáles son las razones de no practicar actividad física, pese a ser ésta una parte del tratamiento recomendado.

La relevancia de estudiar este fenómeno es que la descompensación de estos pacientes tiene repercusiones en todos los ámbitos de la salud: físicos, sociales, económicos y de salud mental, además de ser una de las causas de mortalidad más elevadas a nivel mundial.

Se espera que el estudio aporte información desde los mismos pacientes sobre las razones por las que se produce la deserción y esto mejore las intervenciones de actividad física diseñadas desde el MINSAL.

Se realizó un estudio cualitativo de tipo interpretativo-explicativo (Sandoval, 2001). El método de análisis que se utilizó fue el método interpretativo, y la técnica, el análisis de contenido descriptivo. Esta metodología es la que nos permitió acceder a los significados de las personas en su dimensión más pura e indagar cuáles fueron las razones que los llevaron a desertar de la actividad física. Los beneficiarios de este estudio serán todos los diabéticos que estén inscritos en algún programa de actividad física y los resultados serán difundidos a nivel local, en la comuna de Puente Alto.

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Las recomendaciones de tratamiento para la diabetes incluyen el manejo de la alimentación, uso de fármacos, actividad física, eliminar el uso de sustancias como tabaco y alcohol y mantener una salud mental de calidad (Ministerio de Salud, 2002).

Los usuarios diabéticos inscritos en el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH), en su mayoría no realizan actividad física (78%) (CESFAM, CRSH 2010), lo que impacta en la compensación de la enfermedad. A nivel familiar la calidad de vida se afecta pues la diabetes perpetúa el círculo de la pobreza porque el daño económico, familiar, social y mental hace que los enfermos se empobrezcan y al empobrecerse, menos cuidan de su salud. A nivel país, el gasto de recursos financieros que se deben destinar al tratamiento, hospitalización y rehabilitación, de las enfermedades crónicas, en Chile, crece año a año debido al envejecimiento y a los malos hábitos de autocuidado, tales como alimentación no saludable, consumo de tabaco y alcohol, y sedentarismo (Ministerio de Salud, 2010).

La pregunta de investigación surge al evaluar el proyecto de actividad física anteriormente mencionado ya que un grupo de diabéticos actualmente sí adhiere a actividad física y otros usuarios no, por lo que nos podemos preguntar:

**¿Qué creencias y/o motivaciones de los pacientes con diabetes del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez son las que hacen que no adhieran a un programa de actividad física?**

### **3.- PROPÓSITO:**

Contribuir al objetivo sanitario de mejorar la compensación de los pacientes con diabetes tipo II.

### **4.- OBJETIVOS.**

#### **A.-OBJETIVO GENERAL:**

- Comprender, desde la mirada de los pacientes, por qué abandonaron los talleres de actividad física del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez en el año 2012.

#### **B.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Comprender cuáles son las creencias y/o motivaciones que obstaculizaron la participación de pacientes diabéticos, del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, en los talleres de actividad física durante el año 2012.
- Formular recomendaciones orientadas a aumentar la adherencia de programa de actividad física entre pacientes crónicos.

## **5.- MARCO TEÓRICO:**

### **5.1.-DIABETES**

#### **5.1.1. Descripción de la Diabetes tipo 2:**

Chile se encuentra en una etapa de transición epidemiológica y demográfica avanzada, lo que implica envejecimiento de la población y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La Diabetes Mellitus es un trastorno metabólico crónico de etiología múltiple, caracterizado por una alteración del metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y lípidos, inducida por defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas situaciones. La diabetes tipo 2 (DM2) representa al 90-95% de las personas con Diabetes Mellitus, anteriormente conocida como Diabetes no insulino-dependiente, o Diabetes del adulto. Este tipo de diabetes resulta del defecto de la secreción de insulina, casi siempre con una importante contribución de resistencia a la acción de la insulina por el tejido muscular, hepático y adiposo (Ministerio de Salud, 2010).

### **5.1.2.-Complicaciones crónicas más frecuentes:**

La hiperglucemia crónica, característica de la diabetes, se asocia con desarrollo progresivo de complicaciones microvasculares, tales como retinopatía diabética, nefropatía diabética y neuropatía diabética y macrovasculares, como el infarto al miocardio y accidente vascular periférico (Ministerio de Salud, Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2, 2010). Las complicaciones microvasculares aparecerían a los 5 años del inicio de la enfermedad, lo que muchas veces no coincide con el momento del diagnóstico; así muchos diabéticos llegan ya dañados al diagnóstico inicial (Ministerio de Salud, 2010).

En un estudio del Reino Unido se evidenció que entre el 6 y 39% de los pacientes recién diagnosticados tendrá retinopatía diabética y que un 4-8% perderá visión. Esta evidencia el MINSAL la ha proyectado para Chile, en cifras similares (Escobar, 2010).

La nefropatía diabética en nuestro país es la principal causa de enfermedad renal crónica (Ministerio de Salud, Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2, 2010). La neuropatía afecta al menos a un 15% de los pacientes diabéticos. Esta complicación es parte del síndrome de pie diabético y consiste en la ulceración, infección y/o gangrena del pie, producto de descompensaciones frecuentes en la glicemia en la sangre. En España la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular estima que el 85% de los

diabéticos que han padecido una úlcera sufre amputaciones (Ministerio de Salud, Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2, 2010), esta situación aún no ha sido cuantificada en Chile, sin embargo la percepción de los equipos de salud es que es similar a España y que irá en ascenso (Escobar, 2010).

Los tratamientos efectivos en diabetes, tales como el cambio de estilo de vida y el uso de fármacos, disminuyen la morbi mortalidad de los pacientes (Technology Appraisal Guidance 60, 2003). Un estilo de vida saludable guiado con intervenciones dietarias, manejo del peso corporal, actividad física y cesación del hábito de fumar, son relevantes en el cuidado de la salud de un paciente diabético, ya que influyen en el control metabólico y por ende en las complicaciones micro y macro vasculares. En cuanto a los fármacos, la recomendación es usar metformina como agente inicial, ya que es eficaz en bajar la glicemia y tiene bajos efectos secundarios, pero si el paciente tiene riesgo de hipoglucemias la recomendación es combinar hipoglicemiantes orales más insulina (Ministerio de Salud, Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2, 2010).

Los pacientes diabéticos se caracterizan por percibir su patología como asintomática dándole menor importancia al cuidado (Escobar, 2010) (Figuerola, 2007).

### **5.1.3.-Magnitud del problema:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 calculó que de 57 millones de muertes ocurridas en el mundo, 36 millones corresponden a enfermedades no transmisibles, lo cual se presume irá en ascenso debido al envejecimiento de la población, la obesidad y los estilos de vida poco saludables (Naciones Unidas, 2011)

Según las predicciones de la OMS, los diabéticos en todo el mundo aumentarán de 285 millones del año 2010 a 438 al año 2030. La predicción es que en 20 años la cifra aumente en un 53,68% (OPS/OMS, 2012). Los fundamentos de esta explosión son los anteriormente mencionados. La declaración de la Directora de la Organización Mundial de la Salud, Margaret Chan en el año 2011 refiere que “en un estudio reciente del Foro Económico Mundial y la Universidad de Harvard se estima que en los próximos 20 años las enfermedades no transmisibles le costarán a la economía mundial más de US\$ 30 billones, lo que representa el 48% del PIB mundial en 2010.” Las enfermedades no transmisibles minan la salud, incluida la salud económica” (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En la Américas, una reciente publicación de la OPS/OMS (2012) calcula que el número de diabéticos es de 62,8 millones y que en 2030 alcanzará a 91,1 millones de personas (OPS/OMS, 2010)

La prevalencia de diabetes en Chile, según un estudio de la Asociación Chilena de Diabetes (ADICH) en el año 2006, que incluyó a personas de 15 a 75 años, corresponde a 7.49% (Asociación de diabeticos de Chile, 2006). Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud (ENS), año 2010, mostró que un 9,4% de la población adulta chilena presenta diabetes, en el rango de edad de 15 años y más (Ministerio de Salud, Resultados ENS, 2010). El año 2003 la misma encuesta arrojó una prevalencia de 4.2%, en el rango de edad de 17 años y más años.

En el informe de la ENS 2009-2010, al analizar por sexo y edad, la diferencia entre hombres y mujeres no es significativa; en cuanto a la edad, al aumentar ésta aumenta la prevalencia tanto para hombres como para mujeres (Ministerio de Salud, Resultados ENS, 2010).

Según nivel educacional, se observa una gradiente en la prevalencia de diabetes: al ajustar por sexo, las mujeres de estrato educacional bajo presentan mayor prevalencia que las mujeres de estrato alto; se da una situación similar en los hombres. Al analizar por ambos sexos, el nivel socioeconómico más bajo presenta un 20,5% de prevalencia comparado al 6.2 % del estrato más alto (Ministerio de Salud, Resultados ENS, 2010).

Al distinguir por zona urbano-rural, la encuesta muestra que no hay diferencia significativa, al ajustar por edad y sexo.

Además el 30,1% de los adultos chilenos refiere tener un familiar directo (padre, madre, hermanos o hijos) con “diabetes o azúcar alta en la sangre” (Ministerio de Salud, Resultados ENS, 2010)

#### **5.1.4.-Mortalidad:**

Según el MINSAL durante el año 2010, las muertes ocurridas por causa de la diabetes fueron 3.269, siendo 1.607 varones y 1.662 mujeres, con una tasa de 19.5 por 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, Estadísticas de Salud, 2010).

Al comparar las muertes por grupo específico según región se observa la tasa más alta en la región de Arica y Parinacota con 29 por 100.000 habitantes; la más baja se registra en la región de Aysén con 8 cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, Estadísticas de Salud, 2010)

#### **5.1.5.-Diagnóstico, Control y Compensación:**

La compensación en el tratamiento de diabetes tiene relación con disminuir al máximo el riesgo de complicaciones cardiovasculares y aumentar el bienestar general.

En Chile, el control metabólico se mide con el examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c) que corresponde a concentraciones de glicemia menores a 7% (Ministerio de Salud, Clínica Diabetes Mellitus tipo 2, 2010).

En cuanto a conocimiento, tratamiento y control de la diabetes, la ENS 2009-2010 exploró este tema y los resultados arrojaron que sólo un 78,49% declara conocer su diagnóstico; de este grupo sólo un 52,05% se encuentra recibiendo tratamiento ya sea farmacológico o no farmacológico, y el 34,32% de la población diabética tenía, al momento del estudio, una hemoglobina glicosilada menor a 7%, es decir, con un parámetro de control aceptable.

La compensación en el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez durante el año 2010 alcanzó un 37% para los usuarios diabéticos bajo control, lo que indica que un 63% de los usuarios se encuentran descompensados; a nivel nacional la cifra de compensación es de 34,32% (Ministerio de Salud, Resultados Encuesta Nacional de Salud, 2010).

Si comparamos esta cifra con otros países, nuestro país presenta compensaciones muy bajas. En países como Alemania e Inglaterra se han comunicado porcentajes de compensación cercanos al 50% (Chan JC, 2009). En Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.), la compensación alcanzada por este país ha ido disminuyendo de 45% en el 2001 a un 36%, en el año 2006, lo que nos posicionaría en un nivel similar (Lenz, 2010).

A nivel mundial se han estudiado las causas de la compensación, en términos generales, y se han determinado como factores predictores de compensación el menor tiempo de duración de la enfermedad y el uso de menos drogas hipoglicemiantes (Chan JC, 2009).

La adherencia a tratamiento será analizado en un ítem aparte dada su relevancia para el desarrollo de esta tesis.

#### **5.1.6.-Carga considerable a los servicios de salud:**

Los gastos en salud por esta patología, afectarán principalmente a los países pobres. Es así como en el año 2010 la Fundación Mundial contra la Diabetes calculó que los países de Latinoamérica y el Caribe destinarían alrededor de US\$ 20 millones anuales para luchar contra la pandemia de la diabetes, y que en el año 2030 aumentará a 30 millones. Si tomamos como indicador la pérdida laboral por amputaciones y otros, se estima que la discapacidad permanente es de 13 millones de años de vida productiva perdidos a nivel global. La discapacidad temporal equivale a una pérdida de 140 mil años de vida productiva, con un costo de US\$ 760 millones anuales, en los países desarrollados. En los países en desarrollo, las personas deben hacerse cargo de su enfermedad, por lo que deben pagar entre el 40-60% de los costos del tratamiento. Según el informe de la Fundación Mundial contra la diabetes el

gasto por persona a nivel global sería de US\$ 550, lo que equivale a 266.501,5 pesos chilenos, al año; esto representa cerca de US\$ 65 mil millones anuales a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 1997).

En Chile los gastos por tratamiento de diabetes son absorbidos por el Ministerio de Salud a través del Plan AUGE. Según el Ministerio de Salud, el costo en el año 2010 era de \$ 389.926 al año, por cada diabético. El financiamiento estaría protegido por ley para cada paciente diagnosticado en nuestro país (Lenz, 2010). Esto significa que el Estado a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, protege en forma financiera de por vida a estas personas, entregando atención médica, nutricional y de enfermería una vez al año y los medicamentos necesarios una vez al mes, todo lo anterior definido en las Guías Clínicas del Ministerio de Salud

#### **5.1.7.-Salud Mental y Diabetes:**

En cuanto a la mantención de la diabetes como enfermedad compensada o descompensada, se ha visto en estudios que los diabéticos deprimidos cumplen menos sus tratamientos médicos que los no deprimidos (Di Matteo, 2000); esto significa, por ejemplo, que entre los diabéticos deprimidos es más probable que la alimentación sea deficiente, las hipoglucemias más frecuentes,

la discapacidad mayor y los costos de salud más elevados que entre los diabéticos no deprimidos (Ciechanoswky, 2000).

En estos pacientes, el tratamiento de la ansiedad y la depresión mejora la evolución de la diabetes; los autores explican que al mejorar los síntomas depresivos y ansiosos se compensan mejor los índices de glucosa (Lustman, 1995).

En Chile, un estudio realizado el año 2008 (Quintana, 2008), en la ciudad de Los Ángeles, evaluó cual era la relación de variables psicosociales con la compensación en diabetes, se estudiaron 4 variables psicosociales: la atribución de beneficios, la percepción de barreras, el apoyo familiar disponible y las relaciones positivas con el equipo de salud. Los resultados arrojaron que la atribución de beneficios y la percepción de barreras tienen una relación potente frente al control metabólico de diabetes: mientras más beneficios el paciente atribuye al tratamiento, más se asegura el control y mientras menos barreras se perciben para asegurar la ejecución del tratamiento, mayor es la probabilidad de que el paciente esté compensado metabólicamente. Además, concluyen que el apoyo familiar disponible y las relaciones positivas con el equipo de salud, actúan indirectamente en el modelo analizado.

## 5.2.-ACTIVIDAD FÍSICA:

La actividad física es un factor determinante del gasto de energía y, por lo tanto, del equilibrio energético y el control del peso. Reduce el riesgo relacionado con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes y presenta ventajas considerables en relación con muchas enfermedades, además de las asociadas con la obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2004).

La inactividad física acelera la patogénesis de la diabetes tipo 2 y, posteriormente, conduce a un aumento en la morbilidad y la mortalidad (Qin, 2010).

La actividad física también puede contrarrestar el impacto diabeto-génico de la obesidad mediante la reducción de la masa grasa, aumentando la capacidad oxidativa de la grasa o a través de otras vías biológicas, además la obesidad puede ser menos perjudicial para individuos en buena forma física, con o sin diabetes (Qin, 2010).

La OMS en el año 2002 basándose en la evidencia disponible, diseñó una estrategia mundial para promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física. Esta estrategia tiene cuatro objetivos principales, el primero hace mención a *“Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física*

*a través de medidas de salud pública*” (Organización Mundial de la Salud, 2002); el segundo hace referencia a los conocimientos necesarios y la concientización; el tercero a *“Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores”* y el último propone hacer seguimiento a los datos científicos.

El Estado de Chile a través de su subsecretaría de Salud Pública ha propuesto para la década 2011-2020 objetivos sanitarios para toda la población chilena con el fin de instaurar una política pública. En relación al sedentarismo, éste se enmarca en el objetivo número tres, de factores de Riesgo, que señala *“aumentar las personas que realizan actividad física”* (Ministerio de Salud, Elige Vivir Sano, 2010).

En Chile el nivel de sedentarismo, según la ENS 2003 fue de 89,4%, en el grupo etario mayor de 17 años (Ministerio de Salud, 2003). La misma evaluación en la ENS 2009-2010 arrojó un 88,6% para la población mayor de 15. La prevalencia de sedentarismo aumenta con la edad (Ministerio de Salud, Resultados ENS, 2010), el tramo de 65 y más años tiene la más alta prevalencia, el grupo de 25 a 44 años se posiciona en segundo lugar y el último tramo 15 a 24 años presenta la más baja prevalencia.

Además la ENS 2009-2010 nos indica que a menor nivel socioeconómico mayor sedentarismo (Ministerio de Salud, Resultados ENS, 2010).

En el tratamiento propuesto por el MINSAL, una de las recomendaciones con evidencia tipo “A”, es reducir la ingesta energética y aumentar la actividad física. Además se debe considerar en la historia clínica las características, tiempo y frecuencia de la actividad física que realiza la persona. Para las personas con DM2 obesas o con sobrepeso se les recomienda aumenten su actividad física y reduzcan al mismo tiempo los alimentos ricos en contenido calórico (Ministerio de Salud, Guía Clínica de Diabetes Mellitus tipo 2, 2010).

La actividad física mejora el control metabólico, los niveles de HbA1c, glicemia y sensibilidad a la insulina. Un ensayo clínico controlado en 251 pacientes con diabetes tipo 2, realizado en Canadá, cuyo objetivo fue “determinar los efectos del entrenamiento aeróbico solo, entrenamiento de resistencia solo, y la práctica de ejercicio combinado en los valores de hemoglobina A1c en pacientes con diabetes tipo 2”, mostró un cambio en los niveles de hemoglobina glicosilada (Hba1c) en el grupo de ejercicios combinado en comparación al grupo control, con una diferencia de 0,51 puntos porcentuales; además el ejercicio combinado tuvo valores más altos en comparación a ejercicio aeróbico solo y entrenamiento de resistencia solo (Ministerio de Salud, Guía Clínica de Diabetes Mellitus tipo 2, 2010)

Existe documentación de los beneficios de la actividad física en la sensibilidad/resistencia a la insulina y reducciones de hiperglucemia asociada al uso de medicamentos (Ministerio de Salud, Guía Clínica de Diabetes Mellitus tipo 2, 2010).

Se propone así que los equipos de salud promuevan la práctica del ejercicio físico, ya que una mayor intensidad del ejercicio físico se asocia con mayor reducción de los niveles de HbA1c (Rodríguez, 2010).

Un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos con 1651 indígenas americanos examinó la asociación entre actividad física total (tiempo libre más trabajo) y la incidencia de diabetes. Los resultados muestran que en los 10 años de seguimiento se presentaron 454 casos de incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Aquellos sujetos que realizaban actividad física presentaron un riesgo de desarrollar DM2 más bajo, con un Odds Ratio (OR) de 0.67 (Fretts & Smith N., 2009).

En Chile se realizó un estudio en el año 2004, de prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes en ambiente urbano, cuyo objetivo fue estimar en dos comunidades indígenas, mapuche y aymara, la frecuencia de diabetes, obesidad y perfil lipídico. En esa investigación se asocia obesidad con inactividad física (Carrasco, 2004). El estudio muestra prevalencia de obesidad para los hombres mapuches de 30,9% y para las mujeres de

55,2%, en el caso de los aymaras, en hombres un 35,7% y en mujeres un 48,3%; ambos grupos presentan cifras más elevadas al promedio nacional que es de 19,2% para hombres y 30,7% para mujeres (Carrasco, 2004).

Estudios prospectivos muestran una mayor incidencia de diabetes en personas con menor actividad física. En un estudio realizado por la escuela de medicina de Harvard, por 5 años, con 21.271 médicos, mostró que el riesgo relativo disminuyó con el aumento de la frecuencia del ejercicio: 0,77 para una vez a la semana, 0,62 de dos a cuatro veces y 0.58 para cinco o más veces (Manson, 1992).

### 5.3.- ADHERENCIA:

La Adherencia al tratamiento en general para enfermedades crónicas es un problema de salud pública mundial. La OMS informa que en los países desarrollados los pacientes que adhieren alcanzan al 50% y en los países subdesarrollados alcanzan tasas menores. Por otro lado este problema crece día a día al igual que la incidencia de patologías crónicas.

La OMS en su informe titulado “Adherencia a los tratamientos de largo plazo, pruebas para la acción” (2004) define la adherencia terapéutica como: *“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”*. De esta forma se destaca que la adherencia ya no es sólo la toma de medicamentos sino que se amplía a otros aspectos del tratamiento (OMS, 2012).

Las recomendaciones que entrega la OMS en este informe son las siguientes: en el estudio de la diabetes, y en general de las ENT, se recomienda evaluar en forma separada cada componente del régimen de tratamiento, esto debido a la escasa correlación entre la adherencia a los comportamientos de

autocuidado separados, lo que señala que la adherencia es un constructo multidimensional (OMS, 2004)

Las tasas de prevalencia de adherencia a tratamiento son diferentes según el tipo de diabetes, en este estudio nos centraremos en la tasa de diabetes tipo 2.

A nivel mundial las conductas que se han relacionado con adherencia terapéutica son: monitoreo de la glucosa, administración de fármacos, régimen alimentario, actividad física (33). La Actividad física tiene a nivel mundial baja adherencia; por ejemplo, en Canadá un estudio que tomó al azar de los registros provinciales de salud, encontró que un 37% participó de programas de actividad física informales y en programas organizados (OMS, 2004).

Se solicitó 250 pacientes, de Estados Unidos, que monitorearan su glucosa, y se constató que el 67% de ellos cumplía con la conducta (Karter, 2000).

En relación a la administración de medicamentos, la OMS describe que entre los pacientes que reciben sus remedios en forma gratuita, en Estados Unidos, sólo un 75% los usa, es decir, hay omisión de las dosis. La sobre medicación aparece en un tercio del grupo estudiado y los que reciben una dosis diaria de fármacos hipoglicemiantes sólo el 15% la utiliza al final de un año (OMS, 2004).

La adherencia a régimen alimentario se ha estudiado en países como India, donde se encontró un 37% adhería; en Estados Unidos la cifra alcanza a un 52%; en Chile no existen estudios específicos.

### **5.3.1.-Factores vinculados a la adherencia:**

Las variables que se han considerado en la adherencia de diabetes son:

a.-Las características del tratamiento y la enfermedad

b.-Los factores intrapersonales

c.-los factores interpersonales

d.-los factores ambientales

a.-Las características del tratamiento y la enfermedad:

La OMS describe: “entre más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que el paciente lo siga”. La complejidad la describe la OMS como el número de veces por día que el paciente debe realizar un comportamiento. Dailey et al (2001) describe mayor adherencia en quienes tomaron una dosis, de fármacos, que los que tenían dosis más frecuentes (OMS, 2004).

La duración de la enfermedad, tendría una relación inversa con la adherencia: los pacientes con diagnósticos más antiguos tendrían menor adherencia (Feldstein, 2011).

La atención médica: los pacientes que reciben atención desde un equipo de salud familiar, tienen más orientación en cuanto a régimen alimenticio y adherencia que aquellos vistos por una patología aguda (OMS, 2004).

b.- Factores intrapersonales: se ha descrito la edad como una variable relevante: los adultos mayores tienen mejor cuidado que los adultos más jóvenes según Stetson (OMS, 2004).

Plotnikoff en su estudio en Canadá describe que la auto-efectividad, es un factor predictivo de gasto calórico en cuanto a adherencia a actividad física, es decir, entre más la persona crea, sienta y auto perciba que es capaz de hacer actividad física, más adherencia tendrá a actividad física (Karter, 2000).

El estrés y los problemas emocionales también se correlacionan con la adherencia, en forma inversamente proporcional empeorando la adherencia a régimen alimenticio; los autores describen que el temor a las inyecciones de insulina, puede llevar a las personas a “dificultades emocionales”, los cuales se expresarían en sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática (OMS, 2004). En los pacientes diabéticos la depresión se presenta dos veces más que en población general (OMS, 2004).

c. -Factores interpersonales: la buena comunicación entre el personal sanitario y el paciente se ha correlacionado con una buena adherencia, relacionado al uso de fármacos (OMS, 2004).

d.- Factores ambientales: la adherencia estaría influenciada por situaciones de alto riesgo y por los sistemas ambientales; se han definido como situación de riesgo a aquellas que exigen un cambio en la vida de las personas, se han elaborado listados con los cuales se han evaluado estas situaciones como: presión social por comer, sentirse aburrido, etc.

Los cambios ambientales están referidos al sistema económico, social, político, geográfico, ecológico y cultural que han llevado cambios como la obesidad y la diabetes. La OMS explica “Los comportamientos de auto cuidado ocurren en el contexto de una serie de situaciones ambientales continuamente cambiantes, en el hogar, el trabajo, en público, etc., que se asocian con diferentes exigencias y prioridades. A medida que sus circunstancias cambian, los pacientes se ven enfrentados a ajustar y mantener sus comportamientos de auto cuidado” (OMS, 2004).

En Chile la adherencia a tratamiento no ha sido estudiada por factores, más bien se ha asimilado el concepto de compensación a adherencia. En Chile el número de diabéticos compensados alcanza al 34,32% según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2010), por lo que se entenderá que en

Chile sólo un 34,32% de los diabéticos adhiere a tratamiento (Ministerio de Salud, Resultados ENS, 2010).

#### **5.4.- INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL:**

A partir de la psicología cognitiva –conductual durante los años 60 surgieron diferentes iniciativas para tratar a los pacientes con adicciones. A partir de esa década hasta la actual, esta forma de intervenir ha tenido gran éxito con las patologías de difícil manejo, tales como las patologías crónicas (Torres, 2010).

Se ha definido este tipo de intervención como aquella dirigida desde el terapeuta, pero centrada en el paciente, para promover el cambio en éste. El principal objetivo es cooperar en la exploración de las ambivalencias que surgen con el problema de paciente (Torres, 2010).

Las características de la Intervención Motivacional son: una escucha empática, minimizar las resistencias, mostrar las discrepancias y fomentar la auto eficacia (Karter, 2000) (Rollnick, 1995).

La intervención motivacional, al ser un modelo transteórico, incluye muchos enfoques cognitivos-conductuales desde donde intervenir, con la propia metodología de cada uno de éstos. A continuación se expone el Modelo Transteórico del Cambio y la teoría de Auto eficacia.

#### **5.4.1.-Modelo Transteórico del Cambio:**

El Modelo Transteórico del Cambio (MTT) se inició con los trabajos de Prochaska y Di Clemente (Cabrera, 2000), en los que analizaron los procesos de cambio en fumadores que habían abandonado este hábito, tanto en personas que habían buscado ayuda a través de programas psicoterapéuticos, como en personas que habían conseguido dejar de fumar por propia voluntad.

A partir de este análisis Prochaska propuso que el cambio terapéutico ocurre a través de una serie de etapas más o menos fijas, mediante la acción de procesos psicológicos principales (Cabrera, 2000), en donde el sujeto que movilizará el cambio tendría tareas definidas. El método de trabajo a nivel individual, en este enfoque, es la entrevista motivacional. Lo anterior se puede aplicar a pacientes diabéticos.

Las etapas motivacionales (Ortiz, 2007) corresponden a:

a. Pre contemplación: el usuario no reconoce tener un problema a pesar que los síntomas y signos son evidentes en su salud. Es frecuente encontrar en los servicios de salud pacientes que niegan su diagnóstico.

En esta etapa es necesario no etiquetar ni confrontar, se debe dar opinión profesional, se invita a inhibir conductas dañinas, se deja una nueva cita y se invita a un miembro de la familia.

b. Contemplación: el usuario ya recibió el diagnóstico de diabetes y aún no realiza tratamiento, posee la información sin embargo no cuida su salud, se puede visualizar lo anterior en los usuarios con pie diabético que a pesar de estar al límite de la amputación continúan con conductas dañinas, así el paciente contempla el problema pero “no hace nada”; en esta etapa se debe motivar para actuar, acordar tareas concretas a realizar, trabajar con familiares, apoyar el inicio de la abstinencia, como por ejemplo de ingesta de comida, con tratamiento farmacológico, se debe acordar seguimiento.

c. Determinación: el usuario toma decisiones de autocuidado. En esta etapa el paciente no sólo contempla el problema, además toma decisiones de autocuidado. El autor teoriza que se comienzan a preparar estrategias para el cambio. Se trabajan estrategias de motivación para acordar un plan de tratamiento, se refuerzan las consecuencias de cuidarse, se trabaja en conjunto con la familia.

d. Acción: comienza a cuidarse de la diabetes, el paciente inicia conductas concretas de cuidado en forma voluntaria, usa sus fármacos, hace actividad física, no usa tabaco ni alcohol, regula la ingesta de comida. En esta etapa se trabaja la prevención de recaídas con estrategias anticipatorias, se trabaja la integración a la red social con otros pacientes diabéticos en grupos de autoayuda.

e. Mantenimiento: el usuario mantiene conductas de autocuidado de diabetes.

Este modelo ha sido utilizado en tratamiento para adicciones en Chile y en el mundo (Feldstein, 2011) (Livingston, 2012) (Rosenbek, 2011) (Hettema & Miller, 2005).

En el año 2005, al sur de Taiwán se realizó una revisión sistemática que evaluó la efectividad de la Entrevista Motivacional, en donde se concluyó que al implementar esta técnica al principio de un tratamiento tiene un efecto potente; pero por sí sola no es efectiva sino que se adiciona al tratamiento de base, ya sea en adicciones o en Enfermedades crónicas, pierde su efecto en el tiempo, y éste puede ser recuperado con intervenciones escalonadas (Hettema & Miller, 2005).

La intervención motivacional (IM) tiene resultados positivos en la autogestión y auto eficacia del manejo de diabetes II, estudios a nivel mundial muestran este efecto (Chen, 2012).

En un estudio de tipo cualitativo se realizaron 7 grupos focales donde se exploró la apreciación que las personas tenían en cuanto a la gestión de su diabetes, se quiso conocer cómo manejaban los tratamientos y si requerían de otros. Las conclusiones indican que no todos los pacientes tratados tienen la auto percepción de poder gestionar su diabetes, por lo que los autores sugieren que deben ser entrenados en autocontrol considerando los significados propios (Miller, 2010).

Otro estudio realizado en Taiwán, tuvo como objetivo determinar si la participación en una entrevista motivacional para las personas con diabetes tipo 2 podría mejorar sus resultados de autogestión, psicológicos y glucemia. Se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado, con una muestra de 250 personas con diabetes tipo 2; se asignaron al azar dos grupos: a un grupo se le aplicó la intervención con entrevistas motivacionales y se determinó para cada persona cuál era la etapa de disposición al cambio. Al grupo control se le proporcionó atención habitual por el personal de enfermería. Los resultados arrojaron que la entrevista motivacional mejoró la autogestión, la auto eficacia, calidad de vida y disminuyó la HbA1c, en comparación al grupo control. El estudio también muestra que no se modificaron los síntomas depresivos, ansiosos y el estrés (Miller, 2010).

Este estudio avala el uso de esta técnica y permite afirmar que las intervenciones motivacionales presentan resultados en la autogestión, psicológicos en cuanto a la auto eficacia y glicemia (Dellasega, 2012).

Otro estudio cualitativo, realizado en Estados Unidos describe que los pacientes valoran el que la Intervención Motivacional (IM) sea desprejuiciada, se sienten escuchados y tratados como personas, se sienten acompañados más que criticados, lo que fomentaría el autocontrol y empoderamiento, junto con establecer una relación colaborativa de metas. Similar situación se describe en estudios con mujeres afroamericanas (Miller, 2010).

#### **5.4.2.- El Modelo de Auto eficacia.**

El aprendizaje humano ha sido estudiado por la psicología del aprendizaje. Una de las ramas de esta ciencia es el aprendizaje social, cuyos exponentes plantean que el aprendizaje es una combinación de factores sociales y psicológicos del individuo. La auto eficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje.

El modelo de Auto eficacia como modelo psicológico en el área de la salud, supone que uno de los principales problemas con respecto al cambio conductual es que comúnmente se intenta enseñar a las personas lo que deben o necesitan hacer para llevar a cabo una conducta saludable. A este respecto Bandura (1994), quien es uno de sus principales exponentes, considera que lo que realmente se debe de enseñar a las personas, son habilidades que fomenten la auto eficacia, por ejemplo, las habilidades de autorregulación que les permitan ejercer el control sobre ellos mismos y sobre otros en la práctica de comportamientos saludables. Dichas habilidades, tienen que ver con el manejo de la auto motivación, las auto creencias y las auto guías (formas de actuar). En términos generales la Auto eficacia no sería otra cosa que las “auto-evaluaciones” (Bandura, 1999) sobre lo que las personas sabemos que somos capaces de hacer.

La autorregulación, por su parte, requiere de habilidades de auto monitoreo que permitan a las personas reconocer cuándo deben de poner en práctica su sistema auto regulatorio, promoviendo así, la emisión de conductas saludables por medio de un cambio de comportamiento auto dirigido. Bandura considera que para lograr dicho cambio, la gente necesita reconocer las razones para alterar sus hábitos riesgosos, los significados de sus conductas, sus recursos y de apoyos sociales para hacerlo (Bandura, 1999).

A partir de este concepto de desarrollaron técnicas para trabajar la motivación en los pacientes del grupo de estudio.

## **5.5- METODOLOGÍA CUALITATIVA EN SALUD PÚBLICA.**

El problema será abordado desde un estudio cualitativo. Por estudio cualitativo vamos a entender a aquel que produce datos descriptivos, que pueden ser interpretativos -tal como refiere Taylor y Bogdan (1995) - “las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor, 1995). Además Sandoval (2001) nos señala que esta metodología nos permite: “recuperar la subjetividad como espacio de construcción de la vida humana, reivindicar la vida cotidiana como escenario básico para comprender la realidad socio-cultural y la intersubjetividad y el consenso como vehículos al conocimiento válido de la realidad humana” (Sandoval, 2001). El paradigma que sustenta los estudios cualitativos es el fenomenológico, tal como explica Taylor y Bogdan, “el fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor” (Ministerio de Salud, 2010). El paradigma fenomenológico, busca la comprensión de los fenómenos sociales, es flexible ya que a través de los discursos de los sujetos se va entendiendo su realidad. Se producen así textos, narraciones y se buscan significados.

El paradigma fenomenológico, también ha sido llamado naturalista o constructivista, que tiene como objeto “la interpretación de la conducta humana, se adecua a nuestra investigación en sentido de corresponder a los principios

del paradigma en donde la realidad es múltiple y subjetiva, construida mentalmente por los individuos” (Sandoval C., 2001).

En la metodología cualitativa las personas que participan y su entorno son vistos como un todo, desde ahí la relevancia de conocer la vida cotidiana de estos usuarios y cómo estas interacciones apoyan el hábito de realizar actividad física.

El investigador no es intrusivo, por lo que reconocen “que son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio”.

La riqueza del estudio tiene que ver con explorar las creencias y/o motivaciones de las personas que participan en el estudio en su propio ámbito social. Por otro lado se hace necesario que la investigadora se plantee el contacto con las narrativas como si “fuera la primera vez” (Taylor, 1995), así lo que se busca es entender desde la mirada de las personas cual es su comprensión del fenómeno “adherir a actividad física”.

Es un método humanista que rescata la esencia de las personas, esto nos da la pauta para acceder a los significados más personales. La validez así está dada “por lo que las personas dicen y hacen” que nos puede mostrar pautas de comportamientos que aclaren el fenómeno en estudio (Taylor, 1995). La validez en los estudios cualitativos está dada por la rigurosidad. Que el

estudio sea riguroso, significa dejar claro cuáles son los procedimientos que se ocuparán. Según Guba (1997) la rigurosidad está dada por el valor de la verdad, la aplicabilidad, la consistencia y la neutralidad. Todos los criterios comparten que se realice una auto reflexión de lo que se está realizando con los datos, en cuanto al valor de la verdad, el autor refiere que una forma de realizar contrastación es a través de la triangulación, en esta investigación se triangulará con el análisis de las categorías por parte de la investigadora revisora o tutora de tesis.

Entenderemos por triangulación una de las estrategias que tienen los métodos cualitativos para proteger la validez y el rigor, en nuestro caso ocuparemos la triangulación por el investigador, en donde dos investigadores exploran un mismo fenómeno, lo que se considera beneficioso ya que ambos investigadores tienen diferente experiencia y tienen un rol relevante en el estudio (Sandoval, 2001).

La aplicabilidad o transferibilidad de los resultados a otros contextos no tiene que ver con la generalización que se aplica a los estudios cuantitativos, más bien se refiere a “hipótesis de trabajo” (Guba, 1997) (Sandoval, 2001), que puedan transferirse a otros contextos similares, para lo cual en esta investigación se detallará el ambiente comunitario en que se desarrolla la actividad física, el grado de vulnerabilidad de las personas, su status socioeconómico, etc.

La consistencia se refiere a “describir cómo se generaron los datos, cómo se complementan las fuentes de los datos y verificar durante las entrevistas los discursos para la correcta interpretación” (Sandoval, 2001). Para lo anterior se pondrá cuidado en registrar todos los eventos ocurridos durante las entrevistas, a través de una bitácora, además de grabar las entrevistas, cuando un discurso no quede claro se aclarará con los entrevistados, durante el proceso de recolección de los datos.

La neutralidad, se entiende como el “resguardo que debe tener el investigador en cuanto a sus percepciones, intereses o motivaciones no influyan en los resultados” (Sandoval, 2001), para lo anterior se recurrirá a la triangulación con la investigadora revisora, en consulta durante todo el proceso de recolección de datos.

La importancia de usar metodología cualitativa en el tema de enfermedades crónicas tiene que ver con el entender que el curso de la enfermedad es parte del mundo subjetivo que las personas experimentan y que tal como lo refiere Ulin (Ulin, 2006) la investigación cualitativa ve el “mundo construido, interpretado y experimentado por las personas en sus interacciones recíprocas y con sistemas sociales más amplios”; destaca así que la investigación no se centra en los hechos verificables sino también en los numerosos significados que se le atribuyen a las personas.

El curso del cuidado de diabetes es una secuencia de toma de decisiones (MINSAL, 2010), la metodología cualitativa nos permite acceder a los datos ya que los fenómenos sociales se exploran a la luz de los “entornos sociales, culturales, políticos y físicos” (Taylor, 1995). Así el fenómeno de adherir o no a actividad física tiene que ver con una particular realidad de este grupo. Esta metodología pone el acento en la profundidad de los contenidos más que en lo amplio del contenido, es decir, más que generalizar se busca entender el comportamiento humano (Taylor, 1995).

## **6.-CONTEXTO.**

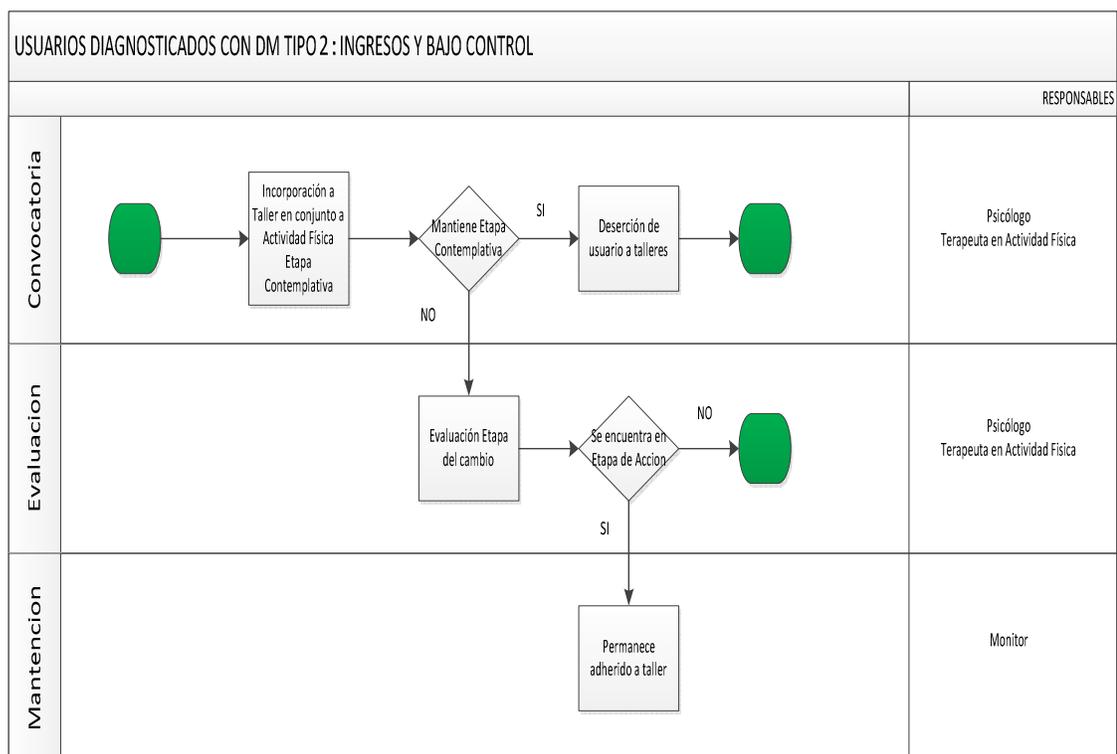
El CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, es parte de la red de Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Corporación Municipal de Puente Alto; a su vez es prestador de la red de salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). Como parte del nivel de atención primaria, presenta intervenciones guiadas por el Ministerio de Salud (MINSAL). Una de ellas es la que se enmarca en el programa Cardiovascular (Ministerio de Salud, 2010), en donde se atienden a usuarios hipertensos y diabéticos.

Durante el año 2011, en el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH), se desarrolló un proyecto de consejería para usuarios diabéticos que incluía intervención motivacional y actividad física, llamado “Plan de intervención en salud cardiovascular con énfasis en educación y consejería para personas con diabetes tipo 2”. La actividad física se incluía por primera vez en el centro. Al evaluar el proyecto se observó que el grupo desarrolló mayor adherencia al tratamiento, autonomía y se constituyó como un grupo de autoayuda. Otro grupo de personas desertó.

Para poder decidir qué ámbito investigar se realizó un flujograma de la ruta de un diabético frente a la actividad física, en donde se identifica la etapa de cambio en que se encuentra cada uno (según el Modelo de Prochaska y Di Clemente) que permite identificar que ambos grupos (adherentes y desertores)

estaban en la misma etapa contemplativa, que significa que consideran la posibilidad cierta y cercana de ejecutar un cambio de comportamiento; de ahí ambos grupos se exponen a la intervención motivacional, de un total de 55 pacientes, sólo 17 se mantuvieron en el programa, hasta el final y 38 desertaron. En el siguiente diagrama se graficaron las posiciones que tomaron los sujetos integrantes del programa:

**Ilustración 1: Flujograma de la Intervención.**



Como se muestra en el diagrama el óvalo verde corresponde a un usuario que ingresa y va pasando diferentes etapas motivacionales.

La intervención consistía en realizar actividad física más Intervención motivacional. El proyecto duró 6 meses y consistió en sesiones de actividad física tres veces a la semana, con un enfoque de ejercicio físico cardiovascular, además se fomentó el aprendizaje de estos ejercicios para su posterior autogestión. La intervención motivacional se centró en temáticas de motivación al cambio, autocuidado y autoestima, lo anterior como medio para motivar al cambio y que el paciente pasara de la contemplación a la acción. Se define la contemplación como aquella etapa motivacional en que en el paciente diabético conoce su enfermedad y los riesgos, pero no cuida su salud; la etapa de la acción se visualiza cuando el paciente toma conductas de cuidado y se compensa en su diabetes.

Se precisó autocuidado como las conductas y las decisiones que los pacientes diabéticos realizan para mejorar su compensación, tales como realizar actividad física, tener alimentación adecuada y relaciones familiares saludables. Se definió autoestima, como la imagen de sí mismo que tienen los pacientes diabéticos, sus sentimientos frente a la enfermedad y cómo actúan en los cuidados. Estas temáticas se trabajaron con:

-Imaginerías: “soy poderoso/a, yo puedo hacerlo, mi mente y mi corazón se abren al aprendizaje”, “poner nota al beneficio que recibo de la práctica de actividad física”, “llevo la diabetes en mi mochila, ¿qué tan pesada es?”, “visualice a su familia con ropa deportiva”

-Ejercicios de respiración: inhalar y exhalar para combatir la fatiga, el desanimo, la desmotivación, en forma grupal. En forma individual, se trabajó “te veo la esencia”.

-Consejerías grupales: Se les consulta como se relaciona el ejercicio físico con la diabetes. Se realizaron al grupo intervenido y a sus familiares, por separado.

-Psico educación: Se entrega información de la enfermedad.

-Tareas para realizar en casa: “Mañana voy a decirle algo maravilloso a tres personas que no esperan nada de mí”, “-haz una lista de 25 cosas que te gustan de ti”.

-Ejercicios grupales: “-haz una lista de las cosas que has soñado convertirte”, “escribe alguna de tus creencias o teorías que guían tu vida”, “¿si pudieras viajar en el tiempo y visitarte a ti mismo(a), en tu séptimo cumpleaños que obsequio llevarías?”.

La intervención grupal se realizó en los tres primeros meses al antes de iniciar actividad física y los últimos 3 meses la modalidad fue una vez a la semana, la duración fue de 1 hora y media, en la sala de educación del CESFAM.

Este tipo de metodología ha sido usada en grupos para trabajar adicciones (Pérez, 2012), en formato de charla grupal y con énfasis en la auto eficacia de los pacientes.

El grupo que se mantuvo realizando actividad física, fue denominado “grupo de autoayuda de actividad física”, entendemos por grupo de autoayuda, aquel que nace por la necesidad de un grupo de personas con intereses comunes, se enfatizan los encuentros cara a cara y frecuentemente entregan ayuda material y emocional, la esencia del proceso es la mutualidad y la reciprocidad (Losada, 2008). Se proyectó realizar un grupo focal con éstos pacientes, sin embargo el grupo se disolvió en marzo del año 2013.

## 7.- METODOLOGÍA.

### 7.1.- Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo cualitativo interpretativo-explicativo, ya que además de describir la naturaleza del fenómeno, se buscó describir, interpretar; en nuestro estudio, el por qué los diabéticos no siguen asistiendo a actividad física, lo que se pretende es explicar las creencias y motivaciones de los pacientes que no participan en actividad física.

Se utiliza el concepto de **creencia** desde la definición de Bandura (1999), es decir, como todos aquellos pensamientos que tienen las personas de sí mismas y que guían y controlan las conductas relacionadas con la competencia personal, siendo así protagonistas de su medio ambiente para modificarlo.

La **motivación** la entenderemos como el proceso interno que activa, dirige y mantiene la conducta (Woolfolk, 1996).

## **7.2.- Universo y Muestra**

### **7.2.1.-Tipo de muestra:**

El tipo de muestreo fue intencional de tipo a priori. Las unidades de muestreo se eligieron en forma intencionada, de acuerdo a los perfiles por grupos etarios de 20-44 años, 44 a 64 y 65 y más años, que eran atingentes a los objetivos de este estudio y que dieran respuesta a la pregunta de investigación. Los perfiles se diseñaron por la característica sexo, para estudiar si existe diferencia en la motivación y creencias de adherir a actividad física entre éstos. Se separaron por grupos etarios para discriminar si existe diferencia entre los discursos de pacientes jóvenes y pacientes adultos mayores.

### **7.2.2-Tamaño de la muestra:**

En una primera etapa la muestra quedó conformada por 12 personas, 8 mujeres y 4 varones. Se utilizó el criterio de saturación teórica para detener el proceso de entrevistas. De las 12 entrevistas, 2 fueron invalidadas por tener discurso dirigido, las cuales corresponden a masculino, 70 años, 17 de julio de 2013 y femenino, 48 años, 9 de mayo de 2013, por lo que la muestra final quedó en 10 entrevistas.

Se denominó a cada participante con sexo, edad y fecha de entrevista. En un principio se planteó entrevistar a 2 pacientes correspondientes a los grupos etarios de 20-44 años, 44 a 64 y 65 y más años. No fue posible ubicar a pacientes del primer perfil propuesto, ya sea porque se trasladaron de CESFAM o porque el horario de trabajo no les permitió el acceso a la entrevista. Las entrevistas fueron grabadas, posteriormente transcritas y guardada en archivos computacionales para su análisis.

Se realizaron finalmente entrevistas a:

Femenino, 67 años, 16 de mayo de 2013

Masculino, 54 años, 6 de junio de 2013

Masculino, 56 años, 28 de junio de 2013

Femenino, 65 años, 22 de julio de 2013

Femenino, 50 años, 31 de julio de 2013

Femenino, 44 años, 31 de julio de 2013

Femenino, 46 años, 2 de agosto de 2013

Femenino, 49 años, 6 de agosto de 2013

Femenino, 49 años, 14 de agosto de 2013

Masculino, 57 años, 16 de agosto de 2013

### **7.3.- Recolección de la Información:**

La investigadora tuvo acceso a los pacientes diabéticos que desertaron a través de la ficha electrónica. Para partir, se revisó el listado de asistencia de los talleres de actividad física del proyecto “Consejería y Actividad física para diabéticos tipo 2 en CESFAM Raúl Silva Henríquez”. Los pacientes fueron contactados vía telefónica y se acordó una cita en el hogar de cada uno. En este llamado se les informó que la entrevista no duraría más de una hora y que era parte de una investigación llevada a cabo por la que habla. Previo a comenzar la entrevista se entregó un consentimiento informado, se leyó en voz alta y se firmó por el entrevistado y la entrevistadora.

La técnica de recolección de información fue entrevista semi-estructurada.

El guión temático incluyó:

-Descripción de la historia personal de la enfermedad:

- ¿Cuándo le diagnosticaron la diabetes y cuáles fueron los tratamientos que le dieron?
- ¿Quiénes lo atienden en el CESFAM?

-Conocimientos de la relación entre diabetes y actividad física

- ¿Para qué sirve la actividad física?
- Si tuvo tratamiento, ¿cuál es la relación con la diabetes?

-Inclusión en proyecto de actividad física

- ¿Quién lo citó, quienes participaban, que actividades realizaban?

-Descripción de apoyo familiar, en relación a práctica de actividad física

- ¿Alguien en su familia practica actividad física?
- ¿Usted lleva a sus hijos a practicar?

-Mejora de los programas de actividad física

- Cómo se pueden mejorar los programas o proyectos de actividad física

#### **7.4.-Criterios de Rigor:**

Según Guba (1989) la rigurosidad está dada por el valor de la verdad, la aplicabilidad, la consistencia y la neutralidad. Todos los criterios comparten que se realice una auto reflexión de lo que se está realizando con los datos, en cuanto al valor de la verdad, el autor refiere que una forma de realizar contrastación es a través de la triangulación. Entenderemos por triangulación una de las estrategias que tienen los métodos cualitativos para proteger la validez y el rigor; en nuestro caso ocuparemos la triangulación por el investigador, en donde dos investigadores analizan una misma información, lo que se considera beneficioso, ya que ambos investigadores tienen diferente experiencia y tienen un rol relevante en el estudio (Sandoval, 2001). En esta investigación se trianguló con el análisis de las categorías por parte de la tutora de tesis.

La aplicabilidad o transferibilidad de los resultados a otros contextos no tiene que ver con la generalización que se aplica a los estudios cuantitativos, más bien se refiere a “hipótesis de trabajo” (Guba, 1989) (Sandoval, 2001), que puedan transferirse a otros contextos similares; es así como se consideró en esta investigación el ambiente comunitario en que se desarrolla la actividad física, el grado de vulnerabilidad de las personas, su status socioeconómico, información que se puede transferir a los pacientes diabéticos de Puente Alto.

La consistencia se refiere a “describir cómo se generaron los datos, cómo se complementan las fuentes de los datos y verificar durante las entrevistas los discursos para la correcta interpretación” (Sandoval, 2001). Para lo anterior se puso cuidado en registrar todos los eventos ocurridos durante las entrevistas, a través de una bitácora, además de grabar las entrevistas, cuando un discurso no quedaba claro se aclaró con los entrevistados, durante el proceso de recolección de los datos.

La neutralidad, se entiende como el “resguardo que debe tener el investigador en cuanto a sus percepciones, intereses o motivaciones no influyan en los resultados” (Sandoval, 2001), para lo anterior se recurrirá a la triangulación con la investigadora revisora, en consulta durante todo el proceso de recolección de datos.

### **7.5.- Tipo de análisis**

El tipo de análisis que se realizó fue de contenido, de tipo descriptivo-explicativo, para interpretar los discursos de los pacientes.

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de los pacientes, posteriormente transcritas textualmente y luego se imprimieron en papel.

Para el análisis se procedió a leer y anotar a un costado de las respuestas, los comentarios de lo que el paciente quería expresar, luego fueron agrupados estos comentarios en categorías, para esto se diseñó una matriz en donde se anotaron los comentarios de los pacientes y así relacionarlos con las categorías, tanto para creencias como para motivación. Luego se reordenó la matriz y se organizaron sub-categorías, para dar mayor significación a los discursos. Al mismo tiempo se fueron marcando en la matriz las categorías que fueron emergiendo y se les agregó ya que aportan mejor comprensión del fenómeno en estudio.

Para realizar la descripción se fue detallando categoría por categoría lo que los pacientes opinaban y se apoyó esta descripción con citas textuales.

Posteriormente se hizo una comparación de los discursos por perfiles.

Para asegurar los criterios de rigor la información obtenida se trianguló con la investigadora patrocinante, quien leyó cada entrevista e identificó las categorías emergentes, en paralelo a la investigadora principal; esto asegura la neutralidad, es decir, que los discursos no se vean afectados por las motivaciones del investigador, además esta acción permite dar el valor de la verdad, ya que las categorías encontradas por ambas investigadoras coincidieron en la mayoría de éstas.

En relación a la saturación, se consideró pertinente considerar sólo un caso en el perfil de 65 y más, ya que el discurso es rico en información de este grupo etario y la saturación teórica no requiere un mínimo de casos, siempre cuando el contenido del discurso se apegue a los criterios de rigor.

Se transcribieron los datos en forma literal para la consistencia.

La transferibilidad se aplica al realizar análisis y reflexión de los hallazgos, sólo para población de Puente Alto, de manera de distinguir este estudio de uno cuantitativo.

#### **7.6.- Aspectos Éticos.**

El estudio fue aprobado por el área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto, ya que los pacientes entrevistados son usuarios inscritos en esta comuna. Al comienzo de esta investigación no existía comité de ética en la Corporación Municipal de Puente Alto, sin embargo, la política de esta Corporación se sustenta en proporcionar una atención humanizada protegiendo los derechos de los pacientes, lo que facilitó la ejecución del estudio. En la actualidad se encuentra en conformación el comité de bioética de la Corporación Municipal de Puente Alto.

Se usó consentimiento informado, para asegurar la confidencialidad de los datos y la protección de la vulnerabilidad emocional. Se solicitó a cada participante firmar un consentimiento informado para realizar las entrevistas, y se tuvo especial cuidado que todos los participantes conocieran para qué es el estudio y de ser publicado, sus nombres no aparecerían bajo ninguna circunstancia. Se especificó además que la participación en la investigación no tiene ninguna remuneración en dinero ni en ningún otro bien.

#### **7.7.- Limitaciones:**

No fue posible acceder a los discursos del perfil de 20 a 44 años, ya que los pacientes o se habían trasladado de CESFAM o no tenían tiempo por sus trabajos.

El grupo de autoayuda, que se quería incluir con el objetivo de enriquecer la comprensión del fenómeno en estudio, no fue posible integrarlo ya que se disolvió, luego de 2 años de funcionamiento.

## 8.- RESULTADOS:

### 8.1.- MATRIZ DE ANÁLISIS

**TABLA 1. Categorías de entrevistas a pacientes diabéticos que desertan de Actividad física.**

<b>GUION TEMÁTICO</b>	<b>SUBCATEGORIAS CREENCIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS MOTIVACIÓN</b>
<b>HISTORIA PERSONAL DE LA ENFERMEDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diabetes como enfermedad grave y mortal</li><li>-Diabetes como enfermedad crónica y genética</li><li>-Salud mental afectada por diabetes.</li><li>-Tratamiento y Compensación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Acceso</li><li>-Conciencia de Autocuidado</li></ul>
<b>CONOCIMIENTOS DE LA RELACIÓN ENTRE DIABETES Y ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Utilidad del ejercicio y diabetes</li><li>- Mitos</li><li>-Menor importancia que tratamiento farmacológico y dieta</li><li>-Actividad física y tareas domesticas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Recomendaciones desde equipo de salud</li><li>-Mejora salud mental</li></ul>

<p><b>GUIÓN TEMÁTICO</b></p>	<p><b>SUBCATEGORIAS</b></p> <p><b>CREENCIAS</b></p>	<p><b>SUBCATEGORIAS</b></p> <p><b>MOTIVACIÓN</b></p>
<p><b>INCLUSIÓN EN PROYECTO DE ACTIVIDAD FÍSICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Obstáculo interno: la flojera</li> <li>- Temor a Consecuencias de la diabetes</li> <li>-Permanencia en los talleres de actividad física</li> <li>-Labores domesticas para la mujer</li> </ul>	<p>Para adherir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Valoración positiva hacia actividad grupal</li> <li>- Las recomendaciones de equipo de salud son facilitador para la práctica de actividad física.</li> <li>-Valoración positiva de profesora</li> <li>-Conocimiento de los efectos positivos sobre la salud</li> </ul> <p>Para desertar:</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>-El trabajar es un obstáculo</li> <li>-La seguridad del barrio es un obstáculo para hacer actividad física</li> <li>-La falta de equipamiento de CESFAM es un obstáculo</li> <li>-Los horarios de talleres son en jornada laboral</li> <li>-Falta monitor que acompañe en la actividad física</li> <li>-Dolor y cansancio</li></ul>
--	--	---

<b>GUION TEMÁTICO</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b> <b>CREENCIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b> <b>MOTIVACIÓN</b>
<b>APOYO FAMILIAR, EN RELACIÓN A PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<p>-Diferencias de género frente a la actividad física</p> <p>-Dedicación a hijos es incompatible con realizar actividad física</p>	<p>Apoyo familiar determina la práctica de actividad física:</p> <p>La actividad física no es un tema instalado en la familia</p> <p>La familia en conjunto no practica actividad física</p> <p>Los hijos no realizan ejercicio, hay valoración negativa</p>

<b>GUION TEMÁTICO</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>MEJORA DE LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<b>CREENCIAS</b>	<b>MOTIVACIÓN</b>
	<p>Si es el grupo es más joven, la gimnasia debe ser más rápida</p> <p>El tiempo de traslado es pérdida de tiempo, del hogar a CESFAM</p>	<p>-Hay adherencia si las edades de los participantes son similares</p> <p>-Deserción motivada por infraestructura, distancia, horarios</p> <p>-Sugerencia que los talleres sean para todo público</p>

## 8.2.- DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los/as entrevistados/as al referirse a su historia personal de la enfermedad, refieren como creencia que al recibir el diagnóstico su percepción fue que la diabetes era una enfermedad muy grave.

*“porque igual fue fuerte para mí, que me dijeran que tenía diabetes, así que, porque mi mamá había fallecido a los 48 años con su diabetes, entonces anduve bastante mal, ahí...fuerte, porque yo tenía 46, 47 y dije me voy a morir a los 48 igual que mi mamá” M., 49 años, 14/08/2013.*

Así mismo que por tener diabetes tendrían una muerte prematura, dado que la enfermedad la reconocen como genética, sin cura.

*“igual fue fuerte para mí que me dijeran que tenía diabetes, entonces anduve bastante mal ahí...y dije que me voy a morir a los 48 igual que mi mamá”...M, 46 años, 02/08/2013*

Esta creencia cambia con la evolución de la enfermedad, ya que los/as entrevistados/as refieren tener mejor control y manejo de la diabetes con su tratamiento. El tratamiento nutricional es la base de la compensación junto con los fármacos, los pacientes explican haber recibido instrucciones desde el equipo de salud y aplicarlas ya que se sienten en mejores condiciones.

*“y de ahí nos mandaron al médico, me hicieron examen completo y las pastillas...me dan los remedios y lo más importante dentro de todo ese nivel la*

*nutricionista, la persona que como que a uno le van rigiendo la enfermedad en el fondo.” H., 57 años, 16/08/2013*

Al inicio del tratamiento de la diabetes la salud mental se ve afectada, ya que los pacientes en su mayoría asocian que al tener eventos de emociones negativas, se descompensan y que tienen mayor susceptibilidad a los estados depresivos, con sentimientos de culpa por habérseles declarado la enfermedad.

*“Pero yo dejé todo, todo, todo de un viaje, de hecho cuando a mí me dijeron que tenía diabetes yo bajé 8 kilos, porque me dio una depresión terrible, pero no, ahora estoy superá...” M, 50 años, 07/07/2013*

A nivel personal reconocen los pacientes tener que lidiar con las decisiones de trasgredir o no su tratamiento.

*“Portándose bien, no sirviéndose nada, ni un pedacito de torta nada, ni un poco de bebida, hartas cosas que tiene que privarse uno. ¡Uy!, una vida terrible, mal...mala, mala...no se la doy a nadie.” M, 67 años, 16/05/2013.*

En la historia personal de enfermedad lo que motiva a las personas entrevistadas a cuidarse está mediado por el acceso y el autocuidado. El acceso tiene relación con las dificultades que encuentran los/as pacientes en encontrar una hora de control, ya que el sistema está diseñado con horas durante la jornada de 8.00 a 17.00, lo cual coincide con la jornada laboral, obstaculizando la asistencia. Los pacientes refieren no tener autorización de

sus jefes para salir en horas de trabajo y menos faltar, ya que les descuentan en forma monetaria.

*“porque resulta que yo por mi trabajo, a veces pierdo la hora, porque a mí no me dan permiso muy fácil y o sea no es yo vaya al consultorio y ya, tengo libre mañana y me van a atender, que me den una hora...” H, 54 años, 06/06/2013*

El autocuidado está mediado por el conocimiento que tienen los/as pacientes de los fármacos y su utilidad, logran hacer la diferencia que si usan correctamente los fármacos no usarán insulina.

*“en la actualidad estoy tomando tres metformina y dos glibenclamida...y después como tenía el azúcar un poquito alta, me dijeron le vamos a hacer un examen y le vamos a inyectar insulina, ¡no, no!, la insulina ¡no!, no, no prefiero cambiar mi alimentación, hacer ejercicio...” M, 65 años, 02/07/2013*

La valoración positiva de la relación con el equipo de salud aparece como un elemento significativo para controlar la diabetes.

*“entonces ella me explicó un poco más de la enfermedad en sí, de la diabetes y lo que me ha ayudado harto también, que me explicaba, que me empecé a controlar con la doctora M. del consultorio, ella me explicó bien así, bien pauteado, como era la enfermedad.”, M, 46 años, 02/08/2013*

En cuanto a la categoría conocimientos de la relación entre diabetes y actividad física, los pacientes refieren que la actividad física logra hacer cambios en su cuerpo, pero no se relaciona directamente con la compensación de la enfermedad, las creencias son: la actividad física mejora la circulación de la sangre, si no se practica actividad física se produce trombosis, entre otras.

*“Bueno, en mi ignorancia, yo creo que el ejercicio es por la circulación, el problema de la diabetes en la sangre, si uno se relaja mucho está muy estancado todo, en cambio en ejercicio circula bien la sangre, por lo tanto la azúcar no se acumulará, no sé” M, 65 años, 22/07/2013*

*“oh, el ejercicio es bueno, porque uno estira sus huesitos”, M, 67 años, 16/05/2013*

*“lo que uno ve que de repente que es por, los músculos, yo creo que se van atrofiando...entonces ahí uno toma conciencia, por ser ya, después de esa cuestión de trombosis, puede formar coágulos, eso mi señora es como mi enfermera, me dice eso mismo, va pasando por la sangre y después al cerebro, y ahí forma la trombosis, eso es lo que pasa cuando uno no tiene actividad, jeso es lo que me puede pasar también si no hago actividad!, porque uno piensa en los demás y uno también es de los mismos” H, 56 años, 28/06/2013*

Algunos pacientes explican que la actividad física es buena para no tener obesidad, lo asocian con bienestar general, pero no es atribuido a tratamiento

propiamente tal. Además sería útil para distraerse y tener una salud mental saludable.

*“que está mal, deberían hacerlo, porque imagínese, pelando a mis vecinas, son todos gordos, si ellos tuvieran actividad física, serían menos gordos y tendrían menos problemas de salud, yo pienso porque a mí me hizo muy bien” M., 50 años, 07/07/2013*

*“pero yo pienso que eso, que la actividad física a lo mejor nos sirve para no pensar tanto en esta enfermedad, porque yo encuentro que es una enfermedad terrible.”M., 50 años, 07/07/2013.*

*“aparte que la gimnasia me sirvió también para salir de la casa, porque no tengo mucha...yo trabajo aquí en mi casa, paso encerrá aquí en mi casa y me sirvió para conocer a otras gente también, lo tomé como terapia, aparte que me servía pa mi salud, me sirvió pa conocer a otra gente”. M., 46 años, 02/08/2013.*

Aparece la creencia que hacer trabajo de construcción es practicar actividad física, así como subir y bajar escaleras en el hogar, lo anterior aparece en conjunto a la autodefinición de ser activo.

*“me dediqué a construir, como acá estamos construyendo, revolver mezcla y pegar ladrillos y subirse al segundo piso es más fuerte físicamente que hacer gimnasia,” H, 57 años, 16/08/2013*

*“que diga que uno es muy dejá, yo soy muy dejá, por ejemplo ahora estoy empezando a hacer más ejercicios, acá en la casa me pongo a subir escaleras, sentarse y hacer abdominales, y no los voy a hacer afuera por no sacarlo al frío”. M, 44 años, 31/07/2013.*

En términos generales los pacientes coinciden en su discurso en que si el equipo de salud recomienda hacer actividad física, es tomado como tratamiento; si no aparece en las indicaciones, los pacientes no lo consideran un tratamiento, es así como la motivación para practicar pasa por la percepción de mejorar la salud mental, más que compensar la diabetes. La integrante del equipo de salud que recomienda con más frecuencia es la nutricionista.

*“tienen que hacer, es necesario para las personas, las personas que pueden hacer tienen que hacer física porque eso les ayuda, al corazón...porque uno le hace (mueve los brazos)...a mí me gustaba...es entretenido...porque ahí se hacen amistades”. M., 67 años, 16/05/2013.*

*“me dijo lo único que me falta es hacer ejercicio, porque tenía bien los riñones, todas las cosas”, H, 56 años, 28/06/2013*

*“por los mismos controles, los controles de la diabetes, sí, la nutricionista, ella me dijo que fuera a gimnasia, pero yo fui dos veces no más, no pude ir, por el niño, fui dos veces no más.”*

Los pacientes ven obstáculos para practicar actividad física, uno de ellos es el trabajo, la creencia que surge es que si las personas trabajan no pueden practicar actividad física, sería incompatible por tiempo y espacio.

*“Sí, porque antes me habían mandado a hacer gimnasia, yo estaba trabajando, no pude ir, y ahora como me retiré del trabajo, ahora puedo ir ahora.” M, 49 años 06/08/2013*

*“Porque la mayoría se preocupa de trabajar, llega a descansar y hacer ejercicio, no sé, como que no le queda tiempo”, M, 44 años, 31/07/2013*

*“acá todos salen en bicicleta, pero bien pa allá pal otro lado, no viven p acá, así que tienen más actividad...en Santiago...aquí no hay ni canchas de futbol, las canchas que hay aquí se jodieron...las cerraron”. H., 56 años, 28/06/2013.*

*“los lugares físicos donde se realiza la práctica o la clase, en este caso yo considero que el consultorio no era lo más adecuado, o sea podía haberse hecho en un gimnasio, podía haberse hecho en una cancha especial, no po ahí estábamos dentro del mismo consultorio, la verdad era incomodo, yo creo que ahí está el déficit en este caso”. H., 57 años, 16/08/2013*

Los pacientes describen la voluntad y el estado de ánimo positivo como una creencia que facilitaría la práctica de actividad física y al contrario la falta de voluntad y el desánimo como obstaculizadores.

*“y de ahí yo no seguí, así que no sé en que quedó todo eso, no seguí porque no me daba...no me daba, no me sentía bien, no tenía el ánimo, estaba todo mal, estaba todo mal en ese tiempo.” M, 49 años, 14/08/2013*

*“yo estuve yendo unos seis meses, tiene que haber sido...en el consultorio dictaban unos...una señorita, era en la mañana, yo le decía señorita no se imagina el sacrificio que tengo que hacer para venir a esto, porque sé que es para mi bien, uf me costaba.”·M, 65 años, 22/07/2013*

La creencia que caminar es hacer actividad física, es descrito por los pacientes como que ellos sí ejecutan actividad física, dándoles tranquilidad, ya que reconocen limitaciones físicas, como la postración, por la falta de ejercicio y por otro lado podrán mejorar la salud y en menor importancia controlar la diabetes.

*“pero ella camina, la sacamos a caminar, le hacemos cosas, no la dejamos ahí, o si no estaría postrada,” M, 50 años, 07/07/2013*

*“generalmente salgo a caminar, porque ya no voy a gimnasia, pero salgo a caminar...salgo a caminar entre 10 y media hora, camino sin parar...” M, 46 años, 02/08/2013*

*“caminar, porque si uno no va a física, puede caminar, todo eso le ayuda”, M, 67 años, 16/05/2013.*

Para incluirse en la práctica de actividad física, la flojera aparece como una creencia y una motivación. Como creencia aparece que es común en las personas, que es una característica de personalidad, asociada a ser inactivo, que impide que las personas sean proactivas y busquen programas de apoyo en actividad física. Además sería una característica personal que obstaculizaría la ejecución de ejercicios.

*“El ejercicio es bueno, pero yo soy bien floja para caminar, pa que le voy a mentir, cuando camino más es cuando vengo a la feria, porque la recorro de punta a punta”, M, 67 años, 16/05/2013*

*“incluso la ultima nutricionista me decía que subiera la escalera, todo pa’ alla, pa’ ca, que subiera-bajara, subiera-bajara, pero uno no lo hace porque es flojo, porque cuando está con el azúcar alta y cuestiones ahí uno la piensa pero las cosas no las hace...mis colegas, igual tienen diabetes algunos y hacen lo mismo que hago yo, no salen a hacer ejercicio, no hacen nada de actividad física, nada”. H, 54 años, 06/06/2013*

La flojera sería un obstáculo en la motivación para realizar actividad física, aunque existe conciencia de su utilidad, las personas conocen la relación del beneficio con el esfuerzo realizado.

*“Me dijeron que tenía que hacer ejercicio porque me puede venir cualquier cosa, si me quedaba quieta, no hacía ejercicio...pero ¡yo soy floja!, yo*

*misma lo reconozco soy floja para hacer ejercicio, soy muy floja...” M, 49 años,  
06/08/2013*

*“Porque somos flojos, flojos, porque no nos gusta, como le dijera, dedicar tiempo como para uno, yo si no me hubieran llamado del consultorio, no hubiera ido nunca,” M, 50 años, 07/07/2013*

Las pacientes mujeres refieren que se necesita coordinar tiempo, familia y trabajo para poder realizar ejercicios, además se refieren a la postergación personal por las tareas domésticas y a que la mujer no cuida su salud; existiría una actitud negativa hacia uno mismo, relacionan el amor propio con hacer actividad física.

*“después decidí comprar esas maquinas... me puse a trabajar aquí, para no salir todos los días, de repente uno estando aquí en la casa...entonces igual la mujer en la casa como que uno, no se preocupa mucho de uno”, M, 44 años,  
31/07/2013*

*“no sé, es que yo tengo personalmente el problema de preocuparme de los demás y cuando se trata de mí, soy irresponsable...”, M, 46 años,  
02/08/2013*

*“pero no es necesario ser diabética para ir a la plaza que hay máquinas te poní a hacer, bajai un montón de peso, pero no lo hacen porque prefieren*

*estar viendo la comedia, prefieren estar tiradas en la cama, pienso yo, pienso que eso es no quererse, no querer estar bien...” M, 50 años, 07/07/2013*

En cuanto a la motivación podemos evidenciar que los pacientes que adhieren tienen una valoración positiva hacia la participación grupal, dando connotación de amistad y de acompañamiento.

*“...pero era una profesora muy simpática y ella los fue haciendo gimnasia, nos hacía trote, y nos hacía eh...ejercicios en las colchonetas, fue una experiencia linda, bien entretenida...”, M., 46 años, 02/08/2013*

*“si fue muy bueno y no nos conocíamos ninguno, al final terminamos todos haciendo una convivencia, que hicimos una vez y todo, súper bueno, muy bueno y la gente que no lo hacen no lo aprovechan”. M., 50 años, 07/07/2013*

Los pacientes aprueban la intervención de la profesora de actividad física y reconocen que si el equipo de salud les sugiere la práctica de ejercicios, ellos la consideran importante para tener una buena salud, no como un tratamiento para la diabetes.

Los pacientes refieren como motivo de su deserción de los talleres de actividad física, el tener que trabajar, los horarios de los talleres coinciden con la jornada laboral, la participación estaría dada por los pacientes jubilados o inactivos laboralmente.

*“y uno no puede participar porque anda trabajando, ahí casi siempre, o pensarán que todos los diabéticos son viejitos y están jubilados, están en la casa o que no están trabajando o algo así” H, 56 años, 28/06/2013*

La seguridad del barrio aparece como otro obstáculo que impide practicar ejercicios en las máquinas instaladas en las plazas o simplemente salir a correr o trotar.

*“peligro, porque también aquí nos e respeta, aquí usted anda en bicicleta y el tipo que anda en auto le echa el auto encima, eh...si va una señorita corriendo no falta el tipo que le pega una grosería, entonces todas esas cosas influyen”, H., 57 años, 16/08/2013.*

*“Claro, si podría salir corriendo pa allá y capaz que allá haya unos patos malos y me asalten...temor que tiene uno, si fuera en otro lado más allá...yo vivía en La Cisterna antes, no había ningún problema, podí salir caminando en Gran Avenida...ese es el temor que uno que tiene que estar en la casa no más, tratando de resguardarse de cualquier cosa...puede haber una balacera.”. H., 54, 06/06/2013*

Los/as pacientes conocen el equipamiento necesario para hacer ejercicios critican la falta de equipamiento en el CESFAM y refieren que si no hay profesor o monitor que los acompañe en la práctica, no se motivan a buscar alternativas.

*“...decían que las otras señoras que iban también, que entre ella se iban a juntar y que iban a seguir haciendo ejercicio, pero no sé porque lo vi, como que no era como tan, como cuando hay una persona...como que entre nosotras mismas como que no lo encontraba tan serio”. M, 65 años, 22/07/2013.*

El apoyo familiar en relación a la práctica de actividad física resulta relevante en el discurso de los entrevistados, ya que explican que la familia no practica actividad física, lo que influye en su deserción, además que los hijos desvalorizan el ejercicio y cuando sucede lo contrario, las personas se sienten más motivadas a participar de un taller de actividad física. La creencia que surge con más fuerza es que los varones requieren de apoyo constante para participar.

*“nadie me incentivó”, M., 49 años, 14/08/2013*

*“ellos ven harta TV; de hecho m hijo está viendo TV....ellos dicen que el ejercicio sirve para relajarse, para que los músculos, no sé...pero no lo hacen, se encuentra gordo”. M., 50 años, 07/07/2013*

*“mi hija, vive allá en el sur, en los Ángeles, pertenece a los bomberos, debe tener harta actividad física, pero acá casi todos salen en bicicleta...pero vive pa allá pal otro lado, no viven pa acá, así que tienen más actividad, hay más canchas, hay más espacio.”, H. 56 años, 28/06/2013*

*“los hombres en cualquier actividad necesitamos un apoyo, como que nos den las ganas de ejecutar esas cosas...lo mismo esto, si alguien dice –ya, papá, y te acompaño- es distinto, eso me ha hecho falta a mí”, H., 57 años, 16/08/2013*

Los pacientes aluden como creencia que los ejercicios deben ser más rápidos para jóvenes y más lentos para adultos mayores, refiriendo que en los talleres asistían en su mayoría adultos mayores y los adultos medios eran los menos, además de invitar a todo tipo de pacientes.

*“¡Abuelitos! Yo era la más joven y ahora tengo 50 años”, M., 50 años, 07/07/2013*

*“sí, sí, pero eran más abuelitas que abuelitos, yo era el más joven de ahí”, H. 54 años, 06/06/2013*

*“después fui avanzando más y después empecé a encontrar aburridos los ejercicios porque eran más personas de edad...después yo empecé a ir a otro grupo que era un chiquillo de la municipalidad que...hacía gimnasia...era más...era más movido, más aeróbica, cosas así...”M., 46 años, 02/08/2013*

*“en la gente digamos, no tan sólo los diabéticos, en todo tipo de gente, insistir, invitarlos, así como nos invitarnos a nosotros, invitar a otro tipo de gente que se integre al grupo digamos y a lo mejor habría más, yo peso habría más gente que le gustaría”, M. 50 años, 07/07/2013*

La motivación para permanecer en los talleres se relaciona con la distancia en donde se practicaban los ejercicios, con los horarios y con la infraestructura. Refieren que se haría más fácil la participación si el CESFAM tuviera sitios equipados para la práctica de ejercicios, sin interrupciones de los demás pacientes, que el espacio sea amplio, en horarios accesible y se realice mayor difusión.

*“no, nunca me han dicho que hacen, si incluso yo le pregunté a la nutricionista si acaso tenía algún programa, igual sería bueno que pusieran unas maquinitas ahí, ¿cierto?”, H., 54 años, 06/06/2013*

*“como le digo la cuestión de los días y la hora para mí, pa mí, como le decía y el día sábado, o día sábado en la mañana o día domingo en la mañana, como ir a misa, sábado o domingo en la mañana, todo lo demás alcanzamos a hacer oras cosas”. H., 56 años, 28/06/2013.*

*“y han dicho los médicos que es hereditario, entonces y a mi hermana como a mí, jamás la han invitado a un programa, así como me invitaron a mí, ellos me decían -si a mí me invitaran yo voy, porque hace bien-, me hizo bien, hasta que quedé con lumbago, entonces insistir en la gente en general, no tan solo los diabéticos, pienso yo”. M., 50 años, 07/07/2013.*

## **9.- DISCUSIÓN.**

El presente estudio tuvo como objetivo comprender, desde la mirada de los pacientes diabéticos, por qué se deserta de un programa de actividad física. El análisis realizado con una muestra de pacientes de un taller de actividad física nos permitió elevar categorías referidas a la historia personal de la enfermedad, los conocimientos de la relación que existe entre diabetes y actividad física, la inclusión en el proyecto de actividad física, el apoyo familiar y las propuestas de mejoras al proyecto.

Cuando se declara la enfermedad, los pacientes diabéticos, presentan la creencia que la Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad grave y mortal, sin embargo, ésta se modifica cuando reciben apoyo del equipo de salud, en cuanto a los conocimientos del tratamiento farmacológico y nutricional. Estos resultados son coherentes con lo que plantea la OMS en su informe “Adherencia a tratamientos a largo plazo”, en donde se indica que los equipos de salud familiar fomentan la adherencia a tratamiento dietético, en los grupos de crónicos (OMS, 2004).

La motivación para cuidarse está mediada por el acceso y el conocimiento del tratamiento farmacológico. El acceso se expresa en el grupo como la dificultad de encontrar horas de atención médica, lo que llevaría a la

desmotivación para seguir el tratamiento; similares resultados aparecen en el estudio de Quintana (2008), estudio cuantitativo realizado en Chile, en el que se modelaron aspectos psicosociales relacionados con adherencia, como la percepción de barreras la que estaría directamente relacionada con la compensación (Quintana, 2008).

El conocimiento del tratamiento farmacológico aparece como una motivación que lleva al autocuidado, asociado a la valoración positiva del equipo de salud. Se observa así lo que describe la OMS como “factores interpersonales”, es decir, la buena comunicación entre el personal sanitario y el paciente se ha correlacionado con una buena adherencia, relacionado al uso de fármacos (OMS, 2004).

Los conocimientos que tienen los pacientes de la utilidad de la actividad física tienen relación con cambios a nivel corporal, mejoría en el estado de ánimo, disminución de la obesidad, pero no están relacionados con la compensación de la diabetes; lo nombran como tratamiento, pero no ejecutan la conducta de ejercicio físico; desde la teoría cognitiva (Bandura, 1999) podríamos inferir, que no se ha logrado transmitir, desde los equipos de salud, el significado de la importancia de la actividad física en el tratamiento y podríamos interpretar que los pacientes no han desarrollado creencias auto-reguladoras que den un significado positivo al tratamiento de actividad física y por lo tanto no han desarrollado la auto-eficacia. Plotnikoff en su estudio en

Canadá describe que la auto-efectividad es un factor predictivo de gasto calórico en cuanto a adherencia a actividad física; es decir entre más la persona crea, sienta y auto perciba que es capaz de hacer actividad física, más adherencia tendrá a actividad física (Karter, 2000). Lo que se observa es que hay desconocimiento de las creencias de los pacientes, en el equipo de salud. Autores como Hoyos (2011), Xavier (2009) afirman que es evidente el desencuentro de la cultura biomédica y la cultura popular, donde se desconocen las creencias y percepciones de los pacientes, lo cual es un desafío aún pendiente desde los gestores de salud. Méndez (2010) así mismo afirma que los estudios deben tomar en cuenta los significados, creencias, la cultura que afectan el desarrollo de los individuos.

Los obstáculos para no realizar actividad física son: tener un trabajo, el desánimo y la falta de voluntad. Trabajar se vuelve incompatible por tiempo y espacio. Esto es coherente con los horarios diseñados en los proyectos de actividad física, que generalmente se ofrecen desde los CESFAM, con horarios de 8 a 17 horas, dificultando el acceso a aquellos pacientes que trabajan de 8 a 18 horas. Similar situación la muestra un estudio cualitativo, realizado en Irlanda, en donde se usó entrevista semi-estructurada y fueron entrevistados 10 médicos y 2 enfermeras, en el que se pudo concluir que los servicios de salud para diabéticos no están organizados y los profesionales califican el acceso como “suerte” (Mc Hugh, 2013). En Reino Unido, a través de cuestionarios vía

correo, se consultó a los pacientes diabéticos por las barreras de acceso tanto a consultas médicas como otros servicios para diabetes y al evaluar el acceso a actividad física, se puede observar que las mujeres tienen menos acceso y que en general un 40% percibe barreras para acceder (Hippisley, J.,2006).

La falta de voluntad y desánimo es asociada a la flojera, descrita como creencia por lo pacientes del estudio, como una característica de personalidad, aparece como parte de “nuestra idiosincrasia”. Se asume como parte de nuestra cultura y se actúa de acuerdo a esta premisa, afectando así la motivación. En Chile, un estudio de la Universidad de Talca reveló que el 24% de los encuestados opina que los chilenos somos “flojos y sacadores de vuelta” (Universidad de Talca, 2006). Similar situación aparece en un estudio realizado en México, con estudiantes universitarios, donde los sujetos mencionan como principal barrera para realizar actividad física, el no tener aptitudes para el deporte, la falta de tiempo, la flojera o pereza y la carencia de instalaciones deportivas cerca del hogar (Flores, 2010). Desde el punto de vista cognitivo, no se ha estudiado la real dimensión de esta creencia en el tratamiento de actividad física para la diabetes. Resulta interesante abrir caminos de investigación en esta área para aportar desde la Salud Pública, ideas de cómo implementar en forma más eficaz los programas de actividad física, ya que este concepto (flojera) al ser una creencia, es modificable.

Se observó en el discurso de los pacientes que la actividad grupal tiene una valoración positiva, desde el punto de vista de la salud mental. Podemos afirmar así que los pacientes encuentran apoyo social en los miembros del proyecto de actividad física. Los estudios internacionales indican que el apoyo social contribuye a los resultados de salud (Miller, 2013); no se conoce exactamente su mecanismo, sin embargo la investigación sugiere que el apoyo social beneficia a los pacientes en la sobrecarga de estrés, facilita el cambio emocional y aumenta la eficacia. En cuanto a la familia el ejercicio físico es una práctica desvalorizada, los pacientes reconocen ser éste un motivo por el cual abandonan el proyecto, llama la atención que los varones estudiados refieren necesitar un apoyo constante de la familia. Estos antecedentes nos aportan pruebas suficientes para integrar a la familia en los programas motivacionales, que combinen actividad física y cuidados de diabetes, ya que existe suficiente evidencia que la intervención motivacional, modifica conductas en el autocuidado de diabetes (Miller, 2013).

## 10.- CONCLUSIONES.

Los pacientes diabéticos de nuestro estudio conocen como información que la actividad física contribuye al bienestar general, pero esta creencia no se aplica a que el ejercicio físico es un tratamiento para la diabetes.

Los tratamientos instalados en el discurso de los pacientes son el farmacológico y el nutricional.

La motivación principal para abandonar el proyecto de actividad física, en términos generales, es “la flojera”, concepto que expresan los pacientes diabéticos del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez.

Resulta relevante destacar que los perfiles, predefinidos por edad, no tienen diferencias en los discursos de las categorías planteadas. Sí resulta llamativo que por sexo aparece una diferencia en la explicación de por qué los pacientes no practican actividad física: en las mujeres, esta es vista como un atributo interno: y los varones la atribuyen a un obstáculo externo: la cultura, “*la idiosincrasia del chileno*”.

Las mejoras al proyecto de actividad física, sugeridas por los pacientes diabéticos son: infraestructura adecuada (amplio espacio, equipamiento de máquinas), la presencia permanente de un profesor o monitor, horarios

extendidos después de la jornada laboral, que se organicen grupos por edad y que se sean mixtos en cuanto a la inclusión de pacientes no diabéticos.

La pregunta de investigación de este estudio logra ser contestada a la luz de los resultados obtenidos. El estudio cualitativo nos permitió entregar insumos que dan cuenta del por qué existe la deserción de los programas de actividad física que se incluyen en el tratamiento de la diabetes.

## **11.- RECOMENDACIONES.**

A partir de este estudio, surge un desafío para la Salud Pública, el cual es incluir las percepciones, creencias y motivaciones en los diseños de programas de actividad física; como una intervención previa al ejercicio físico, ya que la evidencia nos muestra que la adherencia está mediada por el aspecto cognitivo-conductual.

Por otro lado, se sugiere intervenir a la población infantil, en las edades tempranas para modificar el concepto de flojera, nombrado por los pacientes diabéticos como parte de la cultura chilena “los chilenos somos flojos”, esta intervención poblacional a largo plazo permitirá mejorar la adherencia a los programas de actividad física y por ende los estilos de vida saludable, disminuyendo la aparición de Diabetes Mellitus tipo 2.

## 12.- BIBLIOGRAFÍA:

- Amezcua, M. G. (2002). Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiva en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, v.76, 423-436.
- Asociación de diabeticos de Chile. (2006). *www.adich.cl*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de Estudio Nacional de Prevalencia Diabetes en Chile: <http://www.adich.cl/Estudio.html>
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Cabrera, G. (2000). El Modelo Transteorico del Comportamiento en Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud pública*, v. 18, 129-138
- Carrasco, E. F. (2004). Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de chile en ambiente urbano. *Revista Médica de Chile* , v.132, 1189-1197.
- CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez. (2010). Diagnóstico Comunitario. Santiago, Chile.
- Chan JC, G. J. (2009). Multifaceted detreminants for achieving glycemc control: the International Diabetes Management Practice Study (IDMPS). *Diabetes Care*, v.32, 227-33.

- Chen, S. C. (2012). Effects of Motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemc outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* , v.49, 637-644.
- Ciechanoswky, P. e. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symtoms on adherence, function and costs. *Archives of Internal Medicine*, v. 160, 3278-3285.
- Dellasega, C. A.-T. (2012). ¿Cuántos Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 responden a la entrevista motivacional. *Diabetes, Investigación y Práctica Clínica*, v.95, 37-41.
- Di Matteo, M. e. (2000). Depression is a risk factor noncompliance wiht medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, v. 27, 2101-2107.
- Escobar, M. T. (2010). Apuntes Curso Epidemiología 1. *Magister Salud Publica* . Santiago, Chile.
- Feldstein, S. F. (2011). Proposed model of the neurobiological mechanisms underlying psychosocial alcohol interventions: the example of motivational interviewing . *Journal Study Alcohol Drugss* , v. 72, 903-916.

- Figuerola, D. (2007). *Manual de Educación Terapéutica en Diabetes*. Recuperado el 9 de noviembre de 2011, de <http://www.diazdesantos.es/wwwdat/pdf/SP0410004113.pdf>
- Flores, G., Ruiz, F. (2010). Motivaciones de los estudiantes universitarios para nunca realizar actividades físico-deportivas de tiempo libre: el caso de la Universidad de Guadalajara. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, v. 17, 34-37.
- Fretts, A. B., & Smith N., L. T. (2009). Physical Activity and Incident Diabetes in american Indians the strong heart Study. *American Journal of Epidemiology* , 5.
- GUBA, E. G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturista. En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez (ed.) *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Ed. Akal. pp.148-165.
- Hettema, J., & Miller, W. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Journal Clinical Psychology* , v. 1, 91-111.
- Hippisley, J., Yates, J., Pringle, M., Coupland, C (2006). Sex inequalities in access to care for patients with diabetes in primary care: questionnaire survey. *The British Journal General Practice*. v. 56, 342–348.
- Hoyos, T., Arteaga, M., Muñoz, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La

visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 29, 194-203.

- Karter, A. F. (2000). Self-monitoring of blood glucose: lenguaje and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care* , v.23, 477-483.
- Lenz, R. R. (2010). Dificultades en la prescripción racional de insulina: La percepción de los médicos tratantes de enfermos diabéticos de atención primaria de salud. *Revista Médica de Chile* , 281-288.
- Livingston, J. M. (2012). The Efectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders:a systematic review *Addiction*. *Addiction* , v. 107, 39-50.
- Losada, G. (2008). El salto de niñas y niños en edad escolar. Aportes para una reflexión. *Aljaba (on line)* , v.12, 197-214.
- Lustman, P. e. (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo -controlled trial. *Psychosomatic Medicine* , 241-250.
- Manson, J. N. (1992). Estudio Prospectivo de ejercicio y la incidencia de la diabetes entre los médicos estadounidenses de sexo masculino. *JAMA*, 63-67.

- Méndez, V., Becerril, V., Morales, M., Pérez, V. (2010). Autocuidado de las adultas mayores con Diabetes Mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. *Ciencia y enfermería*. v.16,
- Mc Hugh, S., O' Mullane, M., Perry I., Bradley, C. (2013). Barriers to, and facilitators in, introducing integrated diabetes care in Ireland: a qualitative study of views in general practice. *BMJ Open*; v 3, on line, en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753479/>
- Miller, S. M. (2010). Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African -american womwn with type 2 diabetes. *Womens Health Issues* , v.20, 43-49.
- Miller, T., DiMatteo, M. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metabolyc Syndrome and Obesity*. V. 6, 421–426.
- Ministerio de Salud. (2010). Resultados Encuesta Nacional de Salud. [www.epi.minsal.cl](http://www.epi.minsal.cl). Recuperado el 26 de abril de 2012, de: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/VIGIA20.pdf>
- Ministerio de Salud. (2003). Primera Encuesta de Salud, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Recuperado el 12 de marzo de 2012, de: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>

- Ministerio de Salud. (2010). Departamento de Estadísticas e Información de Salud: *www.minsal.cl*. Recuperado el 3 de octubre de 2012, de [http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/INDICADORES\\_2010.pdf](http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/INDICADORES_2010.pdf)
- Ministerio de Salud. (2010). Elige Vivir Sano: *www.minsal.cl*. Recuperado el 15 de noviembre de 2012, de Metas 2011-2020. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace040010165011af.pdf>
- Ministerio de Salud. (2002). *www.redcronicas.cl*. Recuperado el 24 de diciembre de 2011, de [http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com\\_docman&Itemid=243](http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman&Itemid=243)
- Ministerio de Salud. (2010). Guia Clinica Diabetes Mellitus tipo 2. *www.redsalud.gov.cl*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de: <http://redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/>
- MINSAL. (2010). *Red Crónicas*. Recuperado el 5 de junio de 2012, de [http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com\\_docman&Itemid=137](http://www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman&Itemid=137)
- Naciones Unidas. (2011). *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el control de las enfermedades No Trasmisibles*. Recuperado el 3 de octubre de 2012, de <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>

- OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo, pruebas para la acción*. Recuperado el 3 de octubre de 2012, de <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
- OPS/OMS. (2012). *Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia*. Recuperado el 18 de junio de 2012, de <http://ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=202117&SE=SN>
- OPS/OMS. (2010). *www.paho.org*. Recuperado el 3 de octubre de 2012, de Notas descriptivas Diabetes en las Americas: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=17437&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17437&Itemid)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia Mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud*. Genova: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *www.who.int*. Recuperado el 3 de octubre de 2012, de Alocución pronunciada por Directora General sobre Enfermedades no Transmisibles: [http://www.who.int/dg/speeches/2011/un\\_ncds\\_09\\_19/es/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2011/un_ncds_09_19/es/index.html)
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *www.who.org*. Recuperado el 19 de junio de 201, de Prevención y la gestión de la epidemia mundial : [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894\(part2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894(part2).pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *www.who.org*. Recuperado el 13 de agosto de 2011, de Estrategia Mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf)
- Ortiz, M., Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*. v. 135, 647-652.
- Pérez, A. G. (2012). Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación secundaria. *Adicciones*, v.24, 191-199.
- Qin, L. M. (2010). Does Physical activity modify the risk of obesity for type 2 diabetes: a review of epidemiology. *European Journal Epidemiology*, 5-12.
- Quintana, A. M. (2008). Variables psicosociales asociadas a compensación de pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Médica de Chile*, v. 136, 1007-1014.
- Rodríguez, J. M. (2010). Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes Mellitus. *Revista Cubana Endocrinología*, 21.

- Rollnick, S. M. (1995). Behavioural and Cognitive Psychotherapy. *Jornal Cambridge Health* , v. 23, 325-334.
- Rosenbek, L. (2011). The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing. *Qualitative Health Research* , v.21, 1115-1126.
- Sandoval, C. (2001). *Investigación cualitativa*. Bogotá: ICFES.
- Taylor, S. B. (1995). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Mexico: Paidós mexicana.
- Technology Appraisal Guidance 60. (2003). *Guidance on the use of Patient-education models for diabetes*. Recuperado el 4 de octubre de 2011, de <http://www.nice.org.uk/TA60>
- Torres, G. (2010). La Entrevista Motivacional en Adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , v.39, 171-187.
- Ulin, P. (2006). *Investigación Aplicada en salud Pública, métodos cualitativos*. Washington: OPS.
- Universidad de Talca. (2006)Facultad de Ciencias, Centro de estudios de Opinión Ciudadana. Identidad de los chilenos. Visión de los Santiaguinos. On line:

[http://www.ceoc.cl/pdf/Estudios\\_Opinion/2006/Informe\\_Identidad\\_Chileno\\_s\\_Vision\\_de\\_los\\_Santiaguinos\\_Sep\\_2006.pdf](http://www.ceoc.cl/pdf/Estudios_Opinion/2006/Informe_Identidad_Chileno_s_Vision_de_los_Santiaguinos_Sep_2006.pdf)

- Woolfolk, A (1996): *Psicología Educativa*. Prentice-Hall. Iberoamericana. México.
- Xavier, A., Bittar, D., (2009), Ataide, M. Creencias en el cuidado a diabéticos: implicaciones para la práctica. *Texto y contexto*. vol.18, 124-130.

## **13.- ANEXOS.**

### **1.- Consentimiento Informado.**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado paciente está siendo invitado a participar en el estudio **“Creencias y motivaciones de un grupo de diabéticos del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, para abandonar de un programa de actividad física”**.

*(Instrucciones: el consentimiento informado debe ser leído con el individuo)*

#### **¿Cuál es el objetivo de este estudio?**

Entender desde la mirada de las personas por qué los pacientes diabéticos no practican actividad física

#### **¿Quién está conduciendo el estudio?**

El estudio es conducido por la candidata a Magíster en Salud Pública Julia Mora Astudillo.

### **¿Cuándo se realizará el estudio?**

El estudio se realizará entre Enero del 2013 y Enero del 2014.

### **¿Quiénes participarán?**

Pacientes que hayan participado del proyecto de actividad física entre los años 2011 y 2012

### **¿En qué consiste la participación?**

1. Participar en entrevistas en profundidad, esto es que el investigador a través de una pauta de consultas registra la opinión de Ud. respecto al tema en estudio. Esta entrevista se realizará en su hogar, también es grabada y luego transcrita al papel y el objetivo es capturar información más detallada respecto al tema en estudio.

2. Participar en un grupo focal, esto es una conversación grupal entre 8-10 personas en la cual el investigador plantea temas en torno al objetivo de la investigación. Estas conversaciones se realizarán en el gimnasio municipal, tienen una duración de una hora por una sola vez, son grabadas y luego transcritas al papel con el fin de registrar información respecto al tema de interés en este caso información relacionada con la actividad física.

### **¿Cuáles son los riesgos potenciales derivados de la participación?**

Ninguno. La participación en el grupo focal, entrevista en profundidad o cuestionario no representa ningún riesgo para usted.

**Si decido participar, ¿puede abandonar el estudio posteriormente?**

Si, la participación es voluntaria y usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.

**Los datos recolectados a través del grupo focal, entrevistas en profundidad o cuestionario ¿son privados?**

Sí. Todos los datos recolectados son de carácter confidencial. Sólo el investigador principal y su equipo de investigación tienen acceso a la información la cual será manejada de manera anónima utilizando códigos de identificación.

**¿A quién puedo llamar si tengo alguna consulta?**

En caso de consultas llamar a alumna Julia Mora Astudillo de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, quien es la encargada del proyecto. Su número telefónico es 9.8739970. Su dirección es Estación El Canelo 3445, Santiago.

*(Instrucciones: La página 1 y 2 debe ser entregada al participante, la página 3 debe ser completada y firmada por el participante y el encuestador)*

**Finalmente le pedimos que responda las siguientes preguntas y marque con una X sobre SI o NO:**

1. ¿El/la entrevistador/a le leyó el consentimiento completo?	SI	NO
2. ¿El/la entrevistador/a respondió a todas sus consultas?	SI	NO
3. ¿Usted cree que le han explicado bien en qué consistiría su participación en el estudio?	SI	NO
4. ¿Usted quiere participar en el estudio?	SI	NO

**Si usted quiere participar y está de acuerdo con todo, por favor complete la siguiente información:**

Su nombre:		
Dirección:		
Número telefónico	Casa:	Celular:
Firma:		
Fecha	__/__/__	
Encuestador:		

