



**Universidad de Concepción
Facultad de Enfermería
Programa de Magíster en Enfermería**

**INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO EN EL ÁREA
DE ULCERACIÓN Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN ADULTOS
DIABÉTICOS CON ÚLCERA DE PIE: ESTUDIO DE ACEPTABILIDAD**

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado de Magíster en Enfermería

Por: Alberto Nicolás Herrera Monsalves

Profesor Guía: Alide Salazar Molina

Profesor Co-Guía: María Elena Lagos Garrido

Concepción, Chile, agosto 2023



© 2023. Alberto Nicolás Herrera Monsalves

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi fuente de inteligencia y sabiduría.

A mis padres, Ingrid y Luis, por inculcarme con amor y dedicación que la educación es una herramienta importante en la vida.

A mis hermanos, Linossca y Jeremías, por su apoyo incondicional en cada decisión tomada.

A mi novio, compañero y colega, Víctor, por creer en mí y alentarme en todo momento durante el desarrollo de este proyecto.

A mis tutoras, Dra. María Elena, por ser mi luz en la enfermería desde el pregrado y Dra. Alide, por su disciplina intachable y ejemplo a seguir en la investigación.

A mis amigos de la Universidad, quienes me alentaron a participar de este postgrado.

A Rocío, mi compañera de Magíster, por acompañarme desde el primer día de clases, lo logramos.

A la Universidad de Concepción y el Programa de Magíster en Enfermería, que financió mis estudios a través de la Beca de Articulación Pregrado-Postgrado y la pasantía académica a la Universidad Autónoma de Nuevo León en México.

A todos, gracias.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	12
1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2 MARCO REFERENCIAL.....	21
1.2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	21
1.2.1.1 MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS.....	21
1.2.1.2 MODELO 5 AES.....	27
1.2.1.3 APOYO AL AUTOMANEJO.....	31
1.2.1.5 ACEPTABILIDAD.....	41
1.2.1.6 DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	43
1.2.1.7 PIE DIABÉTICO.....	45
1.2.1.8 HEMOGLOBINA GLICOSILADA.....	48
1.2.2 MARCO EMPÍRICO.....	51
1.3 OBJETIVOS.....	61
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	61
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	61
1.4 VARIABLES.....	62
2. SUJETOS Y MÉTODOS.....	63
2.1 TIPO DE DISEÑO.....	63
2.2 MARCO MUESTRAL.....	63
2.3 INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO.....	67
2.4 PROCEDIMIENTO Y/O TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	84
2.5 INSTRUMENTOS Y MEDICIONES.....	91
2.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	96
TABLA N°11. PLAN DE ANÁLISIS.....	96
2.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	98
3. RESULTADOS.....	104
4. DISCUSIÓN.....	110
5. CONCLUSIONES.....	121
6. LIMITACIONES.....	123

7. SUGERENCIAS.....	125
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
9. ANEXOS.....	153
9.1 ANEXO 1: TREATMENT ACCEPTABILITY AND PREFERENCE	153
9.2 ANEXO 2: DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	156
9.3 ANEXO 3: CUADERNILLO DE LA INTERVENCIÓN.....	163
9.4 ANEXO 4: AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN CESFAM VIOLETA PARRA.....	188
9.5 ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONALES DE LA SALUD	189
9.6 ANEXO 6: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES Y CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN	194
9.7 ANEXO 7: GUIA DE INVITACIÓN A PARTICIPAR EN INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO	196
9.8 ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS DIABÉTICOS CON ÚLCERA DE PIE	197
9.9 ANEXO 9. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA ADULTOS DIABÉTICOS CON ÚLCERA DE PIE	202
9.10 ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ENTREVISTA COGNITIVA	203
9.11 ANEXO 11. RESULTADOS ENTREVISTA COGNITIVA	207
9.12 ANEXO 12: AUTORIZACIÓN DEL AUTOR.....	211
9.13 ANEXO 13: TREATMENT ACCEPTABILITY AND PREFERENCE VERSIÓN ESPAÑOL CHILENO.....	213

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	72
TABLA N°2. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: MÓDULO 1.....	73
TABLA N°3. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: SESIÓN 1.....	74
TABLA N°4. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: SESIÓN 2.....	75
TABLA N°5. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: SESIÓN 3.....	76
TABLA N°6. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: MÓDULO 2.....	77
TABLA N°7. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: SESIÓN 4.....	78
TABLA N°8. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: SESIÓN 5.....	79
TABLA N°9. DESCRIPCIÓN ETAPA 1: SESIÓN 6.....	80
TABLA N°10. DESCRIPCIÓN ETAPA 2.....	81
TABLA N°11. PLAN DE ANÁLISIS.....	96
TABLA N°12. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ANTECEDENTES BIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD, CESFAM VIOLETA PARRA, 2023.	104
TABLA N°13. ACEPTABILIDAD SEGÚN LOS PARTICIPANTES DE LA INTERVENCIÓN (N=10), CESFAM VIOLETA PARRA, 2023.	106



INDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1. MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS DE WAGNER	27
FIGURA N°2. MODELO 5 AES.....	30
FIGURA N°3. ELONGATED PIPELINE	39
FIGURA N°4. ESQUEMA INTEGRADOR.....	50
FIGURA N°5. ETAPAS DEL ESTUDIO.....	95



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Diabetes Mellitus Tipo 2 genera complicaciones como la úlcera de pie diabético, siendo responsable de altos costos sanitarios y un creciente número de amputaciones. Las intervenciones de apoyo al automanejo han evidenciado que es posible lograr un manejo adecuado de esta complicación. **OBJETIVO:** Evaluar la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada dirigida a adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al Centro de Salud Familiar “Violeta Parra” de la comuna de Chillán.

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio cuantitativo descriptivo, muestreo por conveniencia de 12 adultos diabéticos con úlcera de pie que cumplieron con criterios de selección. Se evaluó la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo, de 6 sesiones telefónicas individuales y 12 refuerzos por mensajería de texto y voz con una duración de 6 semanas, mediante las tasas de interés, asistencia y deserción, y del cuestionario Treatment Acceptability and Preference. Se cautelaron los requisitos éticos de Ezequiel Emanuel.

RESULTADOS: Los participantes de este estudio fueron mayoritariamente hombres con un promedio de 62,7 años, casados, con al menos educación básica completa, hipertensos, no fumadores, y con un promedio de 14,2 años con Diabetes Mellitus Tipo 2. Al medir la aceptabilidad, la tasa de interés fue de un 100%, asistencia un 83,3% y deserción un 16,7%.

Respecto de la evaluación de la intervención, al menos el 80% de ellos, la calificaron como efectiva (Media 3,4, DE 0,6), idónea (Media 3,3, DE 0,8), sin riesgos (Media 4,0, DE 0,0) y conveniente (Media 3,0, DE 1.1).

CONCLUSIONES: La intervención telefónica de apoyo al automanejo de la úlcera de pie diabético grado I y II de Wagner fue considerada y percibida aceptable por los participantes.

PALABRAS CLAVE: Automanejo; Aceptabilidad; Diabetes mellitus tipo 2; Pie diabético; Hemoglobina glicosilada; Uso del teléfono móvil; Envío de mensajes de texto.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Diabetes mellitus type 2 creates a series of health complications like diabetic foot ulcers, which are responsible for a high amount of health costs and for an increasing number of amputations in patients. Support through interventions addressing self-management has demonstrated that it is possible to properly manage this health complication. **OBJECTIVE:** To evaluate the acceptability of a phone call intervention as a way of supporting self-management regarding ulceration and glycosylated hemoglobin geared towards diabetic adults with foot ulcers grade I or II in the Wagner scale, affiliated to the Family Health Center “Violeta Parra” in the Chillán commune. **SUBJECTS AND METHODS:** Descriptive quantitative research, convenience sampling of 12 diabetic adults with foot ulcers that met the selection criteria. Acceptability of a phone call intervention as a way of supporting self-management was evaluated through six individual phone call sessions and 12 reinforcements by text and voice messages. The duration was six weeks. This was measured by interest rates, attendance, and desertion and with the Treatment Acceptability and Preference questionnaire. The ethical requirements of Ezequiel Emanuel were respected.

RESULTS: The participants of this research were mainly men, with an average age of 62.7 years, married, at least finished their basic education, high blood pressure, non-smokers and who have suffered diabetes mellitus type 2 for an average of 14.2 years. When measuring the acceptability, there was a 100% of

interest rate, attendance was at 83.3% and desertion was at 16.7% of participants. At least 80% of participants, when evaluating the intervention, described it as effective (Mean 3,4, SD 0,6), ideal (Mean 3,3, SD 0,8), safe (Mean 4,0, SD 0,0) convenient (Mean 3,0, SD 1,1) **CONCLUSION:** The phone call intervention as a way of supporting self-management regarding diabetic foot ulcers grade I and II in the Wagner scale was considered and perceived as acceptable by the participants.

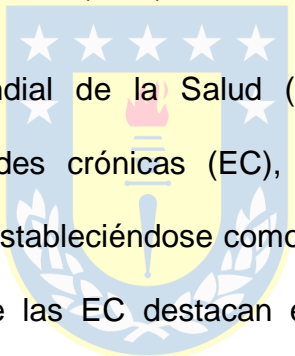
KEYWORDS: Self-Management; Patient acceptance of health care; Diabetes mellitus type 2; Diabetic foot; Glycated hemoglobin; Cell phone use; Text messaging.



1. INTRODUCCION

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La salud de la población a nivel mundial se ha visto afectada por diferentes factores que influyen en su estado, los cuales pueden tener un origen genético como los antecedentes familiares, ambiental como el cambio climático, demográfico, evidenciado con el envejecimiento poblacional, y también conductual como los estilos de vida no saludables, favoreciendo la aparición de las enfermedades no transmisibles (ENT)⁽¹⁻³⁾.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que las ENT conocidas como enfermedades crónicas (EC), se han constituido en una condición de larga duración estableciéndose como la principal causa de muerte a nivel mundial⁽⁴⁾. Dentro de las EC destacan el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

En Chile, la primera causa de muerte corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 149,2 por 100.000 habitantes en el año 2020⁽⁵⁾, cuya magnitud se encuentra relacionada con factores de riesgo de estilos de vida poco saludables, como el tabaquismo, el consumo riesgoso de alcohol y el sedentarismo, lo que se relaciona con el aumento progresivo de las EC según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, en donde la hipertensión

arterial (HTA) alcanzó una prevalencia de un 27,6% y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) un 12,3%, constituyéndose en un problema de salud pública⁽⁶⁾.

Para abordar esta problemática, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha generado estrategias que apuntan a establecer objetivos sanitarios y a la planificación de actividades en este sector, desde donde surge la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030, conformada por siete ejes que abordan la mayor parte de las problemáticas sanitarias del país, siendo una de ellas las ECNT abordadas en el Eje N°4 que busca disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes⁽⁷⁾.

En este plano, se destaca la incorporación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) que surge a partir de la reorientación de los subprogramas de diabetes e hipertensión arterial, cuyo modelo de atención está basado en el nivel de riesgo cardiovascular que presenta cada persona⁽⁸⁾, junto con la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos de Wagner, que tiene como objetivo desarrollar un sistema de atención con interacciones productivas entre las personas, la comunidad y los sistema de salud, de manera que pueda existir un manejo efectivo de las condiciones crónicas de la población y la obtención de mejores resultados clínicos⁽⁹⁾.

Sin embargo, las estrategias establecidas que apuntan a una mejor atención en salud de las ECNT no han sido suficientes, debido que aún existen

deficiencias en el control y seguimiento de estas, como es el caso de la población con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que ha aumentado su prevalencia ajustada por edad (20 a 79 años) de 9,8% a 10,8% entre los años 2011 y 2021⁽¹⁰⁾.

La descompensación de la DM2 trae consigo diferentes complicaciones asociadas, entre las que se destaca la enfermedad renal crónica, con una prevalencia de un 36,6% en la población diabética, seguido de retinopatía diabética, con una prevalencia del 5,6%⁽¹¹⁾. Otra complicación son las úlceras de pie diabético (UPD), definidas como una alteración en la continuidad de la piel, que se categoriza en grados mediante diferentes clasificaciones, con una prevalencia del 6,8% de la población diabética ^(11, 12).

Según la Orientación Técnica para el Manejo Integral del pie diabético⁽¹³⁾, las UPD son heridas complejas que generan un alto impacto en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida, cuyo desarrollo y progresión se encuentra asociado a los cambios propios de la DM tales como la neuropatía, vasculopatía y síntesis proteica deficiente. Para esta complicación, el MINSAL ha implementado diferentes intervenciones orientadas a la prevención de las UPD⁽⁸⁾, como el examen anual de los pies para detectar los riesgos potenciales que favorezcan su aparición, además de recomendaciones como el uso de un calzado apropiado y el cuidado correcto. También define el tratamiento específico a nivel primario cuando se desarrollan úlceras, cuya cartera de

servicios se conforma por curación avanzada para UPD infectada y no infectada⁽¹⁴⁾.

Estas actividades contemplan la atención habitual que se otorga en los centros de salud a nivel nacional, la cual incluye llevar a cabo controles de salud anuales indicados por el PSCV y la ejecución de la curación de UPD cuando corresponde, lo que estaría determinado a su vez por la disponibilidad de recursos que poseen los centros de salud, sin contar con la presencia de un espacio que permita abordar en profundidad el manejo de la UPD y los factores que influyen en su cicatrización. Lo anterior, podría estar relacionado al persistente número de amputaciones no traumáticas asociadas a UPD a nivel nacional, con 3,3 amputaciones por cada 1000 personas diabéticas en el año 2016⁽¹³⁾, generando una reducción de la calidad de vida y cambios importantes en el ámbito social y laboral⁽¹⁵⁾.

En definitiva, por lo previamente señalado surge la inquietud de desarrollar intervenciones en este plano de manera efectiva, ya que la DM2 genera una gran carga económica sobre las personas y el estado, quienes pueden estar recibiendo atención y tratamiento por tiempo prolongado sin obtener resultados favorables, lo que numerosas veces no se resuelve de manera eficaz, terminando en una amputación no traumática.

La revisión de la literatura da cuenta de investigaciones que se han realizado en torno a este tema, que abordan nuevas estrategias para prevenir la

aparición de las UPD⁽¹⁶⁾, o en su defecto, nuevas técnicas empleadas en la curación de las UPD⁽¹⁷⁾ sin abordar de manera integral a la persona receptora de estos cuidados.

Sin embargo, existen otro tipo de investigaciones que si consideran aspectos cognitivos de las personas, basados en la capacidad de aprendizaje y la ejecución de habilidades, como lo revela un estudio realizado en Irán que comparó los efectos de dos métodos de enseñanza en el cuidado de los pies de los pacientes relacionados con las tasas de curación de las UPD, cuyos resultados demostraron una reducción considerable en la superficie de la úlcera en el grupo de intervención⁽¹⁸⁾. Por otra parte, un estudio realizado en Cuba desarrolló un programa educativo en personas con UPD de bajo y alto riesgo, a quienes se les proporcionó información sobre el cuidado de los pies durante el periodo de curación, cuyos resultados demostraron un mayor porcentaje de personas curadas y mejoradas de las UPD en el grupo de intervención⁽¹⁹⁾

Otro estudio realizado en Irán determinó el impacto de un programa de entrenamiento de tres meses de cuidado de los pies y autoeficacia en personas con UPD, en donde el grupo intervenido obtuvo un mejor puntaje, demostrando que la implementación del programa fue capaz de aumentar la tasa de cuidado de las úlceras del pie y la prevención de otras nuevas, así como reducir de manera efectiva las complicaciones en los pacientes diabéticos⁽²⁰⁾. Finalmente, un estudio realizado en Turquía que midió el efecto de realizar ejercicios en la

curación de heridas en pacientes con una UPD demostró que estos provocan una disminución en el área y profundidad de la úlcera en el grupo de intervención, sugiriendo que los ejercicios debiesen ser considerados en el manejo de los pacientes con úlcera de pie diabético⁽²¹⁾.

Como es posible de observar, las capacidades que poseen las personas para manejar su condición crónica y las complicaciones asociadas a esta, pueden ser fortalecidas mediante el apoyo al automanejo que se les provee, definido como la implementación de diferentes intervenciones educativas y de apoyo que otorgan los profesionales de salud hacia la persona y su familia, con la finalidad de fortalecer sus habilidades y favorecer el control que estos tienen sobre sus condiciones crónicas, en cuanto a los síntomas, tratamientos, consecuencias psicosociales, culturales y espirituales que estas generan, cuyo éxito depende de la relación que se establece con el equipo de salud para determinar los problemas, fijar metas, crear planes de acción, reaccionar frente a eventos inesperados y adoptar un estilo de vida saludable^(9,22).

No obstante, para desarrollar una intervención que aborde el apoyo al automanejo, hay que considerar que su estructura cumpla con los criterios establecidos por la literatura en cuanto al correcto diseño de intervenciones en salud^(23,24), lo que consiste en un proceso sistemático de fases que conllevan

finalmente a un cambio de conducta en las personas frente a un problema de salud, midiendo en una primera instancia su aceptabilidad.

Dada las características de estos estudios, es preciso que se desarrollen de forma previa a la implementación de una intervención que aborda un problema de salud, ya que permiten llevar a cabo una evaluación de sus componentes, sean estos los contenidos a tratar y el material a utilizar, además de otros aspectos como la duración, número de sesiones, entre otros. Este proceso debe realizarse de forma participativa, involucrando a los adultos del grupo objetivo, quienes serán los receptores de la intervención, así también de otras partes interesadas como los profesionales de la salud, con el fin de aumentar su aceptabilidad⁽²⁵⁾.

Un ejemplo de ello, es un estudio realizado en Canadá, que tuvo como objetivo examinar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención educativa de autocuidado de los pies, en donde un único grupo recibió sesiones presenciales y vía telefónica con el fin de mejorar el cuidado general de los pies, quienes al término del seguimiento y a través de un cuestionario, la consideraron altamente aceptable⁽²⁶⁾. Otro estudio llevado a cabo en Australia cuyo objetivo fue determinar la efectividad y aceptabilidad de una intervención que utilizó mensajes de texto para mejorar el nivel de HbA1c y los comportamientos de automanejo en adultos con DM2, no mejoró significativamente los niveles de HbA1c, sin embargo, los participantes la consideraron muy aceptable⁽²⁷⁾.

Por todo lo anteriormente señalado, es que surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración, hemoglobina glicosilada en adultos diabéticos con úlcera de pie?

Diseñar una intervención que se considere aceptable para abordar este problema de salud, sería un primer paso en el desarrollo una herramienta de apoyo para el abordaje de personas con UDP, lo que daría lugar a futuros estudios que pudiesen evaluar su eficacia y efectividad que, de ser positivos, generarían un impacto positivo en este grupo, contribuyendo a disminuir aquellas consecuencias asociadas a la UDP, tales como el número de hospitalizaciones por esta causa y el total de amputaciones no traumáticas asociadas, lo que significaría contar con mejores indicadores de salud y menores costos en servicios asociados en la atención de esta complicación.

De esta manera, el cuerpo de conocimientos actual relacionado con el diseño de intervenciones de salud se vería potencialmente favorecido, dado que la investigación científica en esta área se encuentra débilmente explorada en nuestro país. A su vez, el desarrollo de una intervención con estas características contribuiría al continuo desarrollo de la disciplina de enfermería dada la escasa evidencia encontrada de estudios que consideran el apoyo al automanejo en personas diabéticas que presentan una UDP.

Finalmente, la adquisición de nuevos conocimientos sobre esta problemática, fortalecería la práctica del profesional de enfermería en la asistencia directa con la persona que presenta una UPD, ya que se otorgaría una atención integral que no solo se encuentra basada en realizar una curación prolija de la extremidad afectada, si no, en considerar al receptor de esta atención como un agente activo que puede contribuir de manera favorable en la recuperación de su propia herida, mediante capacidades personales fortalecidas por el apoyo al automanejo proporcionado, lo que podría extenderse al manejo de otras condiciones crónicas.



1.2 MARCO REFERENCIAL

1.2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.2.1.1 MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS

El Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) (Figura 1) elaborado por Edward Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation surge como respuesta a los cambios epidemiológicos de la población mundial debido al incremento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), con la finalidad de brindar una atención primaria de alta calidad⁽²⁸⁾.

Es un marco que permite organizar y mejorar la atención médica de las ECNT que opera bajo un enfoque sistemático y organizado, el cual considera el concepto de automanejo como eje del comportamiento del usuario frente al control de su condición crónica, las características que poseen los equipos de salud que proporcionan los servicios y las interacciones que se generan en el sistema sanitario⁽²⁹⁾.

A nivel internacional, son diversos los modelos de organización que han sido propuestos para el manejo de las ECNT, sin embargo, el MCC se considera uno de los modelos de gestión de enfermedades crónicas más conocido, influyente y ampliamente utilizado, debido a que se basa en un sistema de salud organizado que conecta los recursos disponibles en la comunidad⁽³⁰⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo promueve y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere su implementación en

países de América Latina y el Caribe, mientras que en Chile la incorporación de este en la atención primaria fue parte del Objetivo N°2 de la Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020⁽³¹⁾.

El MCC ha sido evaluado y refinado de manera rigurosa por diferentes organizaciones americanas de salud, como la evaluación realizada por la Corporación RAND (Research and Development) y la Universidad de California⁽²⁸⁾, y también implementado por diversos países como Canadá, quienes adaptaron el modelo y añadieron un componente de promoción de la salud, u Holanda, que opera bajo este modelo desde principios del año 2000 vinculando la atención hospitalaria con la comunitaria, mientras que en México se utilizó para mejorar la calidad de la atención de manera específica en las personas con DM, por lo que se considera un modelo sanitario que demuestra efectividad en la implementación en la atención de las personas con condiciones crónicas, ya que los resultados evidencian cambios significativos en el conocimiento, manejo y costos asociados al tratamiento de las ECNT⁽³²⁾.

Este modelo identifica los componentes necesarios para un sistema de atención que fomenta y mantiene interacciones productivas entre las personas, quienes presentan una condición crónica; la comunidad, que posee políticas y recursos disponibles y los sistemas de salud, con las diferentes organizaciones que proveen y aseguran atención sanitaria, de manera que se generen cambios en virtud de obtener usuarios informados que formen parte activa de su

cuidado, junto a equipos de salud proactivos y altamente capacitados, lo que conlleva a incrementar la probabilidad de obtener mejores resultados clínicos⁽⁹⁾.

Se puede aplicar a una variedad de condiciones crónicas como la DM2, HTA y el Asma, siendo uno de los objetivos principales obtener usuarios comprometidos con el cuidado de su salud, que posean los conocimientos necesarios para el manejo de su patología y que alcancen óptimos niveles de compensación, además de contar con equipos de salud proactivos ante las problemáticas que generan las condiciones crónicas, capaces de visualizar las necesidades y elaborar planes de atención específicos⁽²⁸⁾.

En cuanto a los componentes del MCC, se identifican seis elementos que interactúan entre sí y que permiten otorgar una atención de calidad⁽⁹⁾:

1. Organización para la atención en salud: Las organizaciones sanitarias pueden generar un ambiente favorable para lograr efectos positivos en cuanto a la atención que proporcionan, mediante un liderazgo comprometido con alcanzar óptimos niveles de salud, altamente resolutivo frente a los problemas y que permitan la utilización de incentivos para fortalecer la adherencia de los usuarios y equipos a los planes establecidos⁽⁹⁾.

Esta organización debe estar sustentada en una estructura, objetivos y valores que representen a las entidades proveedoras, cuyos líderes deben establecer metas que consideren la atención de las condiciones crónicas como una

prioridad, lo que finalmente llevará a la entrega de servicios con un componente innovador⁽³³⁾.

2. Diseño de sistema de atención: Se requiere de cambios profundos en la manera en que se proporciona la atención de salud para lograr un estado favorable de las condiciones crónicas, con profesionales que reconozcan la importancia del trabajo interdisciplinario, que consideren las capacidades y habilidades de cada uno de sus integrantes, y que respeten las experiencias y/o creencias de los usuarios junto a sus familias⁽⁹⁾.

Este nuevo diseño debe garantizar la entrega de los servicios sanitarios de manera eficaz y eficiente a cada uno de los usuarios que pertenecen a los centros de salud, ya que vincula e interrelaciona a todos los miembros que conforman el equipo multidisciplinario, quienes deben estar motivados por otorgar una atención integral con altos estándares de calidad y ejercer un liderazgo comprometido con obtener mejores resultados⁽³⁴⁾.

3. Apoyo a la toma de decisiones clínicas: Se relaciona con el apoyo que se le entrega a los integrantes del equipo de salud, mediante el desarrollo de guías y protocolos clínicos que están elaborados en base a la información disponible y la práctica diaria, junto con la provisión de recursos informativos aportados por los diferentes profesionales que componen el equipo de salud⁽⁹⁾.

Hace referencia a aquellas pautas que se elaboran con excelentes niveles de recomendación y evidencia, lo que permite adquirir conocimientos relevantes para proporcionar una atención segura⁽³⁴⁾.

4. Fortalecimiento de los sistemas de información clínica: Se considera necesario el uso de un sistema de información que organice los datos de los usuarios y que permita planificar y coordinar la atención clínica, además de generar recordatorios y/o avisos oportunos tanto al equipo de salud, como a los usuarios para proporcionar un cuidado efectivo⁽⁹⁾.

Estos sistemas deben estar en constante interacción con aquellos equipos que las utilizan, los que deben tener una noción completa de todos los elementos que conforman la plataforma y encontrarse preparados para enfrentar cualquier desajuste que se produzca, lo que se alcanza mediante capacitaciones y una retroalimentación positiva entre los profesionales y el servidor⁽³⁴⁾.

Es importante que este elemento fortalezca la cooperación entre los distintos niveles de atención en los que se encuentran registrados los usuarios, de manera que logre almacenar la totalidad de los antecedentes y permita el envío de información de forma coordinada⁽⁹⁾.

5. Vínculos con la comunidad: Las relaciones que se establecen con las diferentes organizaciones o grupos que se encuentran insertos en la comunidad, contribuyen a una mejor atención en salud de los usuarios con ECNT, ya que a través de este enlace se pueden identificar los recursos que

poseen los servicios de salud y la propia comunidad, lo que beneficia a los usuarios que pertenecen a esta alianza⁽⁹⁾.

En este sentido, es necesario que los equipos proveedores de cuidados lleven a cabo programas basados en las necesidades que se identifiquen en la comunidad, como intervenciones educativas sobre estilos de vida saludable o cuidado de personas dependientes, cuya orientación sea una mejor calidad de vida⁽³³⁾.

6. Apoyo al automanejo: Es la implementación de diferentes intervenciones de carácter educativo y apoyo por parte de los profesionales de salud hacia las personas, con la finalidad de incrementar las capacidades y el control que estos tienen sobre sus condiciones crónicas, cuyo éxito depende de la relación que se establece con el equipo de salud para determinar los problemas, fijar metas, crear planes de acción y reaccionar frente a eventos inesperados⁽⁹⁾.

Permite a los usuarios junto a sus familias desarrollar habilidades y adquirir la confianza suficiente para manejar satisfactoriamente su condición crónica, lo que es clave para enfrentar las diversas complicaciones que esta genera y que se adquiere a través de intervenciones y/o programas ejecutados por los profesionales sanitarios con el fin de generar cambios en el comportamiento existente frente a estos problemas de salud⁽³⁴⁾.

Es considerado la piedra angular del MCC, ya que se encuentra presente en las acciones que se deben ejecutar para desarrollar los demás componentes de

este modelo, por lo que adquiere relevancia en el actual proyecto de investigación, siendo abordado con mayor profundidad posteriormente en el marco conceptual.



Figura N°1. Modelo de Cuidados Crónicos de Wagner⁽²⁴⁾

1.2.1.2 MODELO 5 AES

El Modelo de las 5 Aes (Figura 2) representa un marco conceptual que puede ser utilizado de manera individual o grupal⁽³⁵⁾ con el fin de fomentar cambios en el comportamiento de las personas⁽⁹⁾ el cual permite la elaboración de un plan de cuidados personalizado y colaborativo, que incorpora objetivos conductuales concretos y un plan específico para superar los obstáculos y lograr las metas establecidas⁽³⁶⁾.

El modelo es un acrónimo en inglés originalmente creado como el constructo de las “4 A” (Ask, Advise, Assist, Arrange) por el Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU.⁽³⁵⁾ con el fin de favorecer el cese del hábito tabáquico, al cual se añade la quinta A de “Acordar” que permite el desarrollo de acuerdos dentro del plan terapéutico establecido juntamente con el usuario⁽⁹⁾.

La evidencia da cuenta de la efectividad de este modelo sobre la motivación y la confianza que tienen las personas para llevar a cabo un cambio en su comportamiento, debido a que permite otorgar una atención centrada en el usuario, incorporando las preferencias, necesidades y valores que cada uno de estos posee⁽⁹⁾.

El Modelo de las 5 Aes se operacionaliza por medio de cinco pasos o etapas vinculadas entre sí, los cuales serán definidos a continuación^(35,36):

1. Averiguar
2. Aconsejar
3. Acordar
4. Asistir
5. Arreglar

1. Averiguar: En esta etapa se averigua cuáles son las motivaciones, creencias, valores, barreras, comportamientos y conductas de la persona sobre su condición de salud.

2. Aconsejar: En esta etapa se aporta información específica sobre los riesgos y beneficios del cambio esperado. Es posible considerar los síntomas, resultados clínicos e información que posee la persona sobre su condición de salud, con el fin de proporcionar consejos direccionados que se encuentren basados en la evidencia para fomentar el cambio de comportamiento en las áreas problemáticas.

3. Acordar: En esta etapa se consensúan los controles y el seguimiento del plan de acción establecido, en donde se debe proporcionar una copia de esta a la persona, para posteriormente realizar el seguimiento, el cual puede ser mediante vía telefónica o por correo electrónico, con el fin de verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos.

4. Asistir: En esta etapa es posible utilizar un enfoque positivo para resolver problemas, en donde deben compartir las perspectivas que se tienen con la persona sobre cuál es el objetivo más importante a corto plazo, junto con identificar las barreras y los recursos disponibles para alcanzarlo.

5. Arreglar: En esta etapa se utilizan estrategias que favorecen la toma de decisiones en base a una meta establecida para lograr el cambio de comportamiento, que incluyen la planificación de acciones, la resolución de problemas y el abordaje de las barreras al cambio. Es posible llevar a cabo discusiones sobre el plan de acción elaborado en conjunto la persona, con el fin de revisar su progreso, evaluar la experiencia y conocer las preocupaciones, donde se puede renegociar las metas y modificar el plan establecido, el cual

debe tener relación con los recursos disponibles y el apoyo recibido desde su familia y la comunidad, considerando sus antecedentes culturales.

De acuerdo con lo anteriormente señalado, es posible identificar los elementos que componen el Modelo de las 5 Aes que permiten la elaboración de un plan de acción basado en el apoyo al automanejo, debido a que este se encuentra diseñado para ser utilizado conjuntamente con el Modelo de Cuidados Crónicos, con el fin de abordar de manera efectiva los cambios de conducta y proporcionar una mejora en las condiciones crónicas de las personas⁽³⁶⁾.

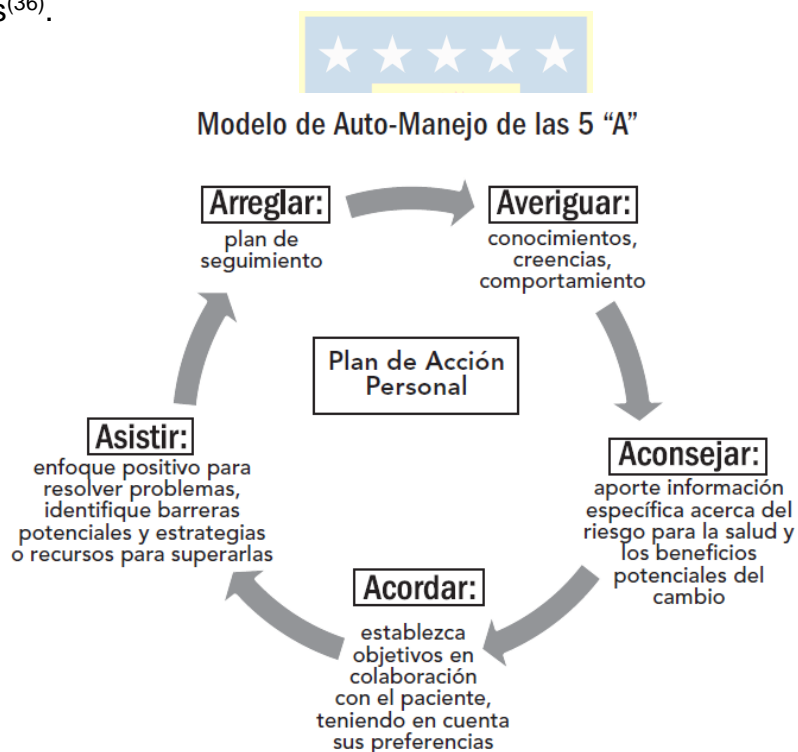


Figura N°2. Modelo 5 Aes⁽³⁷⁾

A continuación, se presentan conceptos relevantes que contribuirán al desarrollo del proyecto de investigación, los que se interrelacionan con los componentes del marco teórico anteriormente presentados, con el objetivo de fortalecer la intervención de enfermería que se pretende llevar a cabo.

1.2.1.3 APOYO AL AUTOMANEJO

El Apoyo al Automanejo es un componente clave del MCC y hace referencia al suministro sistemático de acciones de apoyo por parte de los profesionales de salud a personas con condiciones crónicas, a través de la educación enfocada al automanejo que provee de información y destreza, con el fin de lograr el manejo óptimo de la enfermedad dentro de los parámetros establecidos por el régimen terapéutico⁽²²⁾. Este elemento se basa en el fomento de la motivación y la confianza que poseen las personas para utilizar los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes en beneficio de su condición crónica, cuyo objetivo es alcanzar el empoderamiento que permita elegir, controlar y corregir todos los aspectos relacionados con su enfermedad⁽³⁷⁾.

El Apoyo al Automanejo se puede desarrollar a través de programas o intervenciones educativas que deben contemplar la enfermedad, el tratamiento y el manejo de la salud; en donde se proporcione información sobre la patología y como se puede abordar desde áreas como la nutrición y la actividad física, el manejo del rol; que permita a la persona mantener sus actividades diarias y

relaciones sociales, y el manejo emocional; que favorezca a enfrentar el estrés y la adaptación a los cambios que se van a generar⁽³⁷⁾.

No obstante, a pesar de existir claridad en su definición y en los elementos que lo conforman, suele ser utilizado como sinónimo de autocuidado, autorregulación o autocontrol, lo que ha traído confusión, debido a que el apoyo al automanejo corresponde a aquellas intervenciones, entrenamiento y habilidades por las cuales las personas con una condición crónica o invalidez aprenden a cuidar de sí mismos bajo la supervisión de un equipo de salud, mientras que el autocuidado corresponde a todas las acciones o actividades que realiza la persona sin la asistencia de un profesional sanitario⁽³⁸⁾.

Peñarrieta et al.⁽³⁹⁾ reconocen que estos conceptos han sido utilizados indistintamente, por lo que establecen que el autocuidado corresponde a la habilidad de cuidarse a sí mismo mediante el desempeño de actividades a favor de uno mismo, en donde existen comportamientos saludables básicos que se requieren para el adecuado desarrollo y funcionamiento humano, mientras que el apoyo al automanejo se relaciona con el proceso que las personas desarrollan en conjunto con los profesionales sanitarios, para controlar su enfermedad a través de estrategias o programas que aborden el manejo de los tratamientos, medicaciones y síntomas, entre otras implicancias de las condiciones crónicas.

De esta manera es posible establecer que el autocuidado y el apoyo al automanejo son conceptos distintos, ya que apuntan a objetivos diferentes, siendo el apoyo al automanejo un constructo más específico que contribuye a la obtención de resultados clínicos más completos y en la consolidación de una persona más empoderada sobre el control de su condición crónica y las complicaciones asociadas a esta, lo que no se alcanza en su totalidad cuando se actúa solo mediante los recursos que proporciona el autocuidado⁽²²⁾.

Por otra parte, es importante lo que menciona Bonal et al.⁽⁴⁰⁾ al considerar que este concepto junto con proveer intervenciones educativas requiere de un apoyo y un respaldo mayor por parte de los directivos de los establecimientos de salud e inclusive, desde el propio sistema de salud, para generar cambios en los diferentes niveles sectoriales de atención, lo que coincide con lo propuesto por el MCC de Wagner.

Por lo tanto, para desarrollar un programa de apoyo al automanejo exitoso, es necesario articular todos los elementos mencionados anteriormente, pero también es imprescindible considerar lo propuesto por Pearce et al.⁽⁴¹⁾ quienes exponen la existencia de una taxonomía en la que se describen catorce componentes esenciales de como el profesional sanitario debe desarrollar estas estrategias, los que se mencionan a continuación:

1. Proporcionar a la persona a través de un lenguaje comprensible información verbal, escrita o visual del estado de su condición crónica, como lo es la fisiopatología, factores de riesgo y protectores, entre otros.

2. Informar sobre los recursos disponibles para promover la integración de la persona en diferentes organizaciones de apoyo social, como grupos educativos o benéficos.

3. Provisión de convenios, tratos, acuerdos y planes de acciones clínicas o pautas de medicamentos que permitan ejecutar acciones por parte de las personas sobre sí mismos como respuesta a diferentes cambios en el estado de salud.

4. Asistencia periódica a revisiones clínicas, como consejerías, consultas programadas, controles individuales y/o grupales.

5. Monitorización de la condición crónica con retroalimentación, en donde se controlen los síntomas o comportamientos asociados a esta, de tal manera que las personas proporcionen información acerca de su régimen farmacológico y las variables fisiológicas que experimentan a los profesionales de salud, para que estos revisen los datos y envíen recomendaciones individualizadas para el manejo.

6. Apoyo práctico a la adherencia terapéutica y farmacológica por medio de un control escrito de los medicamentos horarios, solicitud de receta médica,

recordatorios sobre citas de mantenimiento, llamadas telefónicas de recordatorio semanal para el automanejo.

7. Provisión de equipamientos necesarios para la mantención de las condiciones crónicas en el domicilio, como el suministro de oxígeno en personas oxigenodependientes o de insumos clínicos para el cuidado del pie diabético.

8. Provisión de fácil acceso a consejería, asesoramiento o apoyo, como una línea de ayuda telefónica para información o asesoramiento o prestación de un servicio en domicilio.

9. Entrenamiento práctico en cuanto a la manera correcta de comunicarse con el equipo de salud, en donde se eduque a las personas con CC a desarrollar habilidades comunicacionales que les permita manifestar correctamente sus necesidades y mejorar la toma de decisiones.

10. Entrenamiento práctico de las actividades de la vida diaria con uso de la terapia ocupacional, tales como comer, vestirse, realizar aseo personal, entre otros.

11. Entrenamiento práctico en actividades de automanejo que permita a las personas desarrollar habilidades específicas para gestionar su propio cuidado y/o que fortalezcan las aprendidas, como una correcta técnica de inhalación en el asma, cuidado de los pies, uso de máquina de peritoneodiálisis o de toma de presión en el domicilio, entre otros.

12. Entrenamiento práctico de estrategias psicológicas que permitan un favorable manejo de las consecuencias asociadas a las condiciones crónicas, con actividades que incorporen la resolución de problemas, planificación de acciones, establecimiento de metas, distracción, entre otros.

13. Apoyo social en donde las personas se sientan cuidadas, amadas, valoradas y miembros de una red social, que permita generar lazos de amistad, apoyo entre pares, tutorías y sociabilización, con interacción positiva entre los participantes de tal manera que compartan ideas o consejos de apoyo a su condición crónica.

14. Consejos de estilos de vida y apoyo con consejerías en apoyo de los regímenes terapéuticos, dieta, actividad física, cese del hábito tabáquico y al consumo excesivo de alcohol, mediante visitas clínicas periódicas a nutricionista, profesor de educación física, entre otros.

Junto con estos componentes, desarrollan un grupo de dimensiones que describen la manera en cómo opera el apoyo al automanejo, en donde mencionan los modos de ejecución; si es llevado a cabo mediante entrevistas, vía telefónica o por alguna página web, las personas a cargo; si son profesionales de salud o educadores no profesionales, los objetivos; que pueden ser individuales o grupales, y la intensidad, frecuencia y duración de las intervenciones a realizar.

Estas acciones deben estar vinculadas y operar bajo los Recursos de Apoyo al Automanejo, para alcanzar los objetivos propuestos y obtener mejores resultados de salud en las personas, lo que incorpora⁽⁴²⁾:

1. Evaluación individualizada, que no incluya solamente la anamnesis y el examen físico, si no también, las creencias, prioridades, preferencias de las personas en cuanto a su condición crónica, así también sus recursos económicos y otros elementos que podrían ser relevantes.

2. Establecimiento de objetivos en forma colaborativa, en donde las personas puedan participar en la toma de decisiones y en la fijación de objetivos terapéuticos.

3. Desarrollo de habilidades que permita manejar la condición crónica y alcanzar las metas en torno a esta.

4. Seguimiento y apoyo proactivo que actúe como un elemento anticipador a las necesidades de las personas y no de manera reactiva, por lo que es necesario un proceso continuo de monitorización, evitando que la persona no reciba atención de salud proactiva ni preventiva para la gestión de su enfermedad.

5. Acceso a los recursos de la vida diaria que ofrecen los servicios de salud, como la atención en domicilio y participación en grupos de apoyo.

6. Continuidad de los cuidados, cuya atención sea planeada y permita la interacción entre las personas y los diferentes niveles de atención.

En definitiva, es posible dar cuenta que el apoyo al automanejo consta de diferentes elementos que favorecen el logro de resultados efectivos en el control y manejo de las condiciones crónicas, contribuyendo de esta manera al empoderamiento de las personas, considerado como el proceso en que estas adquieren poder y acceso a recursos para manejar su propia vida, y que es relevante ya que adquieren habilidades que permiten resolver problemas en salud y tomar decisiones acertadas respecto a esta⁽²²⁾. Es importante considerar que una persona empoderada es aquella que posee los conocimientos, habilidades, actitudes y la conciencia necesaria para regular su comportamiento a favor del bienestar y la calidad de vida, que es lo que busca el MCC, al establecer como objetivo obtener un paciente informado y activado que mantenga interacciones productivas con el equipo de salud⁽³⁷⁾.

Por lo tanto, todo programa de apoyo al automanejo debe tener en consideración trabajar el rol que tiene la persona, quien debe estar informada para convertirse en agente activo de su propio proceso de cuidados, y el rol del profesional a cargo, quien contribuye en la obtención de información, toma de decisiones para alcanzar objetivos terapéuticos y superación de barreras, utilizando la educación y el apoyo al automanejo como estrategias imprescindibles para lograr el empoderamiento^(22,37).

1.2.1.4 DISEÑO DE INTERVENCIONES

El diseño de intervenciones en salud es un proceso que avanza a través de una serie de fases y actividades asociadas según Gliting et al.⁽²⁴⁾, quienes establecen formas diferentes para conceptualizar una intervención. Una de ellas, considera una canalización alargada que contempla cuatro etapas por las cuales se puede transitar de forma bidireccional, que incluye el desarrollo, evaluación, implementación y sustentabilidad de una intervención. Estas a su vez, se subdividen en siete fases que van desde el descubrimiento del problema de salud, pasando por el desarrollo de estudios piloto, la evaluación de la eficacia y efectividad, la traslación, diseminación o difusión, hasta la mantención de la intervención (Figura 3).

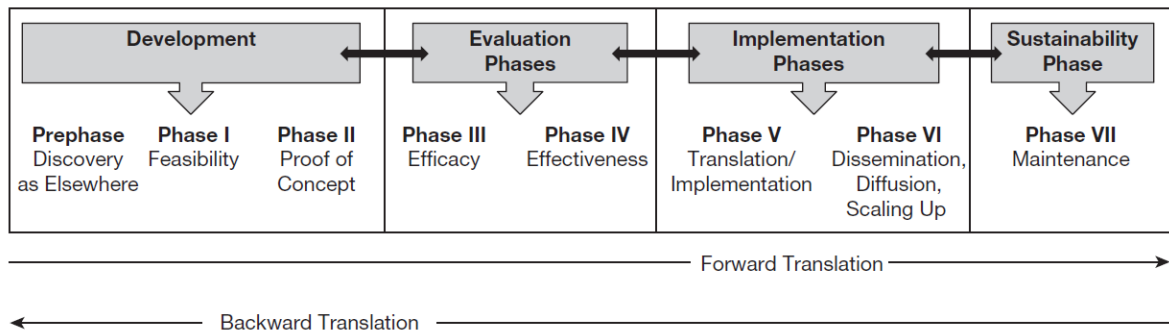


Figura N°3. Elongated pipeline⁽²⁴⁾

Dadas las características de este estudio, fue relevante considerar la definición que realizan los autores de la fase 1 que considera la viabilidad de la intervención. En esta, establecen que es posible utilizar una amplia variedad de

estrategias como los estudios de casos, grupos focales o una combinación de estos para definir los contenidos de una intervención y sus características. Proponen además, que la integración de estrategias cualitativas y cuantitativas para obtener una comprensión integral de un fenómeno, son útiles en la evaluación de la aceptabilidad, la utilidad de los componentes, las barreras para la adherencia y los cambios en el comportamiento.

Por otra parte, Sidani et al.⁽²³⁾ consideran que las intervenciones deben diseñarse cuidadosamente para abordar exitosamente los problemas de salud, lo que se alcanza siguiendo un proceso sistemático basado en la comprensión de este problema, el cual debe coincidir con la forma en que la población objetivo lo experimenta. Para llevarlo a cabo, definen el concepto de mapeo de intervenciones, que consiste en un proceso estructurado útil para el diseño de una intervención que se centre en promover comportamientos saludables como el automanejo de condiciones crónicas de salud. Este mapeo comprende diferentes pasos como clarificar el problema de salud, realizar un análisis de este, identificar los cambios deseados, delinear los componentes activos de la intervención de acuerdo a un enfoque teórico, empírico o basado en la experiencia, operacionalizar estos componentes, y producir el protocolo junto a los materiales de la intervención.

De acuerdo con lo anterior, la intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada en adultos

diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner planteada, consideró aspectos importantes de ambos autores señalados anteriormente en cuanto a su diseño, teniendo en cuenta que la aceptabilidad será el aspecto más relevante a abordar durante este estudio.

1.2.1.5 ACEPTABILIDAD

La aceptabilidad respecto a las intervenciones en salud se refiere a la actitud que poseen los usuarios frente a un tratamiento, lo que se encuentra guiado por la comprensión de sus características. De acuerdo a Sidani et al.⁽²³⁾, esto abarca conocer los objetivos, componentes, el modo de administración, dosis, beneficios y riesgos asociados, con el fin de desarrollar un juicio informado sobre el tratamiento. Los componentes comúnmente evaluados corresponden a la idoneidad; grado en que una intervención se considera razonable para abordar un problema de salud y adecuada para una persona, eficacia; relacionada con la utilidad de la intervención para mejorar la experiencia del problema de salud, además del funcionamiento general o la salud propiamente tal, riesgos; si los efectos adversos relacionados con la intervención se consideran molestos y conveniencia; en la cual la intervención se considera fácil de aplicar y cumplir.

Por otra parte, Sekhon et al.⁽⁴³⁾ consideran la aceptabilidad un constructo multifacético que da cuenta como las personas que brindan o que reciben una intervención de salud la consideran adecuada de acuerdo a las respuestas

cognitivas y emocionales previas o experimentadas por la intervención. Esta se encuentra compuesta por siete elementos, tales como la actitud afectiva; relacionada con la percepción y sentir que poseen los usuarios hacia la intervención y la competencia del intervencionista, la sobrecarga; el esfuerzo percibido para participar en la intervención, la efectividad percibida; medida en que la intervención se considera efectiva, la ética; la alineación de los valores propios de los participantes con la intervención, la coherencia de la intervención: relacionada con la validez que los participantes otorgan a la intervención, considerando la comprensión de esta y su funcionamiento, oportunidad de costos; la medición de los beneficios, ganancias o valores a los que se debe renunciar para participar y la autoeficacia; la confianza autopercebida del usuario para participar en la intervención.

En cuanto a su evaluación, estos autores señalan que se puede llevar a cabo desde dos perspectivas temporales, es decir, de forma prospectiva y retrospectiva, considerando así tres momentos, antes, durante y después de la intervención. Además, afirman que una combinación entre medidas cualitativas, como entrevistas semiestructuradas y grupos focales, y medidas cuantitativas, como escalas analógicas visuales aplicadas de forma conjunta, pueden proporcionar una evaluación más clara de la aceptabilidad de la intervención.

Sidani et al.⁽²³⁾ señalan que la evaluación de la aceptabilidad se puede llevar a cabo a través de instrumentos de autoinforme, como el Treatment

Evaluation Inventory de Kazdin, el Intervention Rating Profile-15 de Witt & Elliott, el Treatment Acceptability Rating de Reimers et al. y el Treatment Acceptability and Preference (TAP, por sus siglas en inglés)⁽⁴⁴⁾, los cuales han sido adaptados para medir la aceptabilidad de terapias específicas.

Otro tipo de evaluación consiste en indicadores objetivos que miden el comportamiento de los participantes a lo largo del estudio los cuales se asocian a la percepción que estos tienen hacia la intervención. Estos incluyen tasa de inscripción, tasa de deserción, asistencia a sesiones establecidas, completación de módulos y cumplimiento de las recomendaciones de la intervención.

Para la evaluación de la aceptabilidad en este estudio, se consideraron los componentes mencionados por Sidani et al., siendo estos la idoneidad, conveniencia, eficacia y riesgos utilizando la adaptación en español chileno del instrumento Treatment Acceptability and Preference⁽⁴⁴⁾ (Anexo 1) y a través de la medición de tasas de interés, asistencia y deserción de los participantes.

1.2.1.6 DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Diabetes Mellitus (DM2) es un trastorno metabólico crónico de carácter multisistémico que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre debido a una alteración en la secreción y/o acción de la insulina⁽⁴⁵⁾, considerado un problema de salud pública relevante en el mundo.

Se le atribuye el 2,39% del total de años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVISA) a nivel mundial con 774 años cada 100.000 habitantes, mientras que en Chile se le atribuye alrededor de un 2,1% del total de años perdidos en el año 2020⁽⁵⁾ al ser parte de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, constituyéndose un importante factor de riesgo para eventos cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio, el accidente cerebrovascular, además de ser la principal causante de insuficiencia renal terminal, retinopatía, neuropatía y UPD, lo que en algunos casos conlleva a la amputación no traumática de extremidades inferiores^(11,46).

En Chile, tiene una prevalencia que alcanza el 12,3% en población adulta y supera el 30% en personas mayores de 65 años, lo que equivale a 1,7 millones de personas afectadas por esta enfermedad, lo que genera gran preocupación en la salud pública chilena, ya que esta estimación se relaciona fuertemente a la transición demográfica que actualmente vive nuestro país⁽⁴⁷⁾.

Se encuentra incorporada en las Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el año 2005, cuyo diagnóstico se realiza en aquellas personas que presentan síntomas clásicos de esta patología o que presentan una glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL, cuyo valor se mantiene elevado en una segunda toma^(8,45).

De acuerdo con el PSCV, las personas con esta condición presentan un alto riesgo cardiovascular, el que se encuentra asociado a la duración de esta

condición, el control glicémico, la presencia de enfermedad renal y otros factores que aumentan este riesgo, asociándose continuamente con los niveles de HbA1c, en donde se espera que los valores sean menores al 7% para alcanzar las metas de compensación propuestas, en donde una reducción en 1% de la HbA1c se asocia a una disminución de 21% en el riesgo de muerte y del 14% en el riesgo de infarto agudo al miocardio en los próximos 10 años⁽⁸⁾.

Dentro de las complicaciones que puede generar esta enfermedad, se encuentra la enfermedad renal crónica, cuyos indicadores son niveles de albuminuria igual o mayor a 30 ug/mg en la orina y una velocidad de filtración glomerular menor a 60 mL/min/1.73 m², la aparición de retinopatía diabética y la presencia de úlceras en el pie o piernas que puede llevar a la aparición del pie diabético, lo que se abordará en profundidad a continuación⁽⁸⁾.

1.2.1.7 PIE DIABÉTICO

El Pie Diabético se define como una complicación tardía de la diabetes que se presenta como una alteración anatómica y/o funcional determinada por anomalías neurológicas y diferentes grados de enfermedad vascular periférica de las extremidades inferiores, que genera mayor probabilidad de presentar infección, destrucción de los tejidos y ulceración⁽⁴⁸⁾, siendo esta última una de las características más evidentes, pasando a denominarse UPD la cual puede ser neuropática, neuroisquémica o isquémica, según corresponda⁽⁴⁹⁾.

La prevalencia mundial de la UPD en la población con diabetes fue entre un 4-10%, con mayor frecuencia en la población de personas mayores, en donde se estimó que alrededor de un 60 a 80% de estas úlceras presentarían mejoraría, mientras que el resto permanecerían activas, dentro de las cuales un 5-24% conllevarían finalmente a una amputación no traumática, riesgo que aumenta con la edad y la duración de la DM2⁽¹³⁾.

En Chile, de acuerdo con los últimos registros disponibles del periodo 2014-2015, un 67,9% del total de las amputaciones de extremidades inferiores del sector público corresponden a personas con DM2, dentro de las cuales un 80% fue precedida por una UPD previa, con una tasa de amputación de 3,3 por cada 1000 personas diabéticas hacia el año 2016, lo que fue menor en comparación con años anteriores, pero lejos de los estándares internacionales de los países miembros de la OECD⁽⁴⁹⁾. Respecto a los egresos hospitalarios por amputación de extremidades inferiores, se ha evidenciado una tendencia al aumento en los últimos 10 años, en donde en el año 2010 la tasa de hospitalizaciones por esta causa fue de 15,4 por 100.000 habitantes, mientras que para el 2017 fue de 23,4 por 100.000 habitantes.

Dentro de los factores de riesgo que pueden afectar el pronóstico de la enfermedad y aumentar la posibilidad de desarrollar esta complicación se encuentran factores intrínsecos, como la historia de úlcera previa y/o amputación, duración de DM2 mayor a 10 años, niveles de HbA1C mayor a 7%,

tabaquismo, presencia de retinopatía, nefropatía, antecedentes de enfermedad arterial periférica, hasta factores extrínsecos, como condiciones psicosociales de riesgo y dificultades en el acceso a los sistemas y servicios de salud⁽⁴⁹⁾.

Es posible determinar el grado de ulceración de la UPD mediante diversos sistemas de clasificación que consideran aspectos relevantes para su evaluación, entre las que se encuentra la Clasificación de Meggit-Wagner (Figura 3), la cual será utilizada en el estudio. Esta clasificación, ampliamente utilizada debido a su fácil aplicación en la práctica, está conformada por seis categorías o grados, correspondiendo el grado I a úlceras superficiales en donde existe destrucción total del espesor de la piel y el grado II cuando ya existen úlceras profundas que penetran la piel, la grasa y ligamentos sin afectar a tejido óseo pero que suele estar infectada. Por otra parte, existe la Clasificación de la Universidad de Texas, que se basa en los criterios de profundidad y la existencia de infección e isquemia⁽⁴⁹⁾ y la Clasificación o Escala de San Elián, de reciente utilización que determina el pronóstico de gravedad de la úlcera y que cuenta con herramientas que permiten estimar la función de supervivencia⁽¹³⁾. De esta manera, por medio de estos sistemas de clasificación es posible dirigir las acciones de los profesionales de salud en cuanto al manejo y el tratamiento a seguir, lo que de acuerdo a las prestaciones básicas que dispone el MINSAL corresponderían a curación avanzada de úlceras de pie diabético infectadas o no infectadas⁽¹⁴⁾.

Cuadro N°1. Clasificación de Meggit-Wagner

Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

1.2.1.8 HEMOGLOBINA GLICOSILADA

La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un término que se refiere a un grupo de sustancias que se forman a partir de reacciones bioquímicas entre la hemoglobina A (HbA) y algunos azúcares presentes en la circulación sanguínea⁽⁵⁰⁾ considerada por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) como criterio diagnóstico de DM a partir del año 2010 cuando su valor es mayor o igual a 6,5%, lo que en nuestro país ha traído dificultades en cuanto a su validez, ya que no se cuenta con un método de análisis estandarizado, por lo que solo se considera como un examen de elección para el control metabólico de la DM⁽⁴⁵⁾. De acuerdo a lo anterior, el MINSAL ha establecido que una meta terapéutica razonable de la HbA1c, para la mayor parte de la población adulta con diagnóstico de DM, debe ser menor a 7.0%, lo cual debe considerar

aspectos como la edad, el nivel de fragilidad, los factores de riesgo asociados y la expectativa de vida⁽¹³⁾. Se ha evidenciado que un estado constante de hiperglicemia y elevados niveles de HbA1c predisponen la aparición de complicaciones microvasculares y macrovasculares en personas con DM2, que podría favorecer la aparición de UPD. Este riesgo disminuye en un 21% si se reduce en un 1,0% la HbA1c o en aquellas personas que presentan valores cercanos a 6,0%⁽⁵¹⁾ lo que se condice con un estudio cuyos participantes con UPD controlados deficientemente presentaban valores superiores a 8,4% de HbA1c⁽⁵²⁾.

También se ha documentado que niveles de HbA1c menores a 7.0% están asociados a una mayor velocidad de cicatrización de las UPD, caso contrario si esta aumenta en un 1,0%, trayendo consigo una disminución en la tasa de cicatrización diaria en cuanto al área cercano a 0,028 cm²⁽¹³⁾, por tal motivo se considera pertinente incorporar el manejo de este parámetro metabólico durante el desarrollo de este proyecto de investigación.

En definitiva, en este estudio se evaluó la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en área de ulceración y hemoglobina glicosilada del adulto diabético con úlcera de pie grado I y II de Wagner, cuya estructura se basa en lo descrito por la literatura en cuanto al diseño de intervenciones de salud^(23,24), considerando el Modelo de cuidados crónicos de Wagner, el apoyo al automanejo y sus componentes como eje

central de su estructura y posterior ejecución, operacionalizando cada una de las actividades mediante el uso del Modelo de las 5 Aes, el cual permitió sistematizar y planificar cada acción bajo un continuo pre establecido, con el objetivo de alcanzar el automanejo de la persona sobre su condición crónica y complicación asociada, lo que se visualiza a través del siguiente esquema:

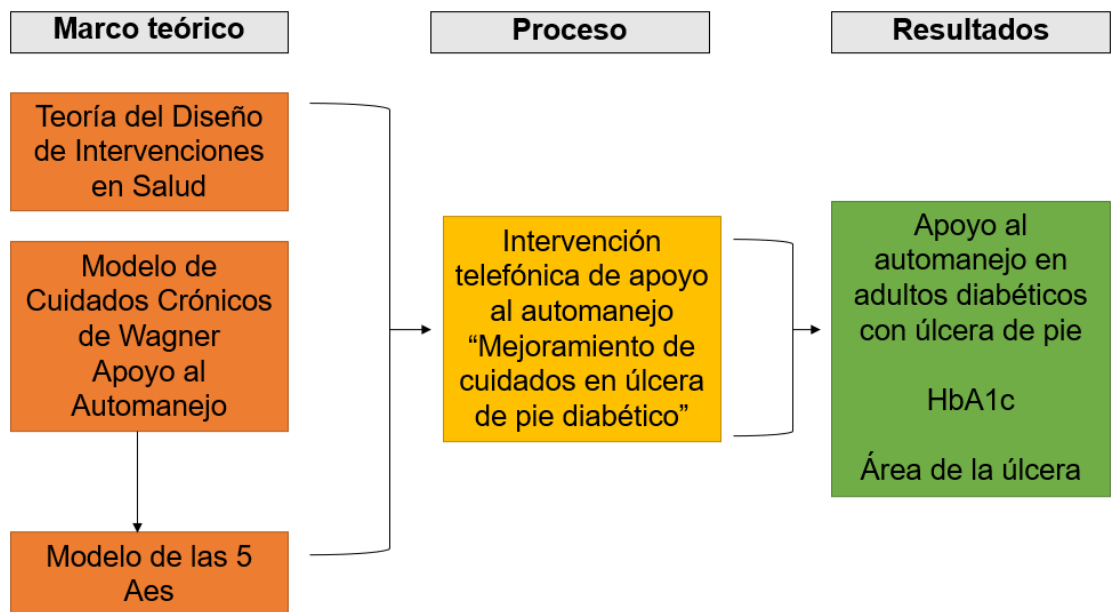


Figura N°4. Esquema integrador

1.2.2 MARCO EMPÍRICO

La revisión de la literatura da cuenta de diferentes estudios que se han llevado a cabo para la atención de personas con DM2, entre los cuales se encuentran intervenciones enfocadas en su cuidado y de complicaciones asociadas como la UPD. Además, se evidencia el desarrollo de estudios de aceptabilidad que han permitido evaluar de forma preliminar intervenciones de salud utilizando las tecnologías de la información y comunicación (TICS), los cuales serán presentados a continuación.

En cuanto a intervenciones desarrolladas en personas con DM2, un estudio realizado en Irán tuvo como objetivo comparar los efectos de dos métodos de enseñanza en el cuidado de los pies y las tasas de curación de UPD. Incluyó una muestra de 45 personas con úlceras activas de pie, divididos en tres grupos (intervención A, intervención B y control), a quienes se les midió la tasa de curación y el nivel de cuidados de los pies al comienzo del estudio, para luego iniciar con las sesiones educativas sobre el automanejo y control de factores de riesgo para los pies, en donde el grupo A recibió el contenido mediante conferencias y el grupo B a través de un método combinado que incorporaba conferencia con el uso de diapositivas, *role playing* y demostración práctica. Luego de tres meses, se midió nuevamente la tasa de curación y el nivel de cuidados, cuyos resultados demostraron una reducción considerable en la superficie y profundidad de la úlcera en el grupo de intervención B que recibió

el contenido educativo mediante método combinado, demostrando que la educación para el cuidado de los pies podría favorecer significativamente la curación de la UPD, por lo que la presencia de estos programas en los sistemas de salud favorecerían el manejo de la DM2 y las complicaciones asociadas⁽¹⁸⁾.

En Cuba, se llevó a cabo un programa educativo en pacientes con pie diabético de riesgo, cuya muestra estuvo constituida por 44 personas divididas en grupo de intervención y de control, a quienes se les evaluó con examen físico y pruebas de laboratorio e imagenológicas antes de iniciar la investigación, para recibir posteriormente el tratamiento convencional de cuidados de las UPD de manera uniforme, incorporando el programa educativo solo en el grupo de intervención con un seguimiento que duró dos años. El programa educativo se dividió en dos objetivos de acuerdo al bajo o alto riesgo de pie diabético, en donde los participantes fueron educados en cuanto a los cuidados de la UPD, reconocimiento de signos y síntomas desfavorables y prevención de recurrencias, junto con aspectos generales sobre higiene, correcto corte de uñas, uso de calzado adecuado, entre otros, cuyos resultados demostraron un mayor porcentaje de personas curadas y mejoradas de la UPD del grupo de intervenido en comparación con el grupo control, concluyendo que la implementación de este tipo de programas puede resultar efectivo en esta complicación⁽¹⁹⁾.

Otro estudio realizado en Irán, tuvo como objetivo determinar el impacto de un programa de entrenamiento de tres meses de cuidado de los pies y autoeficacia en personas con UPD, con una muestra de 60 personas divididos aleatoriamente en grupos de intervención y control, cuyo grupo de intervención recibió el entrenamiento en donde se les enseñó como cuidar los pies, así como prevenir el desarrollo y la formación de nuevas úlceras, centrándose en siete elementos que se relacionan con la revisión diaria de los pies, correcta higiene, aplicación de lociones y el uso de calzado adecuado junto con aspectos generales de la dieta, actividad física, medición de glicemia e insulino terapia, mediante conferencias utilizando diapositivas, videos y folletos alusivos. Posteriormente, los resultados demostraron diferencias significativas en los puntajes de cuidado de los pies y autoeficacia entre ambos grupos, siendo mayor en el grupo de intervención, lo que evidencia que la implementación del programa de entrenamiento fue capaz de mejorar la autoeficacia y el cuidado de los pies, dando cuenta sobre la importancia de la implementación de estas intervenciones para reducir de manera efectiva las complicaciones asociadas a la DM2⁽²⁰⁾.

Por otra parte, un estudio realizado en Turquía, tuvo como objetivo medir el efecto de realizar ejercicios en la curación de heridas en pacientes con UPD, en donde se seleccionaron 65 personas con úlceras de grado 1 y 2 según la clasificación de Wagner divididos en grupo de intervención y control, quienes recibieron el cuidado estándar de la herida de manera uniforme, siendo el último

grupo a quien se le añadió la ejecución de ejercicios de pie por 12 semanas, que consistían en realizar movimientos de flexión plantar, flexión dorsal, inversión, eversión, circunducción, flexión hacia plantar y dorsal de los dedos con series que incorporaran 5 a 10 de estos ejercicios y que a su vez contaran con 10 a 15 repeticiones, lo que fue evaluado a las 4, 8 y 12 semanas mediante la valoración clínica de la úlcera (área y profundidad), valores de glicemia capilar y presión arterial. Finalmente se demostró que el grupo intervenido obtuvo una disminución en el área y profundidad de la UPD de manera considerable, determinando que los ejercicios del pie influyen favorablemente en la curación de la úlcera debido al aumento de la vascularización en la extremidad, lo que debería considerarse parte del plan terapéutico y rutinario de las personas que presentan esta complicación⁽²¹⁾.

Un estudio en Irán, tuvo como objetivo comparar los efectos de un programa educativo orientado a la familia basado en dos métodos; teléfono y cara a cara, en cuanto al comportamiento de autocuidado en pacientes con DM2, en donde se dividió una muestra de 90 personas con DM2 en grupo de intervención a través de telefonía, grupo de intervención cara a cara y grupo control, a quienes se les aplicó el cuestionario de actividades de autocuidado para la diabetes, para luego iniciar la intervención en donde se les educó utilizando los recursos mencionados considerando 5 contenidos generales durante 3 meses, para posteriormente medir a través del cuestionario mencionado. Los resultados, que consideraban el autocuidado, glicemia en

ayunas, HbA1c, colesterol y triglicéridos, demostraron puntuaciones de autocuidado en ambos grupos de intervención significativamente más altos que los del grupo control, junto con la mejora de los resultados clínicos de los perfiles lipídicos, mientras que la comparación de las dos intervenciones mostró mejores resultados para el grupo intervenido cara a cara con respecto al grupo intervenido por teléfono⁽⁵³⁾.

En Egipto se llevó a cabo un estudio que tuvo como objetivo evaluar el impacto en el uso del mensaje de texto educativo sobre el control glucémico y la capacidad de automanejo en pacientes con DM2, con una muestra inicial de 90 participantes que fueron divididos en grupo control y grupo intervención, a quienes se les midió el nivel de HbA1c al inicio y al término de la intervención, para luego proporcionarles mensajes de textos educativos diarios durante 12 semanas que incorporaban información respecto a los conocimientos y efectos de la DM2 en el ámbito social y vida personal, dieta, actividad física, tabaquismo, cuidados de los pies, entre otros, junto con una medición semanal de la glicemia y peso corporal, cuyos resultados demostraron una mayor reducción de la HbA1c y glicemia en el grupo intervenido comparado con el grupo control, lo que dio cuenta de la efectividad del uso de los mensajes de texto educativos en los resultados clínicos⁽⁵⁴⁾.

Otro estudio desarrollado en Irán, tuvo como objetivo investigar la efectividad de una educación de automanejo de la DM2 dirigida por una

enfermera sobre la HbA1c considerando para su desarrollo la Teoría de Autoeficacia y la Entrevista Motivacional, el cual contó con una muestra inicial de 142 personas divididas en grupo control e intervención, quienes iniciaron una intervención de 12 semanas en donde se les proporcionó un folleto que incluía información para llevar a cabo el automanejo, la visualización de películas de 10 minutos, asistencia a sesiones educativas grupales y llamadas telefónicas de seguimiento semanal, cuyos resultados demostraron una disminución en los valores de la HbA1c para el grupo intervenido junto con mejores puntuaciones en cuanto a la expectativa de autoeficacia y comportamiento de automanejo para la DM2, concluyendo que la intervención fue efectiva en cuanto a los cambios en comportamiento y en resultados clínicos y psicosociales⁽⁵⁵⁾.

Por último, en Estados Unidos se llevó a cabo un estudio que tuvo como objetivo determinar el beneficio glucémico y la aceptabilidad cultural de una intervención de apoyo basada en el uso de mensajería de texto entre hispanos con DM2 y control glucémico deficiente durante 6 meses, en donde se consideró una muestra inicial de 126 participantes que fueron asignados aleatoriamente en un grupo de control y grupo de intervención, a quienes se le midió el IMC, la presión arterial, HbA1C y perfil lipídico al inicio, a los 3 meses y al final de la intervención. Posteriormente se hizo entrega de un medidor de glucosa a todos los participantes y solo los que pertenecían al grupo de intervención recibieron mensajes de textos que incorporaba educación básica sobre el control de la DM2, recordatorio de medicamentos, motivación e

instrucciones de monitoreo de glucosa en sangre, debiendo hacer envío de los valores obtenidos mediante un nuevo mensaje de texto. Finalmente se observó una mayor disminución de la HbA1c y mejor control glucémico en el grupo de intervención⁽⁵⁶⁾.

Respecto a estudios de aceptabilidad desarrollados en personas con DM2, un estudio realizado en Omán, tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención en los niveles de actividad física, medidas antropométricas (peso corporal e Índice de Masa Corporal IMC) y resultado cardiovascular durante doce meses en personas con DM2 en diferentes centros de salud, con una muestra inicial de 232 personas divididas en grupos de intervención y control. El grupo de intervención recibió consultas personalizadas de actividad física, se le proporcionó un podómetro para la medición de sus pasos de forma semanal y se les envió mensajes de texto de soporte por medio de la aplicación WhatsApp. Posteriormente se midió la aceptabilidad percibida de la intervención por los participantes y profesionales de la salud, utilizando cuestionarios que evaluaban aspectos de la implementación, mantenimiento y fidelidad de la intervención, además de realizar preguntas abiertas para explorar las percepciones sobre aquellas áreas en las que se requería más información, los desafíos y comentarios generales. De acuerdo a ello, se pudo determinar que este estudio se percibió como satisfactorio, apropiado y adecuado para los participantes⁽⁵⁷⁾.

Otro estudio realizado en Australia tuvo como objetivo determinar la efectividad y aceptabilidad de una intervención que utilizó mensajes de texto para mejorar el nivel de HbA1c y los comportamientos de automanejo en adultos con DM2 durante seis meses, cuya muestra inicial incorporó 395 participantes divididos en grupo de control e intervención. Este último grupo recibió mensajes de texto diariamente durante los primeros tres meses y 4 mensajes por semana en los meses posteriores, cuyo contenido abordó temas sobre nutrición, actividad física y sedentarismo, atención de la DM2, control del peso, tratamiento farmacológico y tabaquismo. Se llevaron a cabo mediciones de HbA1c, perfil lipídico e IMC, además de aplicar un cuestionario para medir satisfacción y aceptabilidad de la intervención. Si bien, las mejoras en el nivel de HbA1c no fueron significativas, la intervención fue muy aceptada, lo que sugiere que esta puede complementar la atención de la DM2 habitual⁽²⁷⁾.

En Canadá, se llevó a cabo un estudio piloto que tuvo como objetivo examinar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención educativa de autocuidado de los pies y explorar sus efectos preliminares en la reducción de la aparición de problemas menores en los pies de pacientes adultos con DM2 y bajo riesgo de ulceración durante tres semanas, con una muestra inicial de 70 personas que integraron un único grupo de intervención. Se llevaron a cabo mediciones previas de IMC, HbA1c y glicemia, continuando con el desarrollo de la intervención que consideró 4 sesiones divididas de forma presencial y por vía telefónica, abordando contenidos sobre el cuidado de los pies considerando la

inspección diaria, higiene, hidratación, uso de calzado y calcetín adecuados, cuidado de las uñas, además del conocimiento de factores de riesgo y cuando consultar con profesionales de la salud. La aceptabilidad se midió con una versión adaptada del instrumento Intervention Rating Profile-15 y la viabilidad a través de tasas de interés inicial, inscripción, asistencia y deserción. Al término de un periodo de seguimiento de seis meses, los participantes calificaron la intervención altamente aceptable, apropiada, efectiva, razonable y adecuada para personas con DM2⁽²⁶⁾.

Finalmente, un estudio realizado en Reino Unido tuvo como objetivo evaluar desde la perspectiva de los pacientes con DM2 la aceptabilidad y satisfacción de una intervención telefónica enfocada en mejorar el control metabólico, la cual tuvo como muestra inicial de 591 pacientes divididos en grupo control e intervención. Este último, recibió llamadas telefónicas con una frecuencia inversamente proporcional a su nivel de HbA1c es decir, aquellos que tenían niveles sobre 9% recibieron una llamada por mes, entre 7,1 a 9% recibieron una llamada cada 7 semanas y entre 7% o menos una llamada cada 3 meses. Los contenidos abordados durante el contacto telefónico comprendían conocimientos sobre la DM2, preparación para llevar a cabo el cambio de comportamiento, adherencia al tratamiento y medición de la glicemia. Tanto al inicio y al final de la intervención, se midió la satisfacción mediante un cuestionario validado previamente y la aceptabilidad mediante un cuestionario estilo likert diseñado por los investigadores además de una entrevista

semiestructurada a un subgrupo del grupo intervenido. Los resultados demostraron que los participantes mostraron niveles altos de satisfacción y aceptabilidad, dado que se aumentaron los conocimientos y el control sobre la DM2⁽⁵⁸⁾.

En síntesis, los estudios mencionados anteriormente, nos señalan la existencia de diferentes intervenciones que han resultado efectivas en el manejo de la DM2, así también para el cuidado de la UDP, favoreciendo la adquisición de conocimientos y habilidades para su adecuado automanejo. Además, dejan en evidencia que evaluar previamente la aceptabilidad considerando a las partes interesadas, resulta positivo y potencia el codiseño de las intervenciones, ya que se lleva a cabo una contribución creativa que podría garantizar resultados positivos en el manejo del problema de salud⁽⁵⁹⁾. Este aspecto fue considerado en el diseño de la intervención desarrollada.

1.3 OBJETIVOS

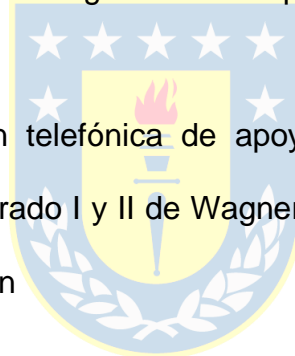
1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada dirigida a adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al Centro de Salud Familiar Violeta Parra de la comuna de Chillán.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio.

Respecto de la intervención telefónica de apoyo al automanejo en adultos diabético con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al CESFAM Violeta Parra de la comuna de Chillán



2. Evaluar las tasas de interés, asistencia y deserción.
3. Evaluar la eficacia percibida.
4. Evaluar la idoneidad.
5. Evaluar los riesgos.
6. Evaluar la conveniencia.

1.4 VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Intervención telefónica de apoyo al automanejo
- Aceptabilidad

VARIABLES DE CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Nacionalidad
- Nivel educacional
- Años de duración de la enfermedad
- Hábito tabáquico



La definición nominal y operacional de cada variable se encuentra disponible en Anexo 2.

2. SUJETOS Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO

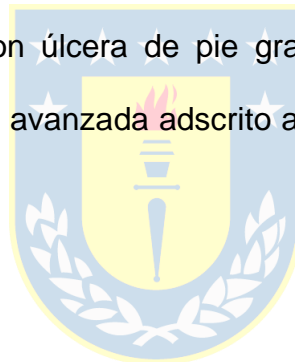
Diseño

Estudio cuantitativo descriptivo que evaluó la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo.

2.2 MARCO MUESTRAL

Unidad de Análisis

- El adulto diabético con úlcera de pie grado I y II de Wagner que se encuentra en curación avanzada adscrito al CESFAM Violeta Parra de la comuna de Chillán.



Población y/o Universo¹

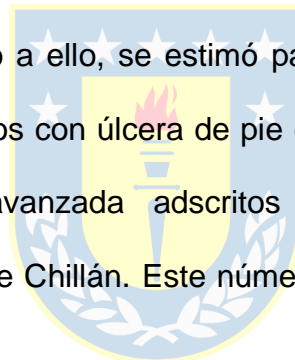
- Todos los adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner en curación avanzada adscritos al CESFAM Violeta Parra de la comuna de Chillán, los cuales corresponden a 79 adultos (periodo enero a diciembre del año 2021).

¹ Datos proporcionados por encargado PSCV de SEREMI de Salud Ñuble y encargada de unidad de calidad del CESFAM Violeta Parra.

Cabe mencionar el estudio se realizó en la comuna de Chillán y se eligió por conveniencia el CESFAM Violeta Parra, dado que actualmente presenta la mayor cantidad de población beneficiaria, teniendo a su vez, una amplia población con DM2 bajo control.

Participantes:

Muestra no probabilística por conveniencia, considerando para la determinación del número de los participantes lo mencionado por Fernández-Sánchez et al.⁽⁵⁹⁾ y por un estudio de similares características llevado a cabo por Ardo et al.⁽⁶⁰⁾ en Estados Unidos. De acuerdo a ello, se estimó para este estudio, una muestra de hasta 12 adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner que se encuentren en curación avanzada adscritos al CESFAM Violeta Parra perteneciente a la comuna de Chillán. Este número consideró un porcentaje de pérdida del 20%.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

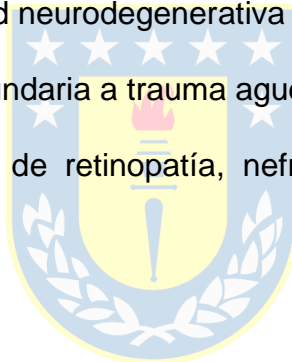
Criterios de Inclusión:

- Adulto diabético de 20 años y más con úlcera de pie grado I y II de Wagner que se encuentre en curación avanzada adscrito al CESFAM Violeta Parra de la comuna de Chillán
- Adulto alfabeto
- Adulto con teléfono móvil operativo

- Adulto con plan de llamadas y mensajería de texto

Criterios de exclusión²:

- Adulto con deterioro cognitivo
- Adulto con hipoacusia
- Adulto con alteraciones de salud mental (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo, según criterio diagnóstico registrado en ficha clínica)
- Adulto con enfermedad neurodegenerativa (alzheimer, parkinson)
- Adulto con úlcera secundaria a trauma agudo
- Adulto con presencia de retinopatía, nefropatía y enfermedad arterial periférica³



DECLARACIÓN DE VINCULACIÓN

Desde el punto de vista administrativo el investigador no posee vinculación con el CESFAM Violeta Parra, ya que actualmente el suscrito se desempeña como funcionario de apoyo en la gestión del Programa Nacional de Inmunizaciones y

² Para obtener esta información, se solicitará a la dirección del CESFAM verificar en base al registro clínico de los adultos quienes cumplen con algunas de estas características, con el fin de excluirlos del estudio.

³ Los adultos con estas características son atendidos en el nivel secundario de atención de salud⁽⁷⁾.

del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis del Departamento de Salud Pública de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región de Ñuble.



2.3 INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO

De acuerdo al marco referencial del actual proyecto de investigación, se reconocen modelos y conceptos relevantes y la existencia de intervenciones en la literatura que han demostrado resultados favorables en su implementación, quienes proveen de elementos que se consideran útiles para el desarrollo de nuevas intervenciones en salud. A partir de estas, se elaboró una intervención telefónica de apoyo al automanejo, que se describe a continuación:

A. Nombre de la Intervención: “Mejoramiento de cuidados en úlcera de pie diabético”

- **Duración:** 6 semanas
- **Etapas:** 2

Etapa 1: Sesiones telefónicas individuales (6)

Número de sesiones telefónicas: 2 sesiones semanales desde la semana 1 a la semana 3 desarrollando el Módulo 1 y 2, con una duración de 20 minutos para las primeras 5 sesiones y 30 minutos para la última.

Etapa 2: Refuerzo con mensajería de texto y voz (12 refuerzos)

Número de refuerzos por mensajería de texto y de voz: 4 refuerzos semanales desde la semana 4 a la 6.

- **Ejecutor de Etapas:** Investigador principal

B. Propósito de la Intervención

El propósito de la intervención telefónica de apoyo al automanejo en personas diabéticas con úlcera de pie grado I y II de Wagner fue convertirse en un complemento a la curación avanzada llevada a cabo por los profesionales de enfermería en los Centros de Salud Familiar, utilizando tecnologías de la información que contribuyan positivamente en la disminución del área de ulceración y en el nivel de hemoglobina glicosilada, junto con un efectivo manejo de la condición crónica y complicación asociada.

C. Objetivo General de la Intervención

Desarrollar el apoyo al automanejo como estrategia para el control de la diabetes mellitus tipo 2 reflejado en la disminución del área de ulceración de la úlcera de pie grado I y II de Wagner y el nivel hemoglobina glicosilada en los adultos diabéticos adscritos a la intervención telefónica de apoyo al automanejo llevada a cabo en un establecimiento de salud primaria durante 6 semanas.

D. Objetivos Específicos de la Intervención

- Identificar el apoyo al automanejo como estrategia eficaz sobre el control de la DM2 y la complicación de UPD
- Alcanzar el manejo eficaz sobre la DM2 y la complicación de UPD que reflejen la disminución del grado de ulceración y del nivel de HbA1c

E. Contenidos

Los contenidos a desarrollar en la intervención estuvieron basados en las tres áreas que todo programa de automanejo debe considerar, los cuales son:

1) Enfermedad, medicinas y manejo de la salud:

- Generalidades de la DM2 y de las UPD
- Signos y síntomas de complicaciones asociadas a la DM2 y UPD
- Cuidados generales de los pies en personas con UPD
- Tratamiento farmacológico en personas con UPD
- Alimentación y nutrición en personas con UPD
- Actividad física en personas con UPD

2) Manejo del rol:

- Entrenamiento para el automanejo
- Eficacia y confianza personal
- Adherencia terapéutica al plan y tratamiento establecido

3) Manejo emocional:

- El apoyo social como elemento positivo
- Preparación para el cambio

F. Metodología de Enseñanza

La intervención de apoyo al automanejo se desarrolló en base a sesiones

telefónicas individuales junto al uso de mensajería de texto y voz de refuerzo.

- **Sesiones telefónicas individuales:** Se llevaron a cabo desde la semana 1 a la 3 utilizando el teléfono móvil operativo de los participantes desde un teléfono móvil que fue administrado por el investigador, las cuales fueron guiadas por este en un horario establecido conjuntamente con cada uno de los participantes. Previo al inicio de las sesiones, se llevó a cabo un primer acercamiento mediante una visita domiciliaria o por medio de una entrevista en el CESFAM cuando el participante acudió a recibir la atención habitual de sus curaciones, con la finalidad de hacer entrega del cuadernillo de la intervención (Anexo 3), el cual incorporó todos los contenidos a abordar en cada una de las sesiones. La finalidad de las sesiones telefónicas individuales fue contribuir en el aprendizaje de los participantes mediante la obtención de información y el desarrollo de capacidades, habilidades y actitudes, con el fin de alcanzar el manejo sobre su condición crónica y la complicación de UPD.

- **Mensajería de texto y voz de refuerzo:** Se llevaron a cabo desde la semana 4 a la 6 utilizando el teléfono móvil operativo de los participantes, los cuales estuvieron predeterminados en cuanto a su estructura y contenido de igual manera para todos, siendo enviados en un horario establecido conjuntamente con los participantes desde un teléfono móvil que fue administrado por el investigador. La finalidad de

los mensajes recayó en reforzar y complementar los contenidos y aprendizajes obtenidos durante las sesiones telefónicas individuales de apoyo al automanejo.

G. Metodología de Evaluación

Las evaluaciones tuvieron el propósito de monitorizar los conocimientos, habilidades y capacidades adquiridas durante cada una de las sesiones, junto con verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos, retroalimentar y ajustar el plan de trabajo establecido si es necesario, reforzando los resultados positivos, descritas a continuación:

Evaluaciones escritas: Para que los participantes puedan completar cada una de estas evaluaciones, se utilizó el cuadernillo de la intervención, el cual contó con el contenido de cada una de las sesiones y en donde se desarrollaron las siguientes actividades:

- Tareas breves
- Establecimiento de objetivos: “Hoy aprenderé sobre”
- Resúmenes breves por sesión: “Que aprendí hoy”
- Consolidación de acuerdos: “Mi compromiso es”

H. Programa de Actividades

A continuación, se presenta el cronograma de las actividades programadas realizadas cada semana durante el periodo de intervención, junto a la descripción de cada etapa y sesiones respectivas.

Tabla N°1. Cronograma de actividades

Semanas	Sesiones Telefónicas Individuales	Refuerzos
<u>Etapa 1:</u> Semana 1: Módulo 1 Sesión 1 y 2	 X	
Semana 2: Módulo 1 Sesión 3 Módulo 2 Sesión 4	X	
Semana 3: Módulo 2 Sesión 5 y 6	X	
<u>Etapa 2</u> Semana 4: Refuerzos 1, 2, 3 y 4		X
Semana 5: Refuerzos 5, 6, 7 y 8		X
Semana 6: Refuerzos 9, 10, 11 y 12		X

Tabla N°2. Descripción Etapa 1: Módulo 1

Módulo		1
Número de Sesiones Telefónicas Individuales	3	
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves	
Duración	15 minutos por sesión	
Objetivo	Identificar el apoyo al automanejo como estrategia eficaz sobre el control de la DM2 y la complicación de UPD	
Actividades	Sesiones telefónicas individuales enfocadas en desarrollar progresivamente el manejo del rol y manejo emocional	
Recursos	Recurso escrito: Cuadernillo de la intervención	
Evaluación	Se llevaron a cabo evaluaciones escritas mediante cuestionarios breves, elaboración de síntesis de lo aprendido y consolidación de acuerdos, junto a breves actividades prácticas autoaplicadas como lluvias de ideas, listas de elementos, entre otros.	

Tabla N°3. Descripción Etapa 1: Sesión 1

Sesión 1	Introducción al automanejo y eficacia personal
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves
Objetivo General	Identificar el apoyo al automanejo como estrategia eficaz sobre el control de la DM2 y la complicación de UPD
Objetivos de Aprendizaje	<p>A finalizar la sesión, los participantes fueron capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el concepto de apoyo al automanejo • Identificar las capacidades personales
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de apoyo al automanejo • Eficacia y confianza personal
Actividades	<p>Sesión telefónica individual que consistió en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a la intervención • Exploración de conocimientos previos • Presentación de contenidos • Elaboración de objetivos
Materiales	Teléfono móvil, cuadernillo de la intervención, lápices
Tiempo Destinado	15 minutos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al participante elaborar conjuntamente con el investigador objetivos para lograr el automanejo durante la intervención. • Tarea en donde cada participante debió identificar capacidades positivas de sí mismo.
Refuerzo Asociado	Refuerzo 1 y 2

Tabla N°4. Descripción Etapa 1: Sesión 2

Sesión 2	
El apoyo social y el cambio sobre mi condición crónica	
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves
Objetivo General	Identificar el apoyo al automanejo como estrategia eficaz sobre el control de la DM2 y la complicación de UPD
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes fueron capaces de: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la importancia de generar un cambio positivo en el manejo de su condición crónica • Identificar las redes de apoyo
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • La importancia del cambio en el manejo de la condición crónica • Apoyo Social
Actividades	Sesión telefónica individual que consistió en: <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis breve de contenidos desarrollados en sesión anterior • Revisión de tarea sesión anterior • Presentación del contenido
Materiales	Teléfono móvil, cuadernillo de la intervención, lápices
Tiempo Destinado	15 minutos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al participante identificar sus redes sociales más cercanas. • Se instó a cada participante invitar a una persona de su red familiar o social más cercana para la próxima sesión.
Refuerzo Asociado	Refuerzo 3 y 4

Tabla N°5. Descripción Etapa 1: Sesión 3

Sesión 3	
Cumpliendo el plan terapéutico	
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves
Objetivo General	Identificar el apoyo al automanejo como estrategia eficaz sobre el control de la DM2 y la complicación de UPD
Objetivos de Aprendizaje	A finalizar la sesión, los participantes fueron capaces de: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el concepto de adherencia terapéutica • Identificar qué tipo de adherencia poseen • Nombrar esquema farmacológico
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia terapéutica al tratamiento y plan terapéutico
Actividades	<p>Sesión telefónica individual que consistió en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis breve de contenidos desarrollados en sesión anterior • Presentación de contenido • Elaboración de objetivos • Establecimiento de acuerdos
Materiales	Teléfono móvil, cuadernillo de la intervención, lápices.
Tiempo Destinado	15 minutos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al participante identificar qué tipo de adherencia terapéutica posee. • Tarea que permitió al participante reconocer la manera de mejorar y/o mantener adherencia terapéutica.
Refuerzo Asociado	Refuerzo 5 y 6

Tabla N°6. Descripción Etapa 1: Módulo 2

Módulo		2
Número de Sesiones Telefónicas Individuales	3	
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves	
Duración	15 minutos por sesión	
Objetivo	Lograr el manejo eficaz sobre la DM2 y la complicación de UPD que reflejen la disminución del grado de ulceración y del nivel de HbA1c	
Actividades	Sesiones telefónicas individuales enfocadas en adquirir conocimientos respecto a la enfermedad, medicinas y manejo de la salud en cuanto a generalidades, cuidados, alimentación, actividad física, tratamiento farmacológico.	
Recursos	Recurso escrito: Cuadernillo de la intervención	
Evaluación	Se llevaron a cabo evaluaciones escritas mediante cuestionarios breves, elaboración de síntesis de lo aprendido y consolidación de acuerdos, junto a actividades que incorporaron el uso de ilustraciones utilizando estrategias como la identificación, clasificación, orden correcto de elementos, entre otros.	

Tabla N°7. Descripción Etapa 1: Sesión 4

Sesión 4	
Conociendo mi condición crónica	
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves
Objetivo General	Lograr el manejo eficaz sobre la DM2 y la complicación de UPD que reflejen la disminución del grado de ulceración y del nivel de HbA1c
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes fueron capaces de: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer generalidades sobre la DM2 y UPD • Identificar signos y síntomas de complicaciones asociadas a DM2 y UPD
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades sobre la DM2 y UPD • Signos y síntomas de complicaciones asociadas a DM2 y UPD
Actividades	<p>Sesión telefónica individual que consistió en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis breve de contenidos desarrollados en sesión anterior • Revisión de tarea sesión anterior • Exploración de conocimientos previos • Presentación del contenido con ilustraciones
Materiales	Teléfono móvil, cuadernillo de la intervención, lápices.
Tiempo Destinado	15 minutos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al participante definir con sus propias palabras en que consiste su condición crónica y complicación de UPD. • Elaboración de lista que incluya 3 o más signos o síntomas de complicaciones asociadas a DM2 y UPD.
Refuerzo Asociado	Refuerzo 7 y 8

Tabla N°8. Descripción Etapa 1: Sesión 5

Sesión 5		¿Cómo debo cuidar mis pies?
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves	
Objetivo General	Lograr el manejo eficaz sobre la DM2 y la complicación de UPD que reflejen la disminución del grado de ulceración y del nivel de HbA1c	
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes fueron capaces de: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer cuáles son los cuidados generales de los pies • Identificar que insumos favorecen el cuidado de los pies 	
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados generales de los pies en personas con UDP 	
Actividades	Sesión telefónica individual que consistió en: <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis breve de contenidos desarrollados en sesión anterior • Presentación de contenidos mediante ilustraciones • Establecimiento de acuerdos 	
Materiales	Teléfono móvil, cuadernillo de la intervención, lápices.	
Tiempo Destinado	15 minutos	
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al participante identificar y encerrar en un círculo los cuidados correctos de los pies de un grupo de ilustraciones con diferentes acciones 	
Refuerzo Asociado	Refuerzo 9 y 10	

Tabla N°9. Descripción Etapa 1: Sesión 6

Sesión 6	
Mejorando mi alimentación y actividad física	
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves
Objetivo General	Lograr el manejo eficaz sobre la DM2 y la complicación de UPD que reflejen la disminución del grado de ulceración y del nivel de HbA1c
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, los participantes fueron capaces de: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer cuáles son los alimentos que favorecen el manejo de la UPD • Conocer cuáles son los ejercicios que favorecen el manejo de la UPD
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación y nutrición en personas con UPD • Actividad física en personas con UPD
Actividades	Sesión telefónica individual que consistió en: <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis breve de contenidos desarrollados en sesión anterior • Presentación de contenidos mediante ilustraciones • Síntesis, retroalimentación y cierre de sesiones individuales
Materiales	Teléfono móvil, cuadernillo de la intervención, lápices.
Tiempo Destinado	20 minutos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al participante identificar los alimentos que favorecen el manejo de la UPD de un grupo de ilustraciones que muestran diferentes alimentos
Refuerzo Asociado	Refuerzo 11 y 12

Tabla N°10. Descripción Etapa 2

Número de Refuerzos	
6	
Ejecutor	Investigador: Alberto Nicolás Herrera Monsalves
Objetivos	<p>Reforzar los conocimientos y habilidades adquiridas durante las sesiones educativas presenciales</p> <p>Recordar elementos claves del automanejo en función del manejo de la DM2 y UPD</p>
Actividades	<p>Refuerzo 1 y 2. Introducción al automanejo y eficacia personal: Tuvo como objetivo abordar nuevamente el concepto de automanejo como eje central de la intervención, reconociendo la importancia de la eficacia y confianza personal.</p> <p>Refuerzo 3 y 4. Reconociendo mis redes sociales: Tuvo como objetivo recordar la importancia de generar un cambio positivo en el manejo de la condición crónica y lo relevante del apoyo recibido de las redes sociales.</p> <p>Refuerzo 5 y 6. Cumpliendo el plan terapéutico: Tuvo como objetivo abordar la importancia de mantener la adherencia terapéutica, junto con el cumplimiento del esquema farmacológico establecido.</p> <p>Refuerzo 7 y 8. Conociendo mi condición crónica: Tuvo como objetivo recordar generalidades sobre la DM2 y UPD e identificar los signos y síntomas de complicaciones asociadas.</p> <p>Refuerzo 9 y 10. ¿Cómo debo cuidar mis pies?: Tuvo como objetivo recordar cuales son los mejores cuidados para el manejo de la UPD.</p> <p>Refuerzo 11 y 12. Mejorando mi alimentación y actividad física: Tuvo como objetivo recordar cuales son los alimentos y ejercicios que favorecen el manejo de la UPD.</p>
Recursos	Teléfono móvil operativo del adulto e investigador

I. Mensajes de texto o voz de refuerzo

Módulo 1:

Sesión 1: Introducción al automanejo y eficacia personal

- Hola Sra/Don X, recuerde que con el automanejo usted desarrollará capacidades que le ayudarán con su problema de salud. Que tenga buen día
- Hola Sra/Don X, recuerde que usted es capaz de superar los problemas que se le presenten. Que tenga buen día.

Sesión 2: Reconociendo mis redes sociales

- Hola Sra/Don X, recuerde que puede contar con las personas que la/lo rodean para enfrentar su problema de salud. Que tenga buen día.
- Hola Sra/Don X, recuerde que el cambio de vida que está realizando le ayudará a mejorar su problema de salud. Que tenga buen día.

Sesión 3: Cumpliendo el plan terapéutico

- Hola Sra/Don X, recuerde tomar sus medicamentos en la cantidad indicada y en el horario correcto. Que tenga buen día.
- Hola Sra/Don X, recuerde que, aunque se sienta bien, no debe dejar de tomar sus medicamentos. Que tenga buen día.

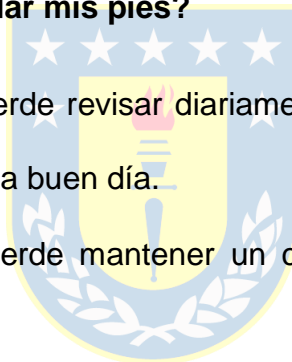
Módulo 2:

Sesión 4: Conociendo mi condición crónica

- Hola Sra/Don X, recuerde consultar con un profesional en el CESFAM cuando no se sienta bien a causa de su problema de salud. Que tenga buen día.
- Hola Sra/Don X, recuerde que su problema de salud sin control podría generar complicaciones en los nervios, en la visión y los riñones. Que tenga buen día.

Sesión 5: ¿Cómo debo cuidar mis pies?

- Hola Sra/Don X, recuerde revisar diariamente sus pies en búsqueda de alteraciones. Que tenga buen día.
- Hola Sra/Don X, recuerde mantener un correcto cuidado de sus pies. Que tenga buen día.



Sesión 6: Mejorando mi alimentación y actividad física

- Hola Sra/Don X, recuerde comer alimentos saludables como legumbres, vegetales, frutas y beber agua. Que tenga buen día.
- Hola Sra/Don X, recuerde realizar los ejercicios que le ayudarán a mantenerse activa/o y a cicatrizar su herida. Que tenga buen día.

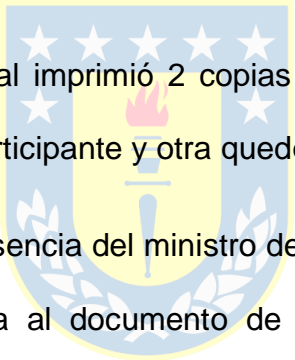
2.4 PROCEDIMIENTO Y/O TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Previo al inicio del estudio, se obtuvieron las autorizaciones de la dirección del CESFAM Violeta Parra (Anexo 4) y de los Comité de Ética-Científicos de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y del Hospital Herminda Martin perteneciente al Servicio de Salud de Ñuble.

Posteriormente, entre los meses de febrero y marzo 2023, se llevó a cabo la evaluación por expertos de los componentes y contenidos de la intervención por parte de los profesionales de salud, el que permitió conocer si estos aspectos cumplían los criterios de atracción, comprensión, involucramiento y aceptación según un estudio llevado a cabo Velásquez-Moreno et al.⁽⁶¹⁾. Para ello, se realizó una convocatoria a través de correo electrónico enviado por un profesional designado por la directora del CESFAM Violeta Parra a todos los profesionales describiendo los criterios de selección, los cuales fueron: profesional de salud con experiencia en el PSCV y/o experiencia en el abordaje del adulto diabético con úlcera de pie, con al menos 12 meses de experiencia en el área, y no encontrarse con licencia médica. Aquellos interesados en participar del estudio fueron contactados por el investigador vía telefónica.

Este grupo de profesionales seleccionados estuvo compuesto por tres profesionales de enfermería, una nutricionista, un trabajador social y un químico

farmacéutico. Posteriormente, firmaron el Consentimiento Informado (Anexo 5) para asegurar su participación durante un día a convenir con el investigador. Para este acto se gestionó una reunión presencial durante el horario laboral entre el profesional de salud, investigador principal y el ministro de fe, designado por la dirección. Esta reunión se llevó a cabo en una oficina del CESFAM Violeta Parra cumpliendo con todas las medidas de protección personal según protocolo COVID-19 en horario de laboral. Se contó con la autorización de la dirección correspondiente para desarrollar esta actividad, la cual se describe a continuación:

- 
- El investigador principal imprimió 2 copias del documento, entregó una copia al profesional participante y otra quedó en su poder.
 - Posteriormente en presencia del ministro de fe e investigador principal se procedió a dar lectura al documento de consentimiento informado al profesional de salud participante.
 - En caso de aceptar participar en la actividad del proyecto, el profesional de salud participante firmó el documento de consentimiento informado.
 - En dicho acto el ministro de fe firmó el documento, así como también el investigador principal del proyecto.
 - Una copia firmada se entregó al profesional de salud participante en el estudio.

- Finalmente, el investigador principal del proyecto archivó la otra copia de consentimiento informado firmado.

Seguidamente, se llevó a cabo una entrevista grupal o individual durante el horario laboral con los profesionales seleccionados, según su disponibilidad, en la cual se dio a conocer a través de una presentación PowerPoint una descripción completa de la intervención telefónica de apoyo al automanejo y sus etapas, considerando su propósito, objetivo general y específicos, contenidos, metodología de enseñanza, metodología de evaluación, y programa de actividades. Luego de ello, se hizo entrega de los materiales de la intervención, los cuales corresponden al cuadernillo de la intervención telefónica y los mensajes de texto y voz por escrito, en donde se acordó conjuntamente con el profesional un periodo de hasta 7 días para su revisión.

Transcurrido este periodo, el investigador volvió a reunirse con los profesionales mediante entrevista grupal o individual, según disponibilidad, en donde se hizo entrega de un cuestionario autoaplicado el cual fue elaborado en base a los criterios mencionados por Velásquez-Moreno et al⁽⁶¹⁾ para evaluar la intervención en cuanto a sus componentes y contenidos (Anexo 6). Cabe mencionar que este cuestionario estuvo compuesto por 13 preguntas y evaluó aspectos generales de la intervención, el diseño del cuadernillo de la intervención, las sesiones telefónicas y los mensajes de texto y voz.

Los resultados de la aplicación de este cuestionario a los profesionales de salud que participaron de la evaluación de los contenidos y componentes de la intervención telefónica de apoyo al automanejo se detallan en el Anexo 6.

A partir de ellos, se realizaron las modificaciones pertinentes al cuadernillo de la intervención telefónica, realizando la revisión de la coherencia entre el título, meta y contenido de cada sesión. Además, se ajustó a formato estilo carta, aumentando el tamaño de la fuente y enumerando cada página.

Sobre los mensajes de texto o voz de refuerzo, se disminuyó la cantidad de palabras utilizadas manteniendo el sentido de cada frase. Estos fueron revisados y aprobados por un Doctor en Lingüística del Departamento de Español de la Universidad de Concepción.

Una vez que finalizó la evaluación por expertos, se llevó a cabo la convocatoria de los adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner en curación avanzada que conformaron la muestra del estudio de aceptabilidad. Para ello, en el mes de marzo 2023, la dirección del CESFAM Violeta Parra encomendó a los profesionales de enfermería que se encontraban a cargo de realizar curaciones avanzadas de UPD, verificar rigurosamente, durante su horario de trabajo, los criterios de selección de la totalidad de adultos que reciben esta prestación. Una vez verificados e identificados los potenciales adultos participantes, se evaluó el interés de estos en participar del estudio utilizando una guía de invitación (Anexo 7) y un afiche, como medio gráfico alusivo a la

intervención telefónica de apoyo al automanejo, lo que quedó consignado en una hoja de registro en la que se completó con el nombre, número telefónico, día y horario en que el adulto fue contactado por el investigador. Posteriormente, estos datos fueron enviados al investigador mediante correo electrónico por la dirección del CESFAM, quien contactó vía telefónica al adulto con el fin de explicar la intervención telefónica de apoyo al automanejo y coordinar la firma del Consentimiento Informado (Anexo 8) a través de una visita domiciliaria o mediante una entrevista en el CESFAM cuando se le proporcionó la atención habitual de curaciones, explicando detalladamente los objetivos, contenidos a desarrollar y tiempo de duración del estudio.

En el caso de las visitas domiciliarias, se le solicitó al adulto la autorización para que el investigador principal pudiera asistir a su domicilio, con una fecha y hora determinada con el fin de entregar el documento de Consentimiento Informado, frente a lo cual se resguardaron protocolos COVID-19 correspondientes.

- Con todo aquello, el investigador principal procedió a asistir a la dirección proporcionada por el adulto, utilizando todos los elementos de protección resguardando protocolo COVID-19. Al llegar al domicilio se hizo entrega al adulto de dos copias impresas del documento de consentimiento en un sobre plástico previamente sanitizado. El investigador leyó el documento al adulto y respondió a sus dudas.

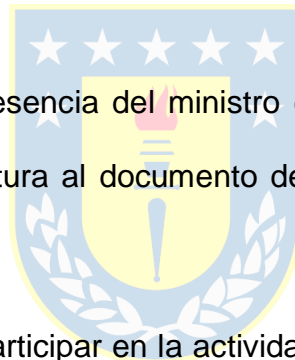
- Si después de la lectura el paciente aceptó participar, este firmó ambas copias del documento de consentimiento informado y devolvió en el mismo acto una copia al investigador mientras que la otra copia quedó en su poder.

Posterior a la firma del documento de consentimiento informado, se gestionó una reunión presencial entre el investigador principal y el ministro de fe. Esta reunión se llevó a cabo en una oficina del CESFAM Violeta Parra, cumpliendo con todas las medidas de protección personal según protocolo COVID-19. Las actividades que se realizaron en este acto fueron las siguientes:

- Se procedió a llamar al teléfono de cada participante uno por uno, usando la función de altavoz del teléfono en la oficina. En dicho acto el ministro de fe procedió a ratificar nombre completo y RUT del adulto. Una vez ratificada la información, le consultó si tenía alguna duda, para finalmente reafirmar su participación en este estudio.
- Cuando el adulto ratificó su participación, entonces ambos (Investigador principal y ministro de fe) firmaron la copia de consentimiento informado. Se agradeció al adulto y se finalizó la llamada.
- Finalmente, se archivó el consentimiento informado y se entregó una copia al adulto cuando acudió a su atención habitual de curaciones.

En caso de la firma de manera presencial cuando el adulto acudió a recibir atención habitual de sus curaciones, se gestionó una reunión conjuntamente con el investigador principal y el ministro de fe. Esta reunión se llevó a cabo en una oficina del CESFAM Violeta Parra, cumpliendo con todas las medidas de protección personal según protocolo COVID-19. Las actividades que se realizaron en este acto fueron las siguientes:

- Para este acto el investigador principal del proyecto imprimió 2 copias del documento, entregando una copia al adulto y quedándose con otra en su poder.
- Posteriormente en presencia del ministro de fe e investigador principal, se procedió a dar lectura al documento de consentimiento informado al adulto.
- En caso de aceptar participar en la actividad del proyecto, el adulto firmó el documento de consentimiento informado.
- En dicho acto, el ministro de fe firmó el documento, así también el investigador principal del proyecto.
- Una copia firmada fue entregada al adulto.
- Finalmente, el investigador principal del proyecto archivó la otra copia de consentimiento informado firmado.



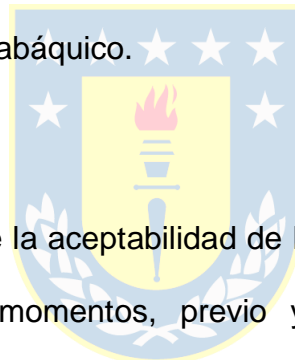
2.5 INSTRUMENTOS Y MEDICIONES

Seguidamente de la firma de ambos consentimientos, se llevó a cabo la aplicación de un cuestionario sociodemográfico elaborado por el investigador a la muestra de adultos diabéticos con úlcera de pie seleccionados (Anexo 9).

Este cuestionario incluyó:

Datos Sociodemográficos

- **Adulto diabético con úlcera de pie:** Incluyó sexo, edad, estado civil, nivel educacional, nacionalidad, años de enfermedad, antecedentes de hipertensión y hábito tabáquico.



Aceptabilidad

En cuanto a la evaluación de la aceptabilidad de la intervención telefónica, esta se llevó a cabo en dos momentos, previo y posterior a su aplicación, considerando solamente la muestra de adultos diabéticos con úlcera de pie seleccionados, lo que se describe a continuación:

Tasas

Previamente se midió:

- **Tasa de interés:** Número de adultos diabético con úlcera de pie que cumplen con criterios de inclusión interesados en participar de la intervención / Número total de adultos diabéticos con úlcera de pie en que cumplieron con criterios de inclusión x 100

Posteriormente se midió:

- **Tasa de asistencia:** Número de adultos diabéticos con úlcera de pie que completaron todas las sesiones de la intervención / Número de adultos diabéticos con úlcera de pie que otorgaron su consentimiento informado x 100
- **Tasa de deserción:** Número de adultos diabéticos con úlcera de pie que se retiraron del estudio / Número de adultos diabéticos con úlcera de pie que otorgaron su consentimiento informado x 100.

Treatment Acceptability and Preference (TAP)

Al finalizar la intervención telefónica de apoyo al automanejo, se aplicó el cuestionario adaptado al español chileno “Treatment Acceptability and Preference (TAP)” elaborado por Sidani⁽⁴⁴⁾ a todos adultos diabéticos con úlcera de pie que completaron estudio de manera presencial mediante una visita domiciliaria cumpliendo con todas las medidas de protección personal según protocolo COVID-19. Las propiedades psicométricas de este cuestionario han sido establecidas en estudios previos⁽⁶²⁻⁶⁴⁾, reportándose una consistencia interna con un alfa de Cronbach > 0,85⁽⁶⁵⁾.

El TAP presenta la descripción de una opción de tratamiento ofrecida dentro del contexto del estudio y los ítems para calificar la aceptabilidad de esta opción. Es una escala con nueve ítems de respuestas en formato tipo Likert que evalúa los componentes de un tratamiento o intervención, siendo estos la

eficacia percibida, idoneidad, riesgos y conveniencia, los que se calificaron en una escala de 5 puntos que va desde nada (0) a mucho (4), considerando que las puntuaciones más altas indicaron que la opción de tratamiento es adecuada, apropiada y eficaz, y los participantes estuvieron dispuestos a adherirse a ella. Las puntuaciones se calcularon como la media de los ítems relativos a la eficacia percibida, idoneidad y conveniencia de los tratamientos; el ítem que mide los riesgos debió ser recodificado para que las calificaciones más altas en todos los ítems reflejaran una percepción favorable del tratamiento⁽⁴⁴⁾.

La traducción del cuestionario al español chileno fue realizada por el investigador siguiendo las orientaciones de Ortiz-Gutierrez et al⁽⁶⁶⁾. La versión en inglés del cuestionario fue traducida al español chileno por 2 traductores titulados de la Universidad de Concepción. Luego fue sometida a juicio por un comité de expertos integrado por un académico de la Universidad de Concepción y una académica de la Universidad Autónoma de Nuevo León de Monterrey, México para realizar el análisis de la terminología de salud. Finalmente, la versión en español chileno fue retro-traducida por 1 hablante nativo de inglés y comparada con la versión original.

Posterior a ello, se llevó a cabo una entrevista cognitiva utilizando la versión final de este cuestionario con el fin de asegurar la comprensión semántica, deseabilidad social, sensibilidad y adecuación de las opciones de respuesta del instrumento utilizando el Modelo Tourangeau⁽⁶⁷⁾ de cuatro etapas:

compresión, recuperación, estimación y ejecución. Se contactaron por el investigador y seleccionaron por conveniencia a 5 adultos en esta etapa, cuyos criterios de selección fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Adulto de 20 años y más.
- Adulto con DM2 en tratamiento.
- Adulto alfabeto.

Criterios de exclusión:

- Adulto con deterioro visual o auditivo

Los adultos que cumplieron con estos criterios firmaron el Consentimiento Informado (Anexo 10) para asegurar su participación en esta etapa del estudio en un día a convenir con el investigador mediante una visita domiciliaria. En esta misma instancia se aplicó la entrevista cognitiva, cumpliendo con todas las medidas de protección personal según protocolo COVID-19.

Los resultados de su aplicación se detallan en el Anexo 11, en donde se da cuenta que, a pesar de existir diferencias en las respuestas obtenidas mediante la aplicación del modelo Tourangeau, los aspectos evaluados por el TAP coincidieron en cuanto a la comprensión semántica, deseabilidad social,

sensibilidad y adecuación de las opciones de respuesta, permitiendo establecer que no se requiere realizar modificaciones para su posterior aplicación.

Es preciso mencionar, que se dispuso de la autorización de la autora para la adaptación y el uso del cuestionario al estudio (Anexo 12), por lo que la versión final de su traducción al español chileno se encuentra disponible en los anexos (Anexo 13).

Finalmente, se presenta un diagrama de flujo que representa las etapas del estudio en cuanto a los adultos diabéticos con úlcera de pie:

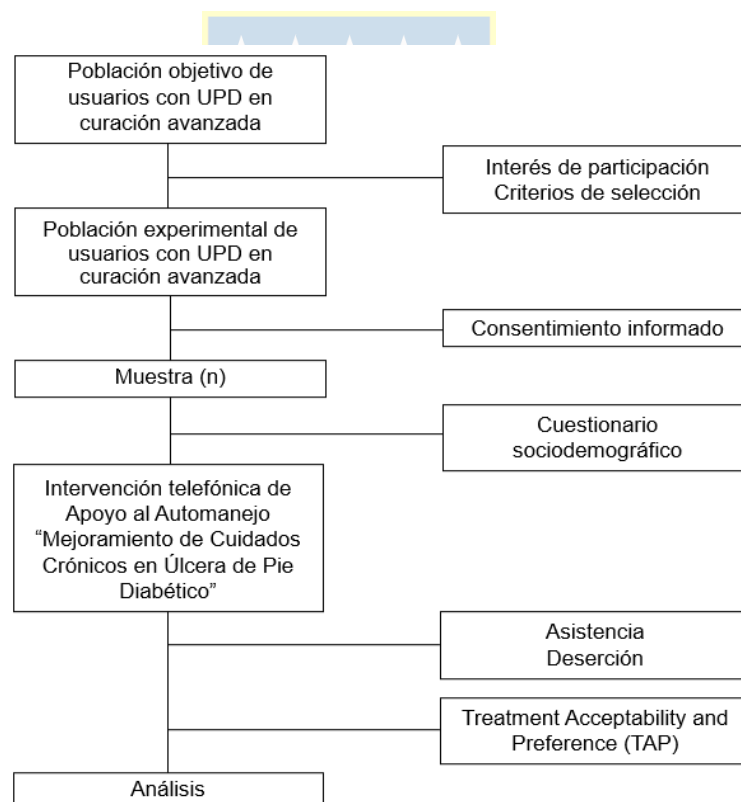


Figura N°5. Etapas del estudio

2.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS (versión 24.0) y una base de datos en Excel 2017.

Tabla N°11. Plan de análisis

OBJETIVO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	PLAN DE ANALISIS
<p>Evaluar la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada dirigida a adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al Centro de Salud Familiar Violeta Parra de la comuna de Chillán.</p>	<p>Describir el perfil sociodemográfico en adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al CESFAM Violeta Parra.</p>	<p>Sexo, edad, estado civil, nivel educacional, nacionalidad, años de enfermedad, antecedente de hipertensión y hábito tabáquico</p>	<p>Análisis estadístico descriptivo Medidas de tendencia central</p>
	<p>Evaluar las tasas de interés, asistencia y deserción.</p>	<p>Aceptabilidad</p>	<p>Análisis estadístico descriptivo. Medidas de frecuencia.</p>

	Evaluar la eficacia percibida	Aceptabilidad	Análisis estadístico descriptivo Medidas de dispersión: rango, desviación estándar e intervalos de confianza.
	Evaluar la idoneidad	Aceptabilidad	Análisis estadístico descriptivo Medidas de dispersión: rango, desviación estándar e intervalos de confianza.
	Evaluar los riesgos	Aceptabilidad	Análisis estadístico descriptivo Medidas de dispersión: rango, desviación estándar e intervalos de confianza.
	Evaluar la conveniencia	Aceptabilidad	Análisis estadístico descriptivo Medidas de dispersión: rango, desviación estándar e intervalos de confianza.



2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Consideraciones éticas: Se consideraron los requisitos éticos que debe contemplar toda investigación según Ezequiel-Emmanuel, junto con la Ley 20.584 de los Derechos y Deberes de los Pacientes, Ley 20.120 sobre la Investigación Científica en Seres Humanos, propuestos por el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile y la Declaración de Helsinki.

En relación a las consideraciones éticas de Ezequiel-Emmanuel^(68, 69):

- **Asociación colaborativa:** Durante el desarrollo del estudio se desarrolló un trabajo coordinado entre CESFAM Violeta Parra y el investigador principal, a fin de permitir el logro de los objetivos de este. Los conocimientos derivados, tienen la posibilidad de ser considerados en la implementación de intervenciones por el profesional de enfermería, no siendo solamente útiles en personas con úlcera de pie, si no también, en la conformación de posibles nuevas intervenciones a nivel sanitario que apunten al manejo de otras condiciones crónicas.

- **Valor:** Los resultados que se obtuvieron a partir del estudio de aceptabilidad, contribuyen a dar respuesta a la necesidad de implementar nuevas intervenciones de enfermería que sean idóneas, convenientes, sin riesgos y eficazmente percibidas por los adultos para el manejo de complicaciones como la UPD, dado el elevado número de amputaciones no

traumáticas asociadas a DM2 y al escaso número de este tipo de estudios encontrados en la literatura a nivel nacional e internacional.

- **Validez científica:** Se consideró que la metodología del estudio es válida y realizable, con un marco referencial que expone la situación actual del problema de salud pública que es la complicación de UPD, con objetivos claros y un diseño planteado de acuerdo a las consideraciones metodológicas que toda investigación científica requiere⁽⁷⁰⁾.

- **Selección equitativa del sujeto:** Los adultos diabéticos con úlcera de pie pertenecientes al CESFAM Violeta Parra de la comuna de Chillán que cumplieron con los criterios de selección, tuvieron la oportunidad de participar en el estudio por igual, considerando el potencial beneficio que este trae consigo, además de conformar una muestra suficiente que permitió el análisis descriptivo.

- **Proporción favorable de riesgo-beneficio:** Se estimó que los riesgos del estudio fueron mínimos, los cuales pudieron estar asociados al desarrollo de las sesiones telefónicas, a la recepción de los mensajes de texto o voz de refuerzo o a la aplicación del cuestionario sociodemográfico y del cuestionario Treatment Acceptability and Preference (TAP) que evaluó la aceptabilidad del estudio en los adultos diabéticos con úlcera de pie. Ambos casos fueron resueltos por el investigador, quien otorgó contención verbal y explicó las preguntas que causaron esta situación.

- **Evaluación independiente:** El estudio fue evaluado por los Comité Ético-Científicos; de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y del Hospital Clínico Herminda Martin del Servicio de Salud de Ñuble, quienes otorgaron garantía de que los derechos de los participantes no fueron vulnerados, así como de velar en que no existieran conflictos de interés que pudieran afectar la veracidad del proyecto de investigación.
- **Consentimiento informado:** Se incluyó en este estudio a todos los participantes que aceptaron libre y voluntariamente participar en este proyecto de investigación, cautelando la confidencialidad y anonimato de sus datos a través del consentimiento informado.
- **Respeto a los participantes:** El respeto a los participantes es un requisito que estuvo presente en todo el periodo en que se llevó a cabo el proyecto de investigación, lo que incluyó mantener la confidencialidad de sus datos, la libertad de retirarse de la investigación cuando lo estimaron conveniente y ser informados de los resultados obtenidos.

En relación a la Ley 20.584 y 20.120^(71,72):

Se consideró durante todo el periodo que duró la intervención telefónica de apoyo al automanejo, los derechos y deberes del paciente establecidos por el

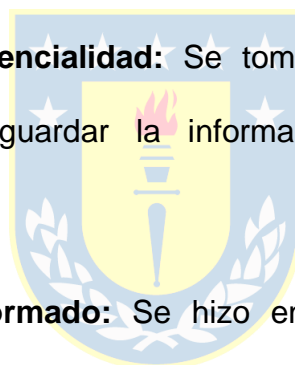
Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, principalmente lo referido en el Artículo 21 del Párrafo 7, el que establece que “toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica en los términos de la ley N° 20.120. Su expresión de voluntad deberá ser previa, expresa, libre, informada, personal y constar por escrito. En ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en su atención ni menos sanción alguna”, lo que se ejecutó mediante la entrega del consentimiento informado que incorporó la totalidad de los aspectos desarrollados durante el estudio que debieron ser informados a los participantes, el cual fue elaborado por el investigador, lo que aseguró cumplimiento de lo establecido por estas leyes.

En relación a la Declaración de Helsinki⁽⁷³⁾:

Se consideró durante todo el periodo que duró de la intervención telefónica de apoyo al automanejo lo establecido por esta declaración, respecto a:

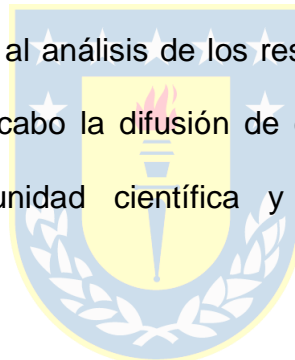
- **Riesgos, costos y beneficios:** Se veló en todo momento que la magnitud del beneficio del estudio fuera mayor a los posibles riesgos que pudieron desencadenarse durante el estudio.
- **Grupos vulnerables y personas:** No se hizo uso de las condiciones socioeconómicas de los participantes en beneficio del estudio, lo que disminuyó la posibilidad de sufrir algún tipo de daño.

- **Requisitos científicos y protocolos de investigación:** Se hizo uso de toda la evidencia bibliográfica disponible para elaborar la metodología del estudio y justificar su desarrollo.
- **Comité de ética de investigación:** Se hizo partícipe de los comités de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción y del Hospital Clínico Herminda Martín del Servicio de Salud de Ñuble, con el fin de evaluar minuciosamente la veracidad del estudio.
- **Privacidad y confidencialidad:** Se tomaron todas las precauciones necesarias para resguardar la información proporcionada por los participantes.
- **Consentimiento informado:** Se hizo entrega de un consentimiento informado que detalló todo el proceso de investigación a realizar, el cual garantizó la participación voluntaria y el derecho a retirarse del estudio cuando así lo deseara el participante.
- **Uso del placebo:** Se llevó a cabo el estudio de la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo dirigida a adultos diabéticos con úlcera de pie, considerando que la revisión de la literatura da cuenta de escasos estudios similares que pudieron otorgar información necesaria para responder a la pregunta de investigación



planteada y que advirtieran en su totalidad sobre la idoneidad, conveniencia, riesgos, y eficacia percibida de llevarla a cabo.

- **Estipulaciones post ensayo:** Se consideró que los resultados obtenidos a partir del estudio de aceptabilidad dieran lugar a que la intervención telefónica de apoyo al automanejo se convierta posteriormente en una herramienta de apoyo en adultos diabéticos con úlcera de pie replicable por los Centros de Salud.
- **Inscripción y publicación de la investigación y difusión de los resultados:** Posterior al análisis de los resultados obtenidos a partir del estudio, se llevará a cabo la difusión de estos, con la finalidad de ser útiles para la comunidad científica y para los profesionales de enfermería.
- **Intervenciones no probadas en la práctica clínica:** Se consideró en todo momento la opinión de expertos respecto al desarrollo del estudio, con el fin de asegurar su seguridad, lo que fue evaluado previa y posteriormente a su ejecución, con el fin de poner a disposición los resultados obtenidos.



3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de las variables del estudio:

3.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Considerando un tamaño de muestra de 12 adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner en curación avanzada, se observó una media de edad de 62,7 años (DE 11,2), de los cuales un 58,3% fueron hombres. En cuanto al estado civil declarado, un 50% de los adultos están casados/as, mientras que, en relación al nivel educacional, un 75% completó al menos la enseñanza escolar básica.

Tabla N°12. Caracterización de la muestra según antecedentes biodemográficos y de salud, CESFAM Violeta Parra, 2023.

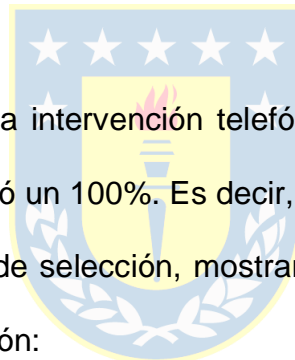
Variable		n	%
Sexo	Masculino	7	58,3
	Femenino	5	41,7
Edad	45 a 64 años	6	50,0
	65 a 77 años	6	50,0
Estado civil	Casado/a	6	50,0
	Soltero/a	2	16,7
	Divorciado/a	2	16,7
	Viudo/a	2	16,7
Nivel educacional	Básica incompleta	3	25,0
	Media incompleta	2	16,7
	Media completa	3	25,0
	Superior incompleta	1	8,3
	Superior completa	3	25,0
Antecedente de hipertensión	Si	10	83,3
	No	2	16,7
Antecedente de tabaquismo	Si	2	16,7
	No	10	83,3

Respecto a los antecedentes de salud, la totalidad de los adultos se encontraba en tratamiento por DM2, con una media de 14,2 años de enfermedad (DE 5,7) cuyo mínimo fue de 5 y máximo de 20 años. Junto con ello, un 83,3% declaró ser hipertenso/a, mientras que un 16,7% declaró ser fumador/a.

3.2. ACEPTABILIDAD

La aceptabilidad es la actitud que poseen los participantes frente a una intervención, teniendo en cuenta sus contenidos y componentes, evaluando a su vez la eficacia, idoneidad, riesgos y conveniencia, antes y después de participar en ella.

Por ello, previo al inicio de la intervención telefónica desarrollada, se midió la tasa de interés la cual alcanzó un 100%. Es decir, la totalidad de los adultos que cumplieron con los criterios de selección, mostraron su interés en participar, lo cual se describe a continuación:



$$\frac{12 \text{ adultos diabéticos con úlcera de pie que cumplen criterios de inclusión interesados}}{12 \text{ adultos diabéticos con úlcera de pie que cumplen con criterio de inclusión}} \times 100 = 100\%$$

Una vez finalizada la intervención telefónica, se midió la tasa de asistencia y la tasa de deserción, las que se describen a continuación:

$$\frac{10 \text{ adultos diabéticos con úlcera de pie que completaron todas las sesiones de la intervención}}{12 \text{ adultos diabéticos con úlcera de pie que otorgaron su consentimiento informado}} \times 100 = 83,3\%$$

$$\frac{2 \text{ adultos diabéticos con úlcera de pie que se retiraron del estudio}}{12 \text{ adultos diabéticos con úlcera de pie que otorgaron su consentimiento informado}} \times 100 = 16,7\%$$

De acuerdo con lo anterior, la tasa de asistencia fue de un 83,3%, es decir 10 participantes participaron en las 6 sesiones telefónicas. La tasa de deserción fue de un 16,7%. Respecto a las causas de deserción, uno de los participantes se retiró del estudio por motivos personales en la semana número 1, mientras que otro se retiró por hospitalización prolongada durante la ejecución de la intervención en la semana 3.

Juntamente con ello se evaluó la aceptabilidad de la intervención telefónica de apoyo al automanejo. Los resultados de la aplicación de este cuestionario se presentan a continuación:

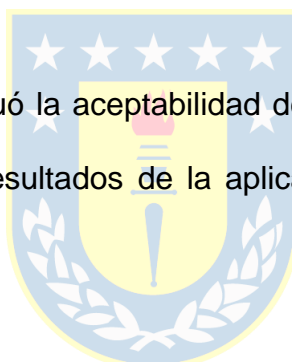


Tabla N°13. Aceptabilidad según los participantes de la intervención (n=10), CESFAM Violeta Parra, 2023.

Eficacia percibida de la intervención		n (%)	Media	DE
¿Qué tan efectiva será esta intervención a corto plazo para mejorar su problema de salud?	Nada efectivo	0 (0%)	3,7	0,5
	Algo efectivo	0 (0%)		
	Efectivo	0 (0%)		
	Muy efectivo	3 (30%)		
	Totalmente efectivo	7 (70%)		
¿Qué tan efectiva será esta intervención a largo plazo para mejorar su problema de salud?	Nada efectivo	0 (0%)	3,1	1,0
	Algo efectivo	1 (10%)		
	Efectivo	1 (10%)		
	Muy efectivo	4 (40%)		
	Totalmente efectivo	4 (40%)		

Como resultado de su problema de salud ¿qué tan efectiva será esta intervención para reducir la fatiga que experimenta durante el día?	Nada efectivo	0 (0%)	3,4	0,8
	Algo efectivo	0 (0%)		
	Efectivo	2 (20%)		
	Muy efectivo	2 (20%)		
	Totalmente efectivo	6 (60%)		
Según su opinión ¿qué tan efectiva cree usted será esta intervención para mejorar su capacidad para realizar sus actividades diarias habituales?	Nada efectivo	0 (0%)	3,5	0,7
	Algo efectivo	0 (0%)		
	Efectivo	1 (10%)		
	Muy efectivo	4 (40%)		
	Totalmente efectivo	5 (50%)		
Idoneidad de la intervención				
¿Qué tan aceptable le parece esta intervención?	Nada aceptable	0 (0%)	3,5	0,8
	Algo aceptable	0 (0%)		
	Aceptable	2 (20%)		
	Muy aceptable	1 (10%)		
	Totalmente aceptable	7 (70%)		
¿Qué tan apropiada parece ser esta intervención para su problema de salud?	Nada apropiado	0 (0%)	3,2	0,8
	Algo apropiado	0 (0%)		
	Apropiado	2 (20%)		
	Muy apropiado	4 (40%)		
	Totalmente apropiado	4 (40%)		
Riesgos de la intervención				
Según su opinión ¿qué tan malos son los efectos secundarios de esta intervención?	Nada malos	10 (100%)	4,0	0,0
	Algo malos	0 (0%)		
	Malos	0 (0%)		
	Muy malos	0 (0%)		
	Totalmente malos	0 (0%)		
Conveniencia de la intervención				
Según su opinión ¿qué tan fácil será realizar todas las actividades de esta intervención?	Nada fácil	0 (0%)	2,6	1,1
	Un poco fácil	1 (10%)		
	Fácil	5 (50%)		
	Muy fácil	1 (10%)		
	Totalmente fácil	3 (30%)		
¿Qué tan dispuesto/a está para cumplir esta intervención?	Nada dispuesto	0 (0%)	3,4	1,1
	Algo dispuesto	1 (10%)		
	Dispuesto	1 (10%)		
	Muy dispuesto	1 (10%)		
	Totalmente dispuesto	7 (70%)		

De acuerdo con los resultados obtenidos, la eficacia percibida de la intervención telefónica se calificó por los participantes como “muy efectiva” y “totalmente efectiva”, alcanzando una frecuencia entre un 80 y 100% de las respuestas, con una media de 3,4 (DE 0,6) para este ítem. Esto da cuenta que la intervención fue percibida útil por los participantes para mejorar el funcionamiento general y

su problema de salud. No obstante, dentro de las cuatro preguntas realizadas, solo aquella relacionada con la eficacia a largo plazo obtuvo una respuesta “algo efectivo”, lo que indica que un participante de la intervención considera que dejaría de ser efectiva a medida que transcurre el tiempo.

Sobre la idoneidad de la intervención telefónica, fue calificada por los participantes como “muy aceptable” y “totalmente aceptable” alcanzando una frecuencia de un 80% de las respuestas con una media de 3,5 (DE 0,8). Así mismo, se estima como “muy apropiada” y “totalmente apropiada”, alcanzando la misma frecuencia de respuestas con una media de 3,2 (DE 0,8), lo que indica que los participantes consideran que la intervención es adecuada y aborda su problema de salud.

Respecto a los riesgos de la intervención telefónica, estos fueron calificados por la totalidad de los participantes como “nada malos”, con una media de 4,0 (DE 0,0), lo que indica que, según su experiencia, no existen efectos adversos relacionados con los componentes o contenidos de la intervención telefónica.

Finalmente, en cuanto a la conveniencia de la intervención telefónica, hubo diferencias en su calificación en relación con la facilidad de las actividades, en donde un 60% de las respuestas la calificaron “algo fácil” o “fácil” con una media de 2,6 (DE 1.1). Sin embargo, en relación con la disposición para cumplir con las actividades, los participantes indicaron estar “muy dispuestos” y “totalmente dispuestos”, alcanzando una frecuencia de un 80% de las

respuestas con una media de 3,4 (DE 1,1), lo que indica que la intervención es fácil de aplicar y cumplir.



4. DISCUSIÓN

En la primera parte de este apartado, se discutirán algunos aspectos relacionados con el diseño de la intervención telefónica junto con las bases teóricas y conceptuales que permitieron su desarrollo. Luego se presentará la discusión de los resultados descriptivos de los adultos que participaron en el estudio en cuanto a su perfil sociodemográfico y de salud, para finalizar con los resultados de la intervención telefónica analizando su aceptabilidad en base a las tasas de interés, asistencia, deserción y la eficacia percibida, idoneidad, riesgos y conveniencia, sesiones telefónicas y mensajes de texto o voz de refuerzo.

4.1 DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO

El diseño de la intervención telefónica fue un proceso que estuvo determinado por la elección de un marco teórico y conceptual ampliamente utilizado en el cuidado de las condiciones crónicas⁽⁷⁴⁾, el cual corresponde al MCC y al Modelo de las 5 Aes, lo que permitió identificar, comprender y abordar el problema de salud seleccionado para este estudio. Esto coincide con lo mencionado por Kristen et al⁽⁷⁵⁾, quienes refieren que el uso de un marco teórico y conceptual relevante contribuye positivamente en el diseño de una intervención, ya que a partir de este se superan las barreras que condicionan los comportamientos en

salud.

En base a ello, el MCC propone que el manejo de las condiciones crónicas se debe llevar a cabo a partir de las interacciones que se producen entre la comunidad, el sistema de salud y las personas⁽⁹⁾ de manera que estas últimas se conviertan en agentes activos en el manejo de su condición crónica con el apoyo de un equipo de salud proactivo e interesado, con el fin de generar cambios en su conducta y alcanzar mejores resultados clínicos^(22,37,74).

Por esta razón, el MCC fue seleccionado ya que proporcionó elementos teóricos relevantes en el diseño de la intervención telefónica, como el diseño del sistema de atención, el cual fundamenta el cambio en la manera en que se entrega la atención de salud, ampliando la mirada tradicional de organizar las prestaciones a otras alternativas innovadoras, y el apoyo al automanejo, cuya finalidad es generar un cambio en el comportamiento frente al control las condiciones crónicas, que en el presente estudio, corresponde a la DM2 y la complicación de UPD⁽²⁹⁾, similar a lo desarrollado por una intervención llevada a cabo en China⁽⁷⁶⁾ que utilizó el MCC para otorgar atención en personas con DM2 con el fin de evaluar su efectividad, obteniendo un mejor control metabólico y cambios en los hábitos de alimentación, consumo de alcohol y actividad física.

Considerando lo anterior, es importante resaltar el rol que cumplió el MCC y los componentes señalados para este estudio, ya que a través de la motivación y la

confianza que desarrollaron los adultos para utilizar sus conocimientos, capacidades, habilidades y aptitudes guiado por el acompañamiento continuo del investigador vía telefónica, refirieron percibir un cambio del punto de vista que tenían de la DM2 y la UPD, pasando de ser receptores pasivos a agentes activos en el manejo de su condición crónica, lo que coincide según lo mencionado por Lagos et al⁽⁷⁷⁾ quienes refieren que el objetivo de este modelo apunta precisamente a generar este cambio mediante la capacitación al usuario y a los equipos de salud, permitiendo orientar la forma de cómo organizar la atención, de manera que se puedan medir los resultados esperados.

Este proceso no podría haberse desarrollado sin el complemento que otorgó el Modelo de las 5 Aes, considerado una estrategia para el asesoramiento que se aplica con el fin de generar cambios de comportamiento en salud⁽⁷⁸⁾ el cual ha sido recomendado y ampliamente utilizado en intervenciones relacionadas con el cese del hábito tabáquico^(79,80), extendiéndose su uso a la atención de la DM2^(77,81).

Para efectos de este estudio, el Modelo de las 5 Aes contribuyó en el diseño de las sesiones telefónicas convirtiéndose en una guía al momento de llevarlas a cabo, permitiendo “averiguar” los conocimientos previos de los participantes sobre la DM2 y UPD, “aconsejar” con el fin de promover cambios, “acordar” compromisos considerando las preferencias de los participantes, “asistir” frente a situaciones relacionadas con el proceso de curación de la UPD y “arreglar”

mediante la toma de decisiones en base al objetivo establecido en cada sesión.

Otro aspecto relevante en este proceso fue el concepto de aceptabilidad, definido como un constructo que refleja la medida en que las personas que participan en una intervención la consideran adecuada, basado en las respuestas cognitivas experimentadas⁽²³⁾, ya que según lo propuesto por Sekhon et al⁽⁴³⁾ es clave en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones en salud. Bajo esa línea y para dar cumplimiento a lo mencionado anteriormente, previo al inicio de la intervención telefónica se llevó a cabo un trabajo colaborativo entre diferentes profesionales de salud con trayectoria en el abordaje de adultos con UPD, quienes participaron en el codiseño de los componentes y contenidos desde su área disciplinar, debido a la experiencia clínica con adultos de similares características a la muestra de este estudio, lo que concuerda con un estudio desarrollado por Varsi et al⁽⁸²⁾ quienes señalan que las experiencias, actitudes y sugerencias de los profesionales de salud frente a los componentes y contenidos, contribuyen en el diseño exitoso de intervenciones digitales.

Esta estrategia, de incorporar a las partes interesadas, aseguró que el diseño de la intervención telefónica diera respuesta a las necesidades de los participantes, ya que fue posible perfeccionar las sesiones telefónicas y los mensajes de texto de voz o refuerzo entregados, tal como lo llevaron a cabo estudios desarrollados en Estados Unidos y Australia^(60,83), demostrando que al

utilizar esta estrategia, es posible obtener como resultado una intervención más intuitiva, con elementos comprensibles y atractivos que generen cambios de comportamiento basados en el apoyo al automanejo.

Por último, la incorporación de las TICS en este proceso resultó beneficioso, al propiciar el acceso a la información y la atención por un profesional de enfermería de manera remota con el fin de promover el apoyo al automanejo en el cuidado de la UPD, haciendo uso del teléfono móvil inteligente, convirtiéndose en un recurso útil, accesible y de bajo costo para optimizar el manejo de esta complicación, posibilitando todo el desarrollo de la intervención.

4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD

El perfil de los participantes fue hombres adultos con una media de 62,7 años, casados y con, al menos, educación básica completa, similar a otras intervenciones que utilizaron las TICS para favorecer el control metabólico de la DM2 realizadas en Noruega^(84,85) y Australia⁽⁸⁶⁾, cuyo uso del teléfono móvil fue imprescindible para abordar temas como medición de glucosa en sangre, medicación, adherencia, actividad física y dieta a través de llamados telefónicos y mensajería de texto, al igual que en el presente estudio. Este antecedente da cuenta que la edad y contar solo con educación básica completa no constituirían una barrera y/o limitación para participar en intervenciones que incorporen el uso del teléfono móvil.

Respecto a los antecedentes de HTA y tabaquismo de los participantes, se puede determinar que la DM2 se asocia con mayor frecuencia a la HTA, a diferencia del hábito tabáquico que no suele ser tan habitual, tal como se describe en otras intervenciones realizadas en Corea del Sur⁽⁸⁷⁾ y Finlandia⁽⁸⁸⁾, en donde más del 60% de los participantes presentaron ambas condiciones crónicas, sugiriendo que su abordaje podría realizarse conjuntamente, con el fin de buscar mejorar el control glucémico y disminuir los niveles de presión arterial de forma simultánea.

Finalmente, en relación con los años de enfermedad, en este estudio los participantes registraron una media de 14,2 años viviendo con DM2 desde su diagnóstico, similar a lo reportado por otras intervenciones realizadas en China⁽⁸⁹⁾ y Corea del Sur⁽⁹⁰⁾, en donde se obtuvo como resultado primario la disminución de la HbA1c. Estos resultados permiten evidenciar que a pesar de los años con DM2 diagnosticada, la participación en intervenciones que incorporan el uso de las TICS en su ejecución favorece el control glucémico, viéndose reflejado en los valores de HbA1c y glicemia.

4.3 ACEPTABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO

Tal como se mencionó en el marco teórico, la aceptabilidad es la actitud que poseen las personas frente a un tratamiento, que en este caso corresponde a la intervención telefónica y que puede ser evaluada antes, durante o después de

su ejecución⁽⁴³⁾. La tasa de interés para participar en la intervención telefónica de este estudio, coincide con otras intervenciones que evaluaron la aceptabilidad del envío de mensajes de texto y el uso de plataformas web en personas con DM2 llevadas a cabo en Australia^(86,91), en donde también se evidenció un alto interés de participación por parte de las personas a pesar de no cumplir con los criterios de selección, lo que deja entrever la necesidad por parte de ellas, de que se lleven a cabo intervenciones enfocadas en la DM2 en los centros de salud.

En cuanto a la tasa de asistencia, se evidenciaron diferencias con otro estudio similar desarrollado en Suecia⁽⁹²⁾ que evaluó la aceptabilidad de coaching telefónico en personas con DM2, en donde la asistencia a todas las sesiones alcanzó un 75%, lo que podría estar relacionado con un mayor número de sesiones telefónicas desarrolladas en un periodo más extenso que al del presente estudio, a diferencia del presente estudio que se desarrolló durante un período de tiempo más acotado. Por último, la tasa de deserción de las sesiones telefónicas es diferente a los resultados de una intervención que evaluó la aceptabilidad de una aplicación telefónica en personas con DM2 desarrollada en Singapur⁽⁹³⁾ en donde solo se reportó una deserción del 12%.

Respecto a la aplicación del TAP, los resultados concluyeron que la intervención telefónica fue considerada aceptable por los participantes, similar a lo reportado por otros estudios, que a pesar de no abordar la DM2 y sus

complicaciones como en el presente estudio, lo utilizaron para evaluar la aceptabilidad de intervenciones o tratamientos relacionados con otros problemas de salud, tales como terapias conductuales para el insomnio crónico⁽⁹⁴⁾, soledad en personas mayores con demencia⁽⁹⁵⁾ y tratamientos en personas con condiciones comunes de salud mental⁽⁹⁶⁾, en donde se obtuvieron resultados favorables.

En relación a los componentes de la aceptabilidad evaluados por el TAP, la eficacia percibida obtuvo puntuaciones con una media cercana al máximo, dando cuenta que la intervención fue considerada muy efectiva por los participantes, reduciendo la fatiga o el cansancio experimentado a causa de la DM2. Asimismo, la idoneidad también reportó puntuaciones con medias cercanas al máximo, asegurando que la intervención fue aceptable y apropiada para los participantes, al igual que la conveniencia en cuanto a la disposición para cumplir con la intervención, con una media cercana al máximo.

Respecto a la facilidad para realizar todas las actividades de la intervención, podría ser necesario analizar la complejidad que tendría la ejecución de las sesiones telefónicas considerando aspectos como su duración y periodicidad, o en cuanto a los temas tratados, tareas y compromisos por cumplir.

Estos tres aspectos son concordantes con otros estudios desarrollados en Canadá^(95,97) que también evaluaron la aceptabilidad de intervenciones mediante la aplicación del TAP en situaciones relacionadas con salud mental en

personas con características diferentes. La razón de esta similitud podría deberse a que al igual que en el presente estudio, el diseño de las intervenciones consideró las necesidades y requisitos de los pacientes.

Finalmente, los riesgos basados en los efectos negativos de la intervención fueron percibidos por la totalidad de los participantes como “nada malos”, lo que confirma que todo el desarrollo de la intervención fue un proceso seguro sin reacciones o efectos secundarios conocidos⁽⁹⁸⁾.

Basado en lo anterior, es importante resaltar el rol que cumplió el TAP en este estudio, ya que permitió la evaluación de componentes que toda intervención en salud debe tener para ser considerada altamente aceptable antes de medir su eficacia, según lo mencionado por Sidani⁽²³⁾. A pesar de que la evaluación de la aceptabilidad se puede efectuar mediante la aplicación de otros cuestionarios tal como se mencionó en el marco teórico, su elección para este estudio se debe a que el contenido del TAP es consistente en la medición de las preferencias de los tratamientos.

4.4 DESARROLLO DE LAS SESIONES TELEFÓNICAS Y MENSAJES DE TEXTO O VOZ DE REFUERZO

Las sesiones telefónicas se realizaron en un horario a convenir con cada participante, disponiendo mayoritariamente de la tarde debido a las actividades domésticas y laborales llevadas a cabo durante la mañana. A pesar de la

coordinación previa sobre el día y horario del llamado, en algunas ocasiones las sesiones tuvieron que ser reagendadas porque los participantes la olvidaron o por situaciones extraordinarias como hospitalizaciones y dificultades familiares. Esto indica que una intervención telefónica podría requerir de un recordatorio que permita alertar anticipadamente a los participantes sobre la sesión agendada, de tal manera que, frente a una inasistencia, estos puedan comunicarse con el profesional encargado, lo que coincide con los resultados de un estudio desarrollado en Perú⁽⁹⁹⁾.

Respecto a su duración, se programó que la duración de cada sesión fuera de 15 minutos, según la media de duración reportada por otras intervenciones^(100, 101), sin embargo, en algunas ocasiones se extendieron a 20 minutos o más, por dudas y/o consultas de algunos participantes, específicamente con aspectos relacionados al proceso de curación de la UPD, lo que refleja una limitación en existente en Chile, relacionada con los rendimientos de la atención en salud, que impide abordar completamente inquietudes que finalmente no son resueltas⁽¹⁰²⁾.

Los contenidos abordados en las sesiones telefónicas fueron seleccionados en base a las tres áreas que toda intervención de apoyo al automanejo debe incorporar, siendo estas la enfermedad, medicinas y manejo de la salud, manejo del rol y manejo emocional, considerando a su vez las experiencias obtenidas de otras intervenciones telefónicas^(84,103). De acuerdo a ello y según

lo referido en la última sesión de cierre por los participantes, los contenidos reforzaron aquellos conocimientos en temas débilmente tratados o desconocidos, siendo algunos de estos las generalidades sobre la enfermedad, adherencia terapéutica, dieta, ejercicio físico y cuidado de los pies.

Finalmente, en cuanto a los mensajes de texto o voz de refuerzo, se destaca su utilidad como una herramienta disponible y factible de utilizar en el cuidado de la DM2⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾. Se verificó su recepción por los participantes en la entrevista final junto con la aplicación del TAP, en donde la totalidad de estos afirmó haberlos recibido y leído. No obstante, durante este proceso se vio la necesidad por parte del investigador, de establecer un método de retroalimentación que permitiera comprobar si fueron recibidos, tal como lo llevó a cabo una intervención de mensajería de texto para personas con DM2 desarrollada en Estados Unidos, en donde los investigadores verificaron mediante llamados telefónicos la recepción de cada mensaje enviado⁽¹⁰⁷⁾.

5. CONCLUSIONES

En relación al presente estudio, se concluye:

Respecto al perfil sociodemográfico y de salud:

Los participantes de este estudio fueron principalmente hombres con un promedio de 62,7 años, casados, con al menos educación básica completa, hipertensos, no fumadores, y con un promedio de 14,2 años con DM2.

Respecto al cálculo de las tasas:

Se observó que los adultos diabéticos con UPD manifestaron un alto interés en participar de la intervención telefónica. No obstante, debido a las características de su condición y a otros factores externos, su asistencia se vio afectada, generando finalmente la deserción por parte de algunos de ellos.

Respecto a la eficacia percibida:

Los participantes consideraron útil la intervención telefónica para abordar su problema de salud en un corto y largo plazo, aumentando la capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias de manera efectiva y sin limitaciones.

Respecto a la idoneidad:

Los participantes consideraron lógica, razonable y adecuada la intervención telefónica para abordar su problema de salud.

Respecto a los riesgos:

Los participantes consideraron que no existen efectos secundarios o molestias asociadas a la intervención telefónica.

Respecto a la conveniencia:

Los participantes consideraron que las actividades de la intervención telefónica son fáciles de aplicar y cumplir en la vida diaria.

En síntesis, los hallazgos de este estudio permiten confirmar que la intervención telefónica de apoyo al automanejo desarrollada fue considerada muy aceptable por los participantes en cuanto a su eficacia, idoneidad, riesgos y conveniencia, dando cuenta que los estudios que evalúan previamente la aceptabilidad de una intervención podrían anticipar la obtención de resultados favorables en su posterior ejecución.

Además, su contribución a la disciplina es relevante, ya que da cuenta del valioso aporte de los estudios de aceptabilidad al diseño y desarrollo de las intervenciones de enfermería, fortaleciendo el conocimiento existente y fomentando el interés para desarrollar nuevas investigaciones con el fin de perfeccionar el cuidado.

6. LIMITACIONES

El desarrollo de la investigación dio respuesta a los objetivos establecidos, sin embargo, debe destacarse lo siguiente:

Inicialmente, una de las limitaciones de este estudio estuvo relacionada con la participación de los profesionales de salud que evaluaron los contenidos y componentes de la intervención telefónica, dado que, por licencias médicas o permisos administrativos imprevistos, se generó un retraso en esta etapa.

En cuanto al tamaño de la muestra, se reconoce el carácter intencionado de la selección de los participantes del estudio, lo que, a pesar de estar determinado por los criterios de inclusión y exclusión, dio como resultado un número pequeño considerando el porcentaje de pérdida.

Por otra parte, existe un posible sesgo asociado al uso del teléfono móvil, ya que ello implica acceder a una submuestra de la población que es competente en el uso de esta tecnología, dejando excluido a personas que también podrían requerir de una intervención de estas características.

Otra de las limitaciones fueron los antecedentes clínicos de los participantes, ya que al tener una complicación de la DM2 relativamente compleja asociada a otras comorbilidades, conllevó a que tres de ellos fueran hospitalizados

interrumpiendo la continuidad de las sesiones telefónicas, provocando finalmente la deserción de solo de uno de estos.

Por último y no menos importante, el contexto sociosanitario generado por la pandemia del COVID-19 incidió en la modificación de la metodología del proyecto, pasando de ser una intervención presencial a telefónica, extendiendo los plazos para su ejecución.



7. SUGERENCIAS

Frente a los resultados presentados es necesario brindar recomendaciones para el desarrollo de futuras investigaciones:

Basado en la experiencia de este estudio, se sugiere extender el desarrollo de intervenciones telefónicas de apoyo al automanejo a otras condiciones crónicas concomitantes como la HTA, asma y cáncer o inclusive, al cuidado de necesidades especiales de salud como la dependencia severa.

Además, se debe considerar el uso de aplicaciones móviles de comunicación instantánea como WhatsApp u otra, como recursos disponibles y ampliamente utilizados para la ejecución de estudios similares en los que se requiera establecer contacto directo con los participantes.

Junto con ello, es necesario incorporar en el plan de trabajo un periodo de seguimiento a todos los participantes, con el fin de garantizar el cumplimiento de los compromisos adquiridos en cada sesión telefónica y el cambio de comportamiento.

Finalmente, se sugiere continuar con la utilización del cuestionario TAP en su versión adaptada al español chileno para evaluar sus propiedades psicométricas a fin de disponer de un instrumento válido y confiable que permita

medir la aceptabilidad de otras intervenciones, programas o estrategias educativas en salud antes de ser implementadas.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 16 de septiembre 2022 [citado 19 Agosto 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- 2) Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordoñez AM, Petermann-Rocha F, Celis-Morales C. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? Carta al editor. Rev. méd. Chile [Internet]. 2021 [citado 19 Agosto 2023]; 149(1). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000100149

- 3) Organización Panamericana de la Salud. Detener la epidemia mundial de las enfermedades crónicas. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2006 [citado 20 Mayo 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006.pdf>

- 4) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 20 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

5) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile [Internet]. Santiago de Chile; 2020. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Defunciones y Mortalidad por capítulo CIE-10 de causa básica de defunción y año, según región de residencia y sexo; [citado 20 Marzo 2022]; Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F4013de47-a3c2-47b8-8547-075525e4f819§ionIndex=0&sso_quest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

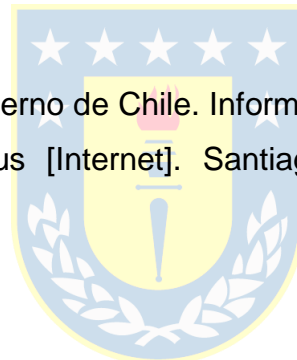
6) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2018 [citado 20 Mayo 2018] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

7) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2022 [citado 20 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>

8) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile de Chile. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2017 [citado 20 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2017/09/Programa-de-salud-cardiovascular.-MINSAL-Chile-2017.pdf>

9) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2015 [citado 23 Mayo 2018]; 7-9. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/modelo-de-atencion-para-personas-con-enfermedades-cronicas-minsal-chile-2015>

10) International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 10th Edition [Internet]. Bruselas, Bélgica: IDF; 2021 [citado 20 Marzo 2022]; 90. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf



11) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Diabetes Mellitus [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2017 [citado 23 Mayo 2018]

12) González H, Mosquera A, Luana M, Perdomo E, Quintana M. Clasificaciones del pie diabético. Un problema no resuelto. Gerokomos [Internet]. 2012 [citado 24 Mayo 2018]; 23(2): 75–87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200006

13) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientación Técnica Manejo Integral del pie diabético [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2018 [citado 02 Junio 2018]. Disponible en: <https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp->

[content/uploads/2019/07/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Manejo-integral-del-pie-diab%C3%A9tico.-MINSAL-Chile-2018..pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Manejo-integral-del-pie-diab%C3%A9tico.-MINSAL-Chile-2018..pdf)

14) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Decreto N°72: Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2022 [citado 02 Marzo 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Decreto-72.pdf>

15) Talaya Navarro E, Tarraga Marcos L, Madrona Marcos F, Romero de Avila JM, Tárraga López PJ. Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. JONNPR. [Internet]. 2022 [citado 02 Junio 2023]; 7(2): 235 – 65 Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v7n2/2529-850X-jonnpr-7-02-235.pdf>

16) Souza M, Damasceno M, Pinheiro A, Carvalho A, Holanda V, Grupo de Estudos em Enfermagem na Promoção da Saúde. Intervenciones de enfermería utilizadas para prevención del pie diabético. Evidentia [Internet]. 2013 [citado 02 Junio 2018]; 10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev8006e.php>

17) Jiménez L. Tratamiento de úlceras en el pie diabético. Revisión. Rev. Int. Cienc. Podol [Internet]. 2017 [citado 02 Junio 2018]; 11(2): 137-147. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/viewFile/56030/50729>

18) Adib-hajbaghery M, Alinaqipoor T. Comparing the Effects of Two Teaching Methods on Healing of Diabetic Foot Ulcer. J Caring Sci [Internet]. 2012 [citado 19 Julio 2018]; 1(1):17–24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166688/>

19) Pereira O, Palay M, Frómeta V, Neyra R. Efectividad de un programa educativo en pacientes con pie diabético de riesgo. MEDISAN [Internet]. 2015 [citado 19 Julio 2018]; 19(1): 69. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100011

20) Bahador R, Afrazandeh S, Ghanbarzahi N, Ebrahimi M. The Impact of Three-month Training Programme on Foot Care and Self-efficacy of Patients with Diabetic Foot Ulcers. J Clin Diagn Res [Internet]. 2017 [citado 19 Julio 2018]; 11(7): 1–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5583946/>

21) Eraydin S, Avsar G. The Effect of Foot Exercises on Wound Healing in Type 2 Diabetic Patients With a Foot Ulcer. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2017 [citado 03 Agosto 2018]; 00(0):1-8. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00152192-201803000-00004>

22) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre los usuarios y equipo de salud [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2016 [citado 03 Agosto 2018]. Disponible

en: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles_2016_-version-impresa-1.pdf

23) Sidani S, Jo Braden C. Nursing and Health Interventions. Design, Evaluation, and Implementation. 2th edition. USA; 2021.

24) Gitlin L, Czaja S. Behavioral Intervention Research: Designing, Evaluating, and Implementing. 1th edition. USA; 2015.

25) van Gemert-Pijnen JE, Nijland N, van Limburg M, Ossebaard HC, Kelders SM, Eysenbach G, Seydel, et al. A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. J Med [Internet]. 2011 [citado 20 Marzo 2022]; 13(4):e111. Disponible en: <https://www.jmir.org/2011/4/e111/PDF26>

26) de Lifeng F, Sidani S, Cooper-Brathwaite A, Metcalfe K. Feasibility, Acceptability and Effects of a Foot Self-Care Educational Intervention on Minor Foot Problems in Adult Patients with Diabetes at Low Risk for Foot Ulceration: A Pilot Study. Can J Diabetes [Internet]. 2013 [citado 13 Abril 2022]; 37: 195-201. Disponible en: [https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671\(13\)00186-X/fulltext](https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671(13)00186-X/fulltext)

27) Waller K, Furber S, Bauman A, Allman-Farinelli M, van den Dolder P, Hayer A, et al. Effectiveness and acceptability of a text message intervention (DTEXT) on HbA1c and self-management for people with type 2 diabetes. A randomized controlled trial. Patient Educ Couns [Internet] 2021 [citado 13 Abril 2022]; 104: 1736-1744. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0738399120306625?token=53871B82E01CF6E4022B3116399CEE443F1EB0796852202B07157F16C517CD3B7214DABF8DC0C74B2F5CBEFF181BD09C&originRegion=us-east-1&originCreation=20220501222110>

28) Improving Chronic Illness Care [Internet]. Seattle, WA, EE.UU; 2006-2018. The Chronic Care Model. The RAND Evaluation; [citado 30 Septiembre 2018]; disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2



29) Pilipovic-Broceta N, Vasiljevic N, Marinkovic J, Todorovic N, Jankovic J, Ostric I, et al. Assessment of hypertension chronic care model: Pacific application in Bosnia and Herzegovina. PLoS ONE [Internet]. 2018 [citado 15 Septiembre 2018]; 13(8): e0202250. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202250>

30) Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas [Internet].

Washington, DC: OPS; 2013 [citado 15 Septiembre 2018]; 23-24. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>

31) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2011 [citado 20 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

32) Jova R, Rodriguez A, Diaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 10 Septiembre 2018]; 15(11): 1609-1620. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n11/san121111.pdf>

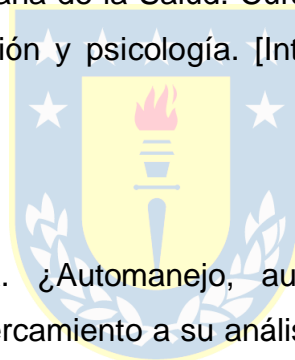
33) Strukmann V, Leijten F, Van Ginneken E, Kraus M, Reiss M, Spranger A, et al. Relevant models and elements of integrated care for multi-morbidity: Results of a scoping review. Health Policy 122 [Internet]. 2018 [citado 02 Octubre 2018]; 23-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101730221X?via%3Dihub>

34) Willemse E, Adriaenssens J, Dilles T, Remmen R. Do telemonitoring projects of heart failure fit the Chronic Care Model?. Int J Integ Care [Internet]. 2014 [citado 03 Octubre 2018]; 14: 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4109584/>

35) Sherson E, Yakes E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Fam Pract* [Internet]. 2014 [citado 03 Octubre 2018]; 31 (4):389–398. Disponible en: <https://academic.oup.com/fampra/article/31/4/389/710905>

36) Glasgow et al. 5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement. [Internet] 2002 [citado 04 Octubre 2018]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFileByID/440>

37) Organización Panamericana de la Salud. Curso de apoyo al automanejo en diabetes. Modulo 5: Educación y psicología. [Internet] Washington, DC: OPS [citado 04 Octubre 2018].



38) Bonal R, Cascaret X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN* [Internet]. 2009 [citado 20 Octubre 2018]; 13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san18109.htm

39) Peñarrieta M, Vergel O, Schmith L, Lezama S, Rivero R, Taipe J, et al. Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. *Rev. Cient. de Enferm* [Internet]. 2012 [citado 29 Octubre 2018]; VII(1): 64-73. Disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-publicado-validacion-peru.pdf>

40) Bonal R, López N, Vargas P, Meoño T, Brañas R. Apoyo al automanejo de condiciones crónicas: un desafío para los sistemas de salud de América Latina. Rev. Finlay [Internet]. 2017 [citado 08 Octubre 2018]; 7(4): 268-277. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400006

41) Pearce G, Parke HL, Pinnock H, Epiphaniou E, Bourne CLA, Sheikh A, et al. The PRISMS taxonomy of self-management support: derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility. J Health Serv Res Policy [Internet]. 2015 [citado 08 Octubre 2018]; Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1355819615602725?rfr_dat=cr_p ub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=hsrb

42) Organización Panamericana de la Salud. Unidad temática 6: Apoyo al Automanejo [Internet] Washington, DC: OPS [citado 08 Octubre 2018] Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/47555/mod_resource/content/1/Binder6.pdf

43) Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Serv. Res. [Internet]. 2017 [citado 15 Abril 2022]; 17:88. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2031-8>

44) Sidani S, Epstein DN, Bootzin RR, Mortiz P, Miranda J. Assessment of Preferences for Treatment: Validation of a Measure. Res Nurs Health [Internet]. 2009 [citado 12 Mayo 2022]; 32(4): 419-431. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446727/pdf/nihms120919.pdf>

45) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2010 [citado 29 Octubre 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>

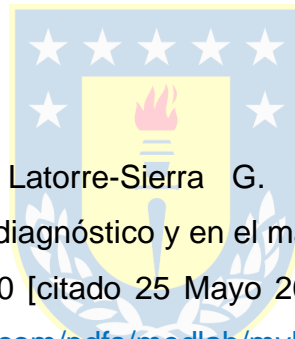
46) Vintimilla Enderica PF, Giler Mendoza YO, Motoche Apolo KE, Ortega Flores JJ. Diabetes Mellitus Tipo 2: Incidencias, Complicaciones y Tratamientos Actuales. RECIMUNDO [Internet]. 2019 [citado 02 Junio 2023]; 3(1): 26-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788150>

47) Baeza M, Cuadrado CA. Evolución de la cobertura efectiva de diabetes mellitus tipo 2 en Chile: una mirada a las encuestas poblacionales y datos administrativos. Medwave [Internet]. 2021 [citado 02 Junio 2023]; 21(S2). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356439344_Evolution_of_effective_coverage_of_type_2_diabetes_mellitus_in_Chile_a_look_at_population-based_surveys_and_administrative_data

48) Naranjo Y, Concepción J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Rev. Finlay [Internet]. 2016 [citado 10 Septiembre 2018];

6(3) 215-220. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300004

49) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Prevención de Úlceras de los Pies en la Persona con Diabetes. Orientación Técnica 2013 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2013 [citado 10 Noviembre 2018]. Disponible en:
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/DIABETES%20MELLITUS/Prevencion%20de%20ulceras%20de%20los%20pies%20en%20la%20persona%20con%20diabetes%20Orientacion%20Tecnica%20.MINSAL%20Chile%202013.pdf>



50) Campuzano-Maya G, Latorre-Sierra G. Módulo 1 (La clínica y el laboratorio): La HbA1c en el diagnóstico y en el manejo de la diabetes. Medicina & Laboratorio [Internet]. 2010 [citado 25 Mayo 2019]; 16(5-6): 216. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2010/myl105-6b.pdf>

51) Stratton I, Adler A, Neil A, Matthews D, Manley S, Cull C, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ [Internet]. 2000 [citado 26 Mayo 2019]; 321:405-412 Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/321/7258/405.full.pdf>

52) Schaper N.C. Lessons from Eurodiale. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2012 [citado 26 Mayo 2019]; 28(Suppl 1):21–26. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/dmrr.2266>

53) Hemmati M, Razmara S, Niazkhani Z. Effects of Face-to-Face and Telephone-Based Family-Oriented Education on Self-Care Behavior and Patient Outcomes in Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *J Diabetes Res* [Internet]. 2017 [citado 29 Diciembre 2018]; 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735644/>

54) Abaza H, Marschollek M. SMS education for the promotion of diabetes self-management in low & middle income countries: a pilot randomized controlled trial in Egypt. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 [citado 28 Diciembre 2018]; 17(962). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735794/>

55) Azami G, Soh K, Ghazali Sazlina S, Salmiah S, Aazami S, Mozafari M. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *J Diabetes Res* [Internet]. 2018 [citado 29 Diciembre 2018]; 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6129337/>

56) Fortmann AD, Gallo LC, García MI, Taleb M, Euyoque JA, Clark T et al. Dulce Digital: An mHealth SMSBased Intervention Improves Glycemic Control in Hispanics With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2017 [citado 20 Julio

2020]; 40(10):1349 – 1355. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5606313/pdf/dc170230.pdf>

57) Alghafri TS, Al Harthi SM, Al-Ajmi F, Al-Farsi Y, Craigie AM, Bannerman E, et al. Acceptability of the “MOVEdiabetes” physical activity intervention in diabetes primary care settings in Oman: findings from participants and practitioners. BMC Public Health [Internet]. 2020 [citado 01 Abril 2022]; 20:887. Disponible en:
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09029-1>

58) Long AF, Gambling T, Young RJ, Taylor J, Mason JM. Acceptability and Satisfaction With a Telecarer Approach to the Management of Type 2 Diabetes. Diabetes care [Internet]. 2005 [citado 01 Abril 2022]; 28(2). Disponible en:
<https://diabetesjournals.org/care/article/28/2/283/24136/Acceptability-and-Satisfaction-With-a-Telecarer>

59) Fernández-Sánchez H, Guzmán-Facundo FR, Herrera-Medina D, Sidani S. Importancia del Estudio Piloto en un Proyecto de Investigación. Index Enferm [Internet]. 2020 [citado 24 Agosto 2022]; Disponible en:
<http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12860>

60) Ardo J, Lee JA, Hildebrand JA, Guijarro D, Ghasemazadehc H, Strömbergd A, et al. Codesign of a cardiovascular disease prevention text message bank for older adults. Patient Educ Couns [Internet]. 2021 [citado 01 Abril 2022]; 104(11):

2772-2784.

Disponible

en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8484346/pdf/nihms-1695743.pdf>

61) Velásquez-Moreno E, González-Velásquez MS, De la Peña-León B. Diseño y validación de material didáctico para una intervención educativa de enfermería en cuidadores primarios. *Enferm. univ.* [Internet]. 2020 [citado 24 Agosto 2022]; 17(4): 390-402. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v17n4/2395-8421-eu-17-04-390.pdf>

62) Martorella G, Gélinas C, Purden M. Acceptability of a Web-Based and Tailored Intervention for the Self-Management of Pain After Cardiac Surgery: The Perception of Women and Men. *JMIR Res Protoc.* [Internet]. 2014 [citado 05 Julio 2023]; 3(4): e63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25487135/>

63) Fox M, Sidani S, Brooks D, McCague H. Perceived acceptability and preferences for low-intensity early activity interventions of older hospitalized medical patients exposed to bed rest: a cross sectional study. *BMC Geriatrics.* [Internet]. 2018 [citado 05 Julio 2023]; 18:53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463219/>

63) Sidani S, Brewster J, Miranda J, Walkerly S, Belita E. Exploring the Contribution of Treatment Factors to Preferences for Smoking Cessation Interventions. *Int Arch Nurs Health Care.* [Internet]. 2016 [citado 05 Julio 2023];

2:028. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-2-028.php?jid=ianhc>

66) Ortiz-Gutierrez S, Cruz-Avelar A. Proceso de traducción y adaptación cultural de instrumentos de medición en salud. Actas Dermosifiliogr [Internet] 2018 [citado 16 Abril 2022];109(3):202-206. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731017305616>

67) Smith-Castro, V., y Molina, M. Cuaderno Metodológico 5. La entrevista cognitiva: guía para su aplicación en la evaluación y mejoramiento de instrumentos de papel y lápiz. San José, CR.: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. [Internet]. 2011 [citado 12 Mayo 2022]; Disponible en: <https://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/Entrevista%20Cognitiva%20%282011%29.pdf>



68) Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas cioms 2002. Acta Bioeth [Internet]. 2004 [citado 02 Febrero 2019]; X(1): 37–47. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005

69) Emanuel E, Wendler D, Killen J, Grady C. What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. J. Infect. Dis. [Internet]. 2004 [citado 03 Febrero 2019]: 189:930–7.

70) Argimon JM, Jimenez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. 61 p.

71) Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. (Boletín no. 4398-11, de 24-04-2012). [Citado 03 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348&idVersion=2015-12-04>

72) Ley 20.120 Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. (Diario Oficial de la República de Chile, Boletín no. 1993-11, de 22-09-2006). [Citado 03 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478&r=1>

73) Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] Ferney-Voltaire: WMA; 2017 [citado 03 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

74) Pérez-Wilson P, Rico Soto F. Automanejo en personas con multimorbilidad: aportes desde la salutogénesis y el modelo de activos en salud. Aten Primaria [Internet]. 2022 [citado 01 Julio 2023]; 54:4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722000038>

75) Kristen L, Ivarsson A, Parker J, Ziegert K. Future challenges for intervention research in health and lifestyle research - A systematic meta-literature review. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* [Internet]. 2015 [citado 01 Julio 2023]; 10:1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539386/>

76) Kong JX, Zhu L, Wang HM, Li Y, Guo AY, Gao C, et al. Effectiveness of the Chronic Care Model in Type 2 Diabetes Management in a Community Health Service Center in China: A Group Randomized Experimental Study. *J Diabetes Res.* [Internet]. 2019 [citado 01 Julio 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30719455/>

77) Lagos Garrido ME, Salazar Molina A, Sáez Carrillo K. Intervención dirigida al equipo de salud para fortalecer la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos. *Rev Med Chile* [Internet]. 2022 [citado 01 Julio 2023]; 150: 754-763. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872022000600754&script=sci_arttext&tlng=pt

78) Alexander SC, Cox ME, Boling Turer CL, Lyna P, Østbye T, Tulsy JA. Do the Five A's Work When Physicians Counsel About Weight Loss?. *Fam Med* [Internet]. 2011 [citado 01 Julio 2023]; 43(3): 179–184. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21380950/>

79) Moore P, Pavié J, Véjar L, Corvalán MP. Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Rev Chil Enferm Respir* [Internet]. 2017 [citado 01 Julio 2023]; 33: 193-200. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300193

80) Thankappan KR, Mini GK, Daivadanam M, Vijayajumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial in Kerala, India. BMC Public Health [Internet]. 2013 [citado 02 Julio 2023]; 13:47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23331722/>

81) Ahmad Fuat MS, Mohd Zin F, Mat Yudin Z. Type 2 diabetes remission: How does it work?. Malays Fam Physician [Internet]. 2021 [citado 02 Julio 2023];16(1);124–128. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8088740/#:~:text=The%20remission%20state%20of%20diabetes,for%20at%20least%20%20months.&text=For%20this%20patient%2C%20her%20latest,the%20diabetic%20medications%20were%20ceased.>

82) Varsi C, Ekstedt M, Gammon D, Ruland CM. Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: A Qualitative Study. J Med. [Internet] 2015 [citado 02 Julio 2023];17(11):e262. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26582138/>

83) Sherman KA, Pehlivan MJ, Singleton A, Hawkey A, Redfern J, Aromur M et al. Co-design and Development of EndoSMS, a Supportive Text Message Intervention for Individuals Living With Endometriosis: Mixed Methods Study. JMIR Form Res [Internet]. 2022 [citado 02 Julio 2023]; 6(12):e40837. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36485029/>

84) Torbjørnsen A, Jenum AK, Cvancarova Småstuen M, Årsand E, Holmen H, Klopstad Wahl A, et al. A Low-Intensity Mobile Health Intervention With and Without Health Counseling for Persons With Type 2 Diabetes, Part 1: Baseline and Short-Term Results From a Randomized Controlled Trial in the Norwegian Part of RENEWING HEALTH. JMIR mHealth uHealth. [Internet] 2014 [citado 02 Julio 2023]; 2:4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25499592/>

85) Torbjørnsen A, Ribu L, Rønnevig M, Grøttland A, Helseth S. Users' acceptability of a mobile application for persons with type 2 diabetes: a qualitative study. BMC Health Serv. Res. [Internet]. 2019 [citado 02 Julio 2023]; 19:641. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4486-2>

86) Waller K, Furber S, Bauman A, Allman-Farinellie M, van den Dolderf P, Hayes A et al. Effectiveness and acceptability of a text message intervention (DTEXT) on HbA1c and self-management for people with type 2 diabetes. A randomized controlled trial. Patient Educ Couns. [Internet]. 2021 [citado 02 Julio 2023]; 104(7): 1736-1744. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399120306625?via%3Dihub>

87) Yang Y, Lee EY, Kim HS, Lee SH, Yoon KH, Cho JH. Effect of a Mobile Phone–Based Glucose-Monitoring and Feedback System for Type 2 Diabetes Management in Multiple Primary Care Clinic Settings: Cluster Randomized Controlled Trial. JMIR mHealth uHealth. [Internet] 2020 [citado 03 Julio 2023]; 8:2. doi: Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32130172/>

88) Karhula T, Vuorinen AL, Rääpysjärvi K, Pakanen M, Itkonen P, Tepponen M, et al. Telemonitoring and Mobile Phone-Based Health Coaching Among Finnish Diabetic and Heart Disease Patients: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. [Internet]. 2015 [citado 03 Julio 2023]; 17:6. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26084979/>

89) Or C, Tao D. A 3-Month Randomized Controlled Pilot Trial of a Patient-Centered, Computer-Based Self-Monitoring System for the Care of Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension. J Med Syst. [Internet]. 2016 [citado 03 Julio 2023]; 40(4):81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802011/>

90) Lim S, Mee Kang S, Shin H, Lee HJ, Yoon JW, Yu SH et al. Improved Glycemic Control Without Hypoglycemia in Elderly Diabetic Patients Using the Ubiquitous Healthcare Service, a New Medical Information System. Diabetes Care [Internet]. 2011 [citado 03 Julio 2023]; 34:308–313. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024339/>

91) Holmes-Truscott E, Holloway E, Husin HM, Furler J, Hagger V, Skinner T et al. 'Is insulin right for me?': Feasibility of a pilot randomised controlled trial and acceptability of a web-based intervention to reduce psychological barriers to insulin therapy among adults with type 2 diabetes. *Diabet. Med.* [Internet]. 2022 [citado 03 Julio 2023]; 39(3):e14759. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dme.14759>

92) Timm L, Annerstedt KS, Álvarez Ahigren J, Absetz P, Mølsted Alvesson H, Forsberg BC et al. Application of the Theoretical Framework of Acceptability to assess a telephone-facilitated health coaching intervention for the prevention and management of type 2 diabetes. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado 04 Julio 2023]; 17(10):e0275576. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36201441/>

93) Huang Z, Tan E, Lum E, Sloot P, Boehm BO, Car J et al. A Smartphone App to Improve Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes in Asia: Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth uHealth.* [Internet]. 2019 [citado 04 Julio 2023]; 7(9):e14914. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6746066/>

94) Ibrahim S, Sidani S. Preferences for behavioral therapies for chronic insomnia. *Health.* [Internet]. 2013 [citado 05 Julio 2023]; 5(11): 1784-1790. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=39459>

- 95) O'Rourke HM, Sidani, Jeffery N, Prestwicha J, McLeana H. Acceptability of personal contact interventions to address loneliness for people with dementia: An exploratory mixed methods study. *Int. J. Adv. Nurs. Stud* [Internet]. 2020 [citado 05 Julio 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/346148537_Acceptability_of_personal_contact_interventions_to_address_loneliness_for_people_with_dementia_An_exploratory_mixed_methods_study
- 96) George RS, Mehrotra S, Paulomi MS. Treatment Acceptability and Preference for Psychotherapy and Medication in Patients with Common Mental Disorders in an Indian Tertiary Care Setting. *J Health Allied Scs.* [Internet]. 2021 [citado 05 Julio 2023]; 20(4):7. Disponible en: <https://www.ojhas.org/issue80/2021-4-7.html>
- 97) Collette K, Feeley N, Galipeau R, Lebel V. Acceptability and feasibility of a digital educational intervention designed to improve the psychological well-being of parents with a preterm infant at the neonatal intensive care unit: A pilot project. *Early Human Development* [Internet]. 2023 [citado 22 Julio 2023]; 176: 105717. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36724661/>
- 98) Sidani S, Epstein DR, Fox M, Miranda J. Psychometric Properties of the Treatment Perception and Preferences Measure. *Clin Nurs Res.* [Internet]. 2018 [citado 05 Julio 2023]; 27(6):743-761. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27301566/>

99) De la cruz-Saldaña T, Lazo-Porras M, Ticse-Aguirre R, Morán D, Málaga G. Efectos de una intervención con llamadas telefónicas educativas para mejorar la adherencia y el control metabólico en personas con diabetes mellitus tipo 2 mal controlada: Un ensayo clínico aleatorizado. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. [Internet] 2021 [citado 22 Julio 2023]; 14(4): 438-446. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000500003

100) Timm L., Karlsson I, Sidney Annerstedt K, Absetz P, Forsberg BC, Daivadanam M et al. Intervention Fidelity Focusing on Interaction between Participants and Facilitators in a Telephone-Delivered Health Coaching Intervention for the Prevention and Management of Type 2 Diabetes. Nutrients. [Internet]. 2021 [citado 05 Julio 2023]: 13:3862. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34836116/>

101) Carrillo-González GM, González Vega LA. Intervención telefónica competencia para cuidar de personas con enfermedad crónica. Rev. cienc. cuidad. [Internet] 2018 [citado 22 Julio 2023];15(1):98-109. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1225>

102) Gómez L, Ñuñez A. Vigilancia del acceso a la salud en Chile: un sistema de indicadores para monitoreo multidimensional. Rev Med Chile. [Internet]. 2021 [citado 05 Julio 2023]; 149: 62-75. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v149n1/0717-6163-rmc-149-01-0062.pdf>

103) Williams ED, Bird D, Forbes AW, Russell A, Ash S, Friedman R et al. Randomised controlled trial of an automated, interactive telephone intervention (TLC Diabetes) to improve type 2 diabetes management: baseline findings and six-month outcomes. BMC Public Health. [Internet]. 2012 [citado 05 Julio 2023]; 12:602. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22857017/>

104) Abaza H, Marschollek M. SMS education for the promotion of diabetes self-management in low & middle income countries: a pilot randomized controlled trial in Egypt. BMC Public Health. [Internet]. 2017 [citado 05 Julio 2023]; 17(962). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29258499/>

105) Azami G, Soh K, Ghazali Sazlina S, Salmiah S, Aazami S, Mozafari M. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. J Diabetes Res. [Internet] 2018 [citado 05 Julio 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30225268/>

106) Haddad N, Istepanian R, Philip N, Khazaal F, Hamdan T, Pickles T et al. A Feasibility Study of Mobile Phone Text Messaging to Support Education and Management of Type 2 Diabetes in Iraq. Diabetes Technol. Ther. [Internet]. 2014 [citado 05 Julio 2023]; 16:7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24502284/>

107) Nepper MJ, McAtee JR, Wheeler L, Chai W. Mobile Phone Text Message Intervention on Diabetes Self-Care Activities, Cardiovascular Disease Risk

Awareness, and Food Choices among Type 2 Diabetes Patients. *Nutrients*. [Internet]. 2019 [citado 05 Julio 2023] 11:1314. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31212683/>



9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1: TREATMENT ACCEPTABILITY AND PREFERENCE

Treatment Acceptability and Preference Questionnaire - REVISED

The following are three treatments that have been developed based on previous research findings that have found the treatments to be successful in_____. For each, I will read a description of what it is all about and then I will ask you some questions about it.

(Insert Treatment Description)

Now that you have learned about the Treatment, please rate the following:

Rating: The following questions are about the Stimulus Control Instructions. Please, answer the questions by circling the most appropriate response. There is no right or wrong answer.

How effective, in the short-term, do you think this treatment will be in improving your sleep problem?

Not effective At all	Somewhat Effective	Effective	Very Effective	Very Much Effective
0	1	2	3	4

How effective, in the long-term, do you think this treatment will be in improving your sleep problem?

Not effective At all	Somewhat Effective	Effective	Very Effective	Very Much Effective
0	1	2	3	4

How effective do you think this treatment will be in reducing fatigue that you experience during the day as a result of your sleep problem?

Not effective	Somewhat	Effective	Very	Very Much
---------------	----------	-----------	------	-----------

At all	Effective		Effective	Effective
0	1	2	3	4

How effective do you think this treatment will be in improving your ability to perform your daily usual activities?

Not effective At all	Somewhat Effective	Effective	Very Effective	Very Much Effective
0	1	2	3	4

How acceptable / logical does this treatment seem to you?

Not acceptable At all	Somewhat Acceptable	Acceptable	Very Acceptable	Very Much Acceptable
0	1	2	3	4

How suitable/appropriate does this treatment seem to be to your sleep problem?

Not suitable At all	Somewhat Suitable	Suitable	Very Suitable	Very Much Suitable
0	1	2	3	4

How severe (bad) do you think are the risks or side effects of this treatment?

Not severe At all	Somewhat Severe	Severe	Very Severe	Very Much Severe
0	1	2	3	4

How easy do you think it will be for you to apply all activities of this treatment?

Not easy At all	Somewhat Easy	Easy	Very Easy	Very Much Easy
0	1	2	3	4

How willing are you to comply with this treatment?

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------|----------------------|---------------------------|
| Not willing
At all
0 | Somewhat
Willing
1 | Willing
2 | Very
Willing
3 | Very Much
Willing
4 |
|----------------------------|--------------------------|--------------|----------------------|---------------------------|

© Sidani (2009)



9.2 ANEXO 2: DEFINICIÓN DE VARIABLES

A. VARIABLES DE ESTUDIO

- **Intervención Telefónica de Apoyo al Automanejo:**

Nivel de medición: Variable cualitativa discreta.

Definición Nominal: Plan de actividades ejecutado, por un profesional sanitario capacitado, a través del uso de un teléfono móvil en beneficio de las personas con alguna condición crónica, considerando las necesidades y/o problemáticas que estas ocasionan, cuyo objetivo radica en la adquisición de habilidades y actitudes para manejarlas idóneamente.

Definición Operacional: Conjunto de actividades educativas llevadas a cabo en un periodo de 6 semanas con adultos diabéticos que presentaron una úlcera de pie grado I y II según la clasificación de Wagner a través de sesiones telefónicas y de refuerzo con mensajería de texto y voz, a quienes se le realizaron mediciones antes y después de su desarrollo.

- **Aceptabilidad**

Nivel de medición: Variable cuantitativa discreta.

Definición Nominal: Concepto que da a conocer la medida en que las personas que brindan o reciben una intervención de salud la consideran

apropiada, según las respuestas cognitivas y emocionales anticipadas o experimentadas en la intervención. Se compone de 4 elementos que son la idoneidad, definida como el grado en que una intervención se considera razonable para abordar un problema de salud y es adecuada para el estilo de vida de una persona, la conveniencia definida como el grado en que una intervención se evalúa como fácil de aplicar, eficacia percibida definida como el grado en que una intervención se considera útil para mejorar la experiencia del problema de salud a corto y largo plazo, y para mejorar el funcionamiento general o la salud y riesgos, definidos como el grado en que los efectos adversos o la incomodidad asociados con una intervención se consideran graves o molestos.

Definición Operacional: Se midió antes de la intervención telefónica mediante la tasa de interés, durante su desarrollo a través de la tasa de asistencia y deserción y a su término, mediante el cuestionario Treatment Acceptability and Preference (TAP). La eficacia percibida se midió en los ítems 1 al 4, la idoneidad se midió en los ítems 5 y 6, los riesgos en el ítem 7 y la conveniencia en los ítems 8 y 9.

B. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

- **Edad:**

Nivel de medición: Variable cuantitativa discreta.

Definición Nominal: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad.

Definición Operacional: Se midió en años de vida cumplidos considerando la edad declarada por el/la participante en el cuestionario sociodemográfico.

- **Sexo:**



Nivel de medición: Variable cualitativa nominal.

Definición Nominal: Corresponde a las características biológicas y genéticas que definen a los seres humanos en mujer u hombre.

Definición Operacional: Se categorizó en femenino o masculino declarado por el/la participante en el cuestionario sociodemográfico.

- **Estado Civil:**

Nivel de medición: Variable cualitativa nominal.

Definición Nominal: Corresponde a la condición de una persona según el

registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición Operacional: El estado civil se categorizó de la siguiente forma en el cuestionario sociodemográfico:

- **Soltero(a):** Persona que no ha contraído matrimonio y que tampoco convive con una pareja.
- **Casado(a):** Persona que ha contraído matrimonio y que actualmente vive con su cónyuge.
- **Divorciado(a):** Persona que ha contraído matrimonio y que actualmente se encuentra separado legalmente de su cónyuge
- **Viudo(a):** Persona cuyo cónyuge falleció.
- **Conviviente:** Persona que tiene pareja con quien hace vida marital, sin estar casados legalmente.

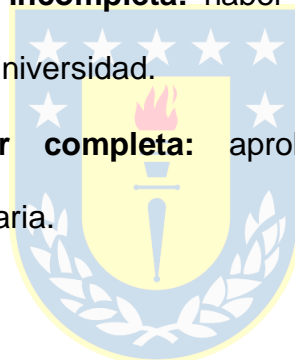
- **Nivel educacional:**

Nivel de medición: Variable cualitativa ordinal.

Definición Nominal: Grado de educación formal obtenido en algún tipo de institución educativa.

Definición Operacional: Se categorizó en el cuestionario sociodemográfico de acuerdo al último año completo cursado, clasificándolo en:

- **Sin enseñanza educacional:** no haber asistido a ningún tipo de institución educativa.
- **Enseñanza básica incompleta:** aprobación hasta séptimo básico o menos.
- **Enseñanza básica completa:** aprobación hasta octavo básico.
- **Enseñanza media incompleta:** aprobación hasta tercer año medio o menos.
- **Enseñanza media completa:** aprobación hasta cuarto año medio.
- **Enseñanza superior incompleta:** haber cursado estudios en instituto técnico profesional o universidad.
- **Enseñanza superior completa:** aprobación de carrera técnico profesional o universitaria.
- **Nacionalidad:**



Nivel de medición: Variable cualitativa nominal.

Definición Nominal: Vínculo jurídico de una persona con una nación o estado que le otorga condición de ciudadano.

Definición Operacional: Se categorizó en el cuestionario sociodemográfico de acuerdo a si es chileno o extranjero.

- **Años de Enfermedad:**

Nivel de medición: Variable cuantitativa discreta.

Definición Nominal: Tiempo transcurrido desde la confirmación diagnóstica de la enfermedad hasta la actualidad.

Definición Operacional: Se midió en años desde la confirmación diagnóstica declarado por el/la participante en el cuestionario sociodemográfico.

- **Hipertensión Arterial:**

Nivel de medición: Variable cualitativa ordinal.

Definición Nominal: Elevación persistente de la presión arterial sobre límites normales, que por convención se ha definido en PAS \geq 140 mmHg y PAD \geq 90 mmHg

Definición Operacional: Se categorizó en el cuestionario sociodemográfico de acuerdo a si es o no hipertenso/a.

- **Hábito Tabáquico:**

Nivel de medición: Variable cualitativa nominal.

Definición Nominal: Adicción al consumo de tabaco provocada por la nicotina que este posee.

Definición Operacional: Se categorizó en si fuma o no fuma declarado por el/la participante en el cuestionario sociodemográfico.



9.3 ANEXO 3: CUADERNILLO DE LA INTERVENCIÓN



Cuadernillo de Intervención Telefónica

Mejoramiento de cuidados en Úlcera de Pie Diabético



Yo soy:



Sesión 1

El automanejo y mis capacidades personales



Nuestra meta de hoy:

- Conocer el cuadernillo de intervención telefónica.
- Conocer el concepto de automanejo.
- Identificar las capacidades personales.



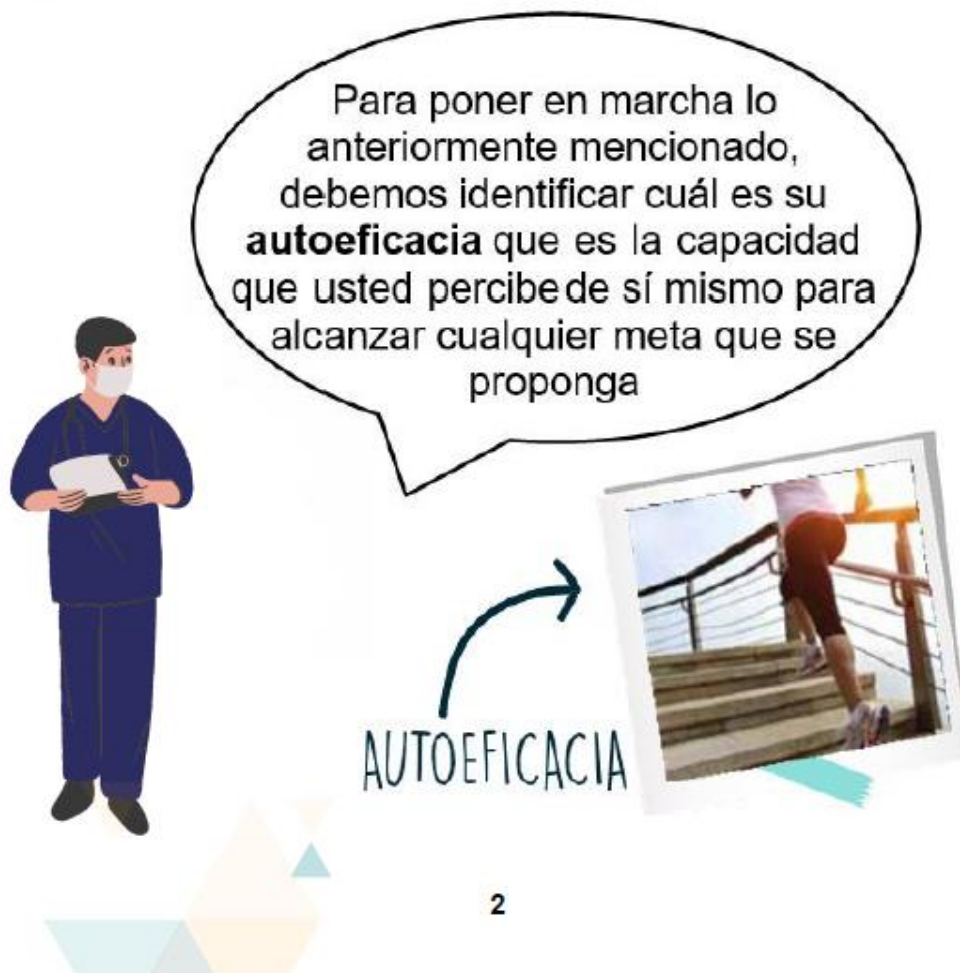
Contenidos:

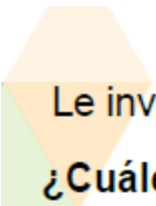
- Automanejo.
- Capacidades personales.

Usted ha tomado la decisión de participar de una intervención telefónica que tiene como objetivo contribuir en la cicatrización de la herida que presenta y mejorar el control de su enfermedad, ¡felicidades!

Es importante que sepa a que nos referimos cuando hablamos de **automanejo**, ya que durante el transcurso de esta intervención telefónica usted realizará diferentes actividades que lo van a desarrollar.

El automanejo tiene que ver con el uso de las capacidades y habilidades personales para el control de las condiciones crónicas, que, en su caso, es la Diabetes Mellitus Tipo 2, con el apoyo de un profesional de salud que le ayudará a manejar correctamente su condición, conocer sobre ella y su tratamiento, controlar las emociones que le pudiese generar y fortalecer su rol como persona.





Le invito a reflexionar y responder la siguiente pregunta:

¿Cuáles son sus capacidades personales?

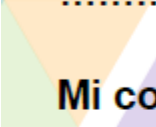
.....

.....

.....

.....

.....



Mi compromiso de hoy es:

.....

.....

.....

.....

.....

Notas

.....

.....

.....

.....



Sesión 2

El apoyo social y el cambio sobre mi condición crónica



Nuestra meta de hoy:

- Reconocer la importancia de generar un cambio positivo en el manejo de la condición crónica.
- Identificar las redes de apoyo.



Contenidos:

- El cambio sobre la condición crónica.
- Apoyo social.

Una condición crónica es una enfermedad lenta que tiene una larga duración y enfrentarla trae consigo un cambio en el estilo de vida. Es importante considerar la actitud que usted debe asumir con el fin de realizar los cambios necesarios para alcanzar mejores resultados y así superar cualquier problema.



El ser partícipe de esta intervención telefónica demuestra el deseo que usted tiene por llevar a cabo un cambio positivo en su estilo de vida, que le permitirá un adecuado manejo de su condición

Para comenzar, le invito a responder la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las razones que lo/la impulsaron a participar de esta intervención telefónica y qué expectativa tiene?

.....
.....
.....
.....

Es importante que durante el cambio que usted está llevando a cabo en el manejo de su condición crónica, pueda recibir el **apoyo social** de las personas que están su lado.

¿Qué es el Apoyo Social?

El apoyo social tiene que ver con las interacciones que tenemos con otras personas y/o grupos con los cuales mantenemos un vínculo cercano, recibiendo apoyo de parte de ellos en situaciones de crisis.

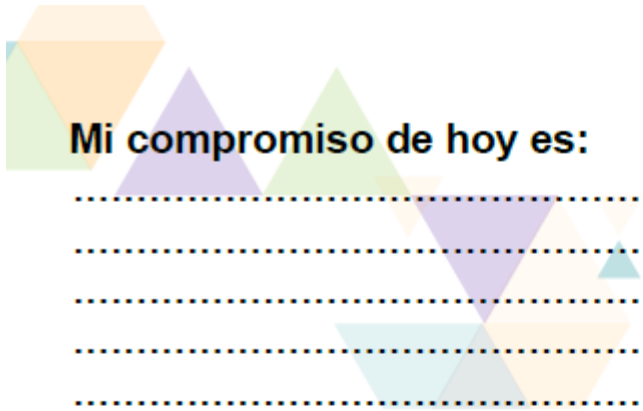


Le invito a responder la siguiente pregunta:

¿Quiénes son las personas y/o grupos que continuamente están junto a usted? ¿De qué manera lo apoyan?

.....
.....
.....

¡Tener la posibilidad de comunicarnos y contar con otras personas ayuda en nuestro bienestar y a mantenernos saludables!



Mi compromiso de hoy es:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Notas

.....

.....

.....

.....



Sesión 3

Cumpliendo la adherencia a mi tratamiento farmacológico



Nuestra meta de hoy:

- Conocer el concepto de adherencia terapéutica.
- Identificar la adherencia terapéutica.
- Nombrar el esquema farmacológico.



Contenidos:

- Adherencia terapéutica al tratamiento y plan terapéutico.

El tener una condición crónica requiere que todos los días usted se autoadministre medicamentos, ya sea a través de comprimidos o también por medio inyecciones, con el fin de mantener controlado el nivel de su glicemia.

A continuación, le invito a responder las siguientes preguntas encerrando en un círculo su respuesta

1. ¿Se ha olvidado alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

SI - NO

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI - NO

3. Cuando se siente bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI - NO

4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomar la medicación?

SI - NO

Por medio de las preguntas anteriores fue posible conocer cómo es su adherencia y cumplimiento del tratamiento.

La adherencia terapéutica es el cumplimiento al tratamiento indicado, lo que involucra asistir a sus controles y tomarse los medicamentos en los horarios establecidos, con el fin de alcanzar buenos resultados.



Responda lo siguiente:

¿Cuáles son los medicamentos que toma diariamente y a qué hora?

Medicamento	Horario	Cantidad

¿Qué puede hacer para mantener o mejorar su cumplimiento y adherencia al tratamiento?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



10

Mi compromiso de hoy es:



.....
.....
.....
.....
.....
.....

Notas

.....
.....
.....
.....



Sesión 4

Conociendo mi condición crónica



Nuestra meta de hoy:

- Conocer generalidades sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la Úlcera de Pie Diabético.
- Identificar signos y síntomas de complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus Tipo 2 y Úlcera de Pie Diabético.



Contenidos:

- Diabetes Mellitus Tipo 2 y Úlcera de Pie diabético.

La principal causa por la cual usted asiste a un CESFAM es por presentar una condición crónica llamada Diabetes Mellitus Tipo 2, la cual trae consigo algunas complicaciones como la Úlcera de Pie Diabético.

Antes de iniciar, le invito a responder lo siguiente:

¿Qué sabe usted de la Diabetes Mellitus Tipo 2?

¿Cómo se identifica la Diabetes Mellitus Tipo 2 en una persona?

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una alteración metabólica que se caracteriza por presentar altos niveles de glucosa en la sangre debido a una alteración en la liberación o acción de la insulina.



Es una condición crónica porque estará presente toda la vida desde su diagnóstico, y es importante mantenerla controlada ya que puede presentar complicaciones.



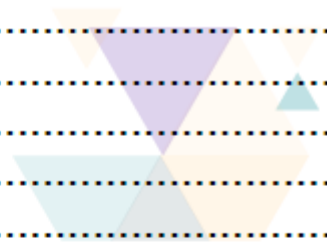
Una complicación que comúnmente se genera y que usted presenta, es el **pie diabético**, que corresponde a una alteración que provoca una destrucción de la piel y sus tejidos, pudiendo infectarse en algunos casos.



Todas las acciones que realizan los profesionales a favor de su salud están enfocadas en prevenir cualquier alteración, por eso es importante su compromiso



Mi compromiso de hoy es:



.....
.....
.....
.....
.....
.....

Notas

.....
.....
.....
.....



Sesión 5 **¿Cómo debo cuidar mis pies?**



Nuestra meta de hoy:

- Conocer cuáles son los cuidados generales de los pies.
- Identificar que insumos favorecen el cuidado de los pies.



Contenidos:

- El cuidado de los pies.

Un aspecto importante que usted debe considerar diariamente es el cuidado que deben tener sus pies. Le invito a ver las siguientes imágenes explicativas:

1. Inspección de los pies



Observar el empeine, la planta, los espacios entre los dedos y las uñas, en búsqueda de lesiones, cambios de color o hinchazón, ampollas, callos, durezas, inflamación, quemaduras o ulceraciones. Puede utilizar un espejo.

2. Higiene de los pies



Realizar el lavado diario de los pies. Se recomienda que la temperatura del agua sea siempre tibia.

El tiempo de lavado e higiene no debe ser más de 10 minutos para evitar la maceración de la piel.

Procurar un secado cuidadoso utilizando una toalla exclusiva para el secado entre los dedos. Puede utilizar secador de pelo solo con aire frío.

3. Cuidado de la piel, uñas y callosidades



Luego del aseo, hidratar la piel con cremas hidratantes en planta y en dorso, evitar aplicarla entre los dedos.

El corte de las uñas debe realizarlo un podólogo. Si no es posible, puede realizarlo un familiar limándolas y en ningún caso más allá del límite de los dedos.

Las uñas gruesas deben ser tratadas por un podólogo.

Las callosidades y hongos deben ser tratados por un profesional de salud y no se deben eliminar por usted.



4. Medias, calcetines, y zapatos

Cambiarse todos los días.

Usar material preferentemente de algodón.

Usar costuras de adentro hacia afuera o preferentemente sin costuras.

Evitar medias o calcetines ajustados o hasta la rodilla.

En cuanto a los zapatos, se sugiere:

Revisar y palpar la parte interna del zapato en búsqueda de objetos extraños en su interior.

No usar calzado apretado, con bordes o costuras internas irregulares o ásperas.

Evitar el tipo de calzado abierto tipo sandalia.

En lo posible, cambiar los zapatos diariamente o quitarse los zapatos 10 a 15 minutos al día cada 3 horas para aliviar la presión.

Evitar el uso de zapatos sin medias o calcetines.

Evitar el ajuste excesivo de los cordones o la utilización de calzado con ajustes elásticos.

Se recomienda, en lo posible, cambiar diariamente de zapatos ya que cada calzado distribuye la presión de manera distinta.

Otros aspectos importantes para considerar:

Nunca debe caminar descalzo en su hogar o en el exterior.

Nunca debe usar guateros ni ningún tipo de estufa o manta eléctrica para calentar los pies.

Cualquier cambio que observe en sus pies, debe consultar con un profesional del CESFAM.

Ahora que ya conocemos los cuidados generales de los pies, le invito a encerrar en un círculo las imágenes que corresponden a los cuidados correctos de los pies:



Mi compromiso de hoy es:



.....
.....
.....
.....
.....
.....

Notas

.....
.....
.....
.....

Sesión 6

Mejorando mi alimentación y actividad física



Nuestra meta de hoy:

- Conocer cuáles son los alimentos que favorecen el manejo de la Úlcera de Pie Diabético.
- Conocer y realizar ejercicios que favorecen el manejo de la Úlcera de Pie Diabético.



Contenidos:

- Alimentación y actividad física.

Hay dos temas importantes que favorecen la cicatrización de su herida y ayudan a mantener controlada su enfermedad: la alimentación y la actividad física.

Antes de comenzar, responda las siguientes preguntas:
¿Qué alimentos ha consumido en los últimos 3 días?

Desayuno:

Almuerzo:

Once:

En las comidas que consumimos diariamente se encuentran presentes 3 macronutrientes principales:

Proteínas – Grasas - Carbohidratos



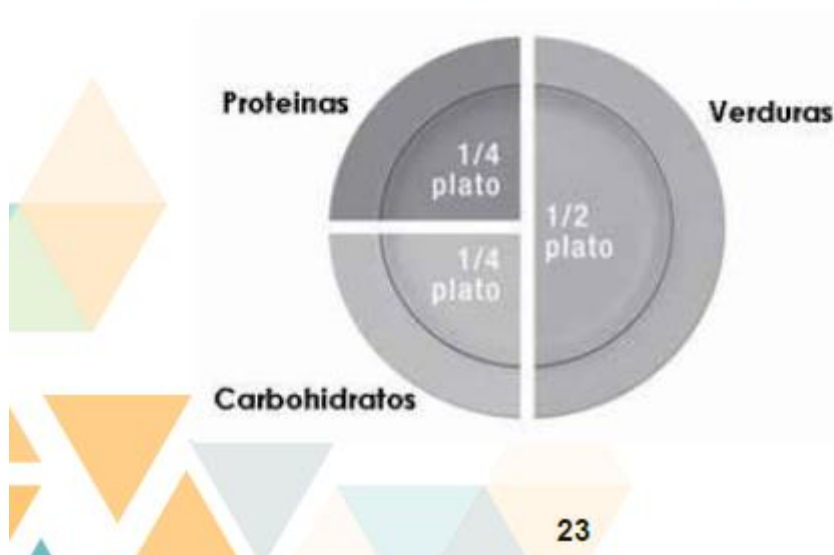
Para contribuir en la cicatrización de su herida, es necesario mantener una adecuada alimentación, por lo que vamos a conocer que alimentos nos van a ayudar

Alimentos:



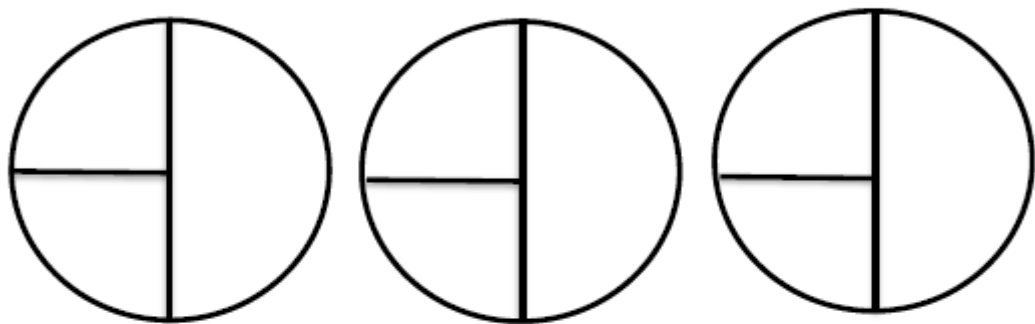
Cantidad:

Es muy importante que además de elegir correctamente los alimentos, podamos distribuirlos de la manera más adecuada en nuestro plato de la siguiente manera:

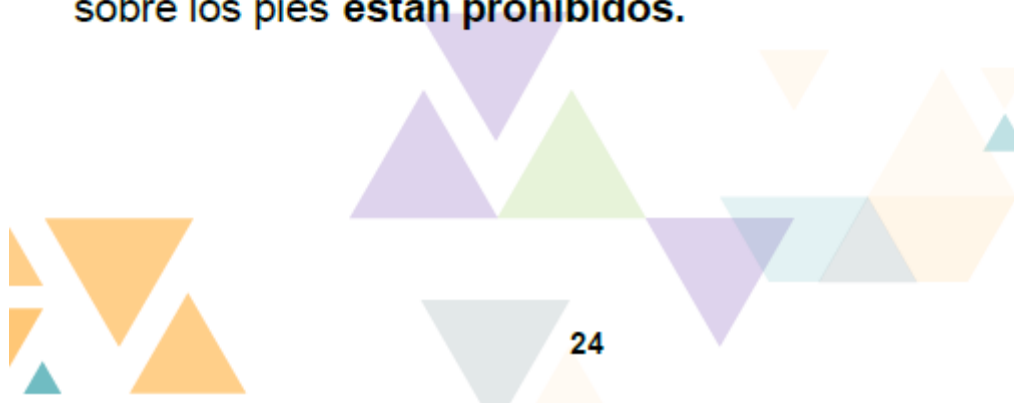


¡Recuerde no sobrepasar las 4 a 5 horas entre una comida y otra!

Ahora, para poner en práctica lo aprendido, le invito a crear 3 platos con los alimentos que favorecen en la cicatrización de su herida.



La actividad física ayuda a mantenernos activos y mejora el nivel de la glicemia. Tiene que tener algunas consideraciones especiales al momento de realizarla, ya que los ejercicios como caminatas, uso de peso y presión sobre los pies **están prohibidos**.



9.4 ANEXO 4: AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN CESFAM VIOLETA PARRA



CARTA IVP N° 000001 18.04.2022

MAT.: Investigación Científica.

A : PRESIDENTE COMITÉ ETICO CIENTÍFICO H.C.H.M.
DR. CARLOS ESCUDERO OROZCO

Junto con saludarle, informo a usted, que esta Dirección ha tomado conocimiento y otorga la factibilidad de realizar Investigación Científica "Intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada en adultos diabéticos con úlcera de pie: estudio de aceptabilidad". Realizado por el estudiante Alberto Herrera Monsalves, de Magister en Enfermería Universidad de Concepción.

Atentamente,




DRA. NANCY JARA JARA
DIRECTORA
CESFAM VIOLETA PARRA

DISTRIBUCION:

- La indicada
- Estudiante tesistas
- Encargada Comité Ético Científico Cesfam Violeta Parra
- Oficina de Partes

9.5 ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONALES DE LA SALUD



N° FOLIO: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES Y CONTENIDOS LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Alberto Nicolás Herrera Monsalves, Enfermero, Alumno del Programa de Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 18.388.718-1

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada en adultos diabéticos con úlcera de pie: estudio de aceptabilidad”.

A usted se le ha invitado a participar en la evaluación de los componentes y contenidos de la intervención que será utilizada en este estudio, dado que usted posee experiencia en la atención de usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular y/o en el abordaje de adultos diabéticos con úlcera de pie. Antes de decidir si participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO: Evaluar la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada dirigida a adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al Centro de Salud Familiar “Violeta Parra” de la comuna de Chillán

2. BENEFICIOS DE LA EVALUACIÓN: La información obtenida de la evaluación contribuirá a conocer que aspectos de los componentes y contenido de la intervención deberían ser modificados con el fin de facilitar su desarrollo posterior.

3. CRITERIOS DE SELECCIÓN: Los criterios de selección para participar en la evaluación de los componentes y contenidos de la intervención son los siguientes: ser un profesional de salud con experiencia en el Programa de Salud Cardiovascular y/o poseer experiencia en el abordaje del adulto diabético con úlcera de pie, con al menos 12 meses de experiencia en el área, y no encontrarse con licencia médica. El número de participantes para llevar a cabo esta evaluación será de seis.

4. PROCEDIMIENTOS DE LA EVALUACIÓN: En caso de aceptar participar en la evaluación de los componentes y contenidos de la intervención telefónica “Mejoramiento de cuidados en úlcera de pie diabético”, usted deberá asistir durante su horario laboral a una entrevista individual o grupal con otros profesionales, en una sala del CESFAM Violeta Parra junto al investigador, resguardando protocolos COVID-19. La duración de ambas entrevista será de 30 minutos y la modalidad dependerá de su disponibilidad. Durante esta instancia, se le dará a conocer a través de una presentación PowerPoint una descripción completa de la intervención telefónica de apoyo al automanejo y sus etapas, considerando su propósito, objetivo general y específicos, contenidos, metodología de enseñanza, metodología de evaluación y programa de actividades. Posteriormente, se le hará entrega de los materiales de la intervención (cuadernillo y mensajes de texto y voz de refuerzo por escrito) los cuales podrá revisar en un periodo de hasta 7 días. Una vez transcurrido este periodo, se llevará a cabo una nueva entrevista grupal o individual, según su disponibilidad, con el investigador, en donde deberá responder un cuestionario que permite la evaluación de los componentes y contenidos de la intervención.

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

1. El investigador principal posee las capacidades, la experiencia, los recursos y medios para desarrollar esta evaluación.
2. Los beneficios que se obtendrán de esta evaluación es información que contribuirá al desarrollo posterior de una intervención dirigida a adultos con úlcera de pie diabético grado I y II de Wagner.
3. Los riesgos de participar en la evaluación de los componentes y contenidos de esta investigación son mínimos y podrían estar asociados a las preguntas del cuestionario que evalúa los componentes y contenidos de la intervención. En caso de que ocurran, el investigador tomará conocimiento, otorgará contención verbal y explicará las preguntas que puedan generar esta situación.
4. La alternativa es no participar en esta evaluación.
5. La no participación no implica consecuencias para los participantes.
6. La participación no implica compensación económica durante el periodo en el que se desarrolle la sesión de evaluación.
7. Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por el investigador principal, Don Alberto Nicolás Herrera Monsalves, fono: 984289716, correo electrónico: albertherrera@udec.cl, Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción o por el o por el Presidente del Comité Ético-Científico del Hospital Herminda Martin de Chillán Dr. Carlos Escudero Orozco, fono: 42-2528138, correo electrónico: carlos.escudero.o@redsalud.gob.cl.
8. Podré retirarme de esta evaluación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello le perjudique.

9. Los resultados de esta evaluación pueden ser presentados en conferencias o publicados, pero mi nombre e identidad no será revelado y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

10. La información de los participantes de esta evaluación será custodiada por el investigador principal del proyecto y almacenada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción por un periodo de 5 años.

11. Podré acceder a los resultados de esta evaluación solicitando la información al investigador principal mediante correo electrónico.

12. Mi consentimiento está dado libre y voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

13. Se me proporcionará una copia de este documento.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en la evaluación pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, de acuerdo a ello:

Acepto participar en la evaluación

No acepto participar en la evaluación

Firma Investigador Principal

Firma Participante en el Estudio

Firma Director/a y/o Ministro de Fe del CESFAM

Fecha: ____ / ____ / ____



9.6 ANEXO 6: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES Y CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. ¿Considera adecuada la cantidad de 6 semanas para el desarrollo de la intervención telefónica?			2	4
2. ¿Considera adecuada la cantidad de 6 sesiones telefónicas a desarrollar con los usuarios?			2	4
3. ¿Considera adecuado 20 minutos como tiempo de duración de cada sesión telefónica?		2		4
4. ¿Considera adecuada la cantidad de 12 mensajes de textos de refuerzo a enviar a cada usuario?			2	4
5. ¿Le parece atractiva la paleta de colores utilizada en el cuadernillo?			3	3
6. ¿Considera adecuada la fuente y tamaño de letra utilizada en el cuadernillo?		1	2	3
7. ¿Cree que las imágenes utilizadas en el cuadernillo son apropiadas?			2	4
8. ¿Considera correcta la redacción de cada sesión del cuadernillo?			2	4
9. ¿Es coherente el contenido a tratar en cada sesión del cuadernillo?		1	1	4
10. ¿Considera adecuada la extensión del contenido a abordar en cada sesión del cuadernillo?			2	4
11. ¿Considera correcta la redacción de cada mensaje de texto de refuerzo?			2	4
12. ¿Es coherente el contenido a enviar en cada mensaje de texto de refuerzo?			2	4
13. Al leer los mensajes de texto de refuerzo entregados ¿considera adecuada su extensión?		1	1	4

Observaciones:

Respecto a la pregunta 3, dos profesionales otorgaron como respuesta “en desacuerdo”, en donde se fundamenta por parte de uno de ellos “cambiaría a menos minutos de acuerdo al tiempo en que la mayoría de los usuarios contesta, ya que la mayoría trabaja”, mientras que el otro fundamenta “disminuir a 15 minutos intervención”.

En cuanto a la pregunta 6, un profesional otorga como respuesta “en desacuerdo” fundamentando “la letra debería ser un poco más grande”. Otro

profesional que otorgó como respuesta “de acuerdo” pero también fundamenta “agregar número de página”.

Sobre la pregunta 9, un profesional otorga como respuesta “en desacuerdo” fundamentando “se sugiere que el título de sesión vaya acorde con el objetivo de la sesión”.

Finalmente, por la pregunta 13, un profesional otorga como respuesta “en desacuerdo” fundamentando “se sugiere mensajes más cortos, simples, enfocados al objetivo”.



9.7 ANEXO 7: GUIA DE INVITACIÓN A PARTICIPAR EN INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE APOYO AL AUTOMANEJO



GUIA DE INVITACIÓN

Sr o Sra _____(nombre del adulto), mi nombre es _____ soy _____(indicar cargo), quisiera comentarle que nuestro CESFAM está participando en un estudio en conjunto con un estudiante de magíster en enfermería de la Universidad de Concepción, cuyo objetivo es evaluar la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en adultos diabéticos con úlcera de pie. La duración es de 6 semanas en la que se llevarán a cabo sesiones telefónicas y mensajes de texto o voz, abordando diferentes temáticas relacionadas con el manejo de la Diabetes mellitus tipo 2 y de la úlcera de pie diabético.

El estudio se denomina "Intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada en adultos diabéticos con úlcera de pie: estudio de aceptabilidad". Si usted está interesado/a en participar, el investigador lo/la contactará para explicar en profundidad el estudio y coordinar la firma del documento de consentimiento informado. ¿Le interesa participar?

Si le interesa, anotar nombre completo, número telefónico, día y horario en que podrá ser contactado.

Agradecer.

9.8 ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS DIABÉTICOS CON ÚLCERA DE PIE



N° FOLIO: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Alberto Nicolás Herrera Monsalves, Enfermero, Alumno del Programa de Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 18.388.718-1

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada en adultos diabéticos con úlcera de pie: estudio de aceptabilidad”.

A usted se le invita a participar en este estudio de investigación debido a que presenta una úlcera de pie diabético en un grado tal que facilita su cicatrización si se lleva a cabo un adecuado manejo.

Antes de decidir si participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO: Evaluar la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada dirigida a adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al Centro de Salud Familiar “Violeta Parra” de la comuna de Chillán

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN: Los criterios de selección para participar en este estudio se mencionan a continuación. Criterios de inclusión: Adulto

diabético de 20 años y más con úlcera de pie grado I y II de Wagner que se encuentre en curación avanzada adscrito al CESFAM Violeta Parra de la comuna de Chillán, alfabeto, que cuente con teléfono móvil operativo y con plan de llamadas y mensajería de texto. Criterios de exclusión: Adulto con deterioro cognitivo, hipoacusia, con alteraciones de salud mental (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo, según criterio diagnóstico registrado en ficha clínica), con enfermedad neurodegenerativa (alzheimer, parkinson), con úlcera secundaria a trauma agudo y con presencia de retinopatía, nefropatía y enfermedad arterial periférica. El número de participantes para llevar a cabo este estudio será de doce.

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: En caso de aceptar participar en el estudio, el investigador le hará preguntas verbales relacionadas con datos sociodemográficos de usted en un tiempo de 15 minutos en una sala del CESFAM Violeta Parra o en una visita a su domicilio, según su disponibilidad, resguardando protocolos COVID-19. Posterior a ello, y en un horario a convenir con el investigador, usted recibirá 6 sesiones telefónicas de enfermería personalizadas, las cuales tendrán una duración de 15 minutos las 5 primeras y 20 minutos la última, apoyadas por un cuadernillo que se le hará entrega si usted decide participar en esta intervención durante un periodo de 3 semanas considerando 2 sesiones semanales. Posteriormente recibirá 12 refuerzos por mensajería de texto y voz que se les hará llegar a su teléfono móvil, durante otro periodo de 3 semanas. Al finalizar esta etapa, el investigador del estudio le hará responder un cuestionario escrito que evaluará la aceptabilidad de la intervención en un tiempo de 30 minutos en una sala del CESFAM Violeta Parra o en una visita a su domicilio, según su disponibilidad, resguardando protocolos COVID-19.

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

1. El investigador principal posee las capacidades, la experiencia, los recursos y medios para desarrollar este estudio.
2. Los beneficios que obtengo de este estudio son recibir una atención por un profesional de enfermería personalizada con el apoyo de la tecnología de la información enfocada en el manejo de mi condición crónica y de la úlcera de pie diabético que actualmente es tratada en el CESFAM “Violeta Parra” de la comuna de Chillán.
3. Los datos que se obtendrán de este estudio es información que contribuirá al desarrollo de intervenciones en torno a personas que presentan úlceras de pie diabético.
4. Los riesgos de participar en esta investigación son mínimos, y podrían estar asociados a las actividades llevadas a cabo por las sesiones telefónicas, el contenido de los mensajes de texto y voz y/o a las preguntas del cuestionario sociodemográfico y del cuestionario que evaluará la aceptabilidad. En caso de que ocurran, el investigador tomará conocimiento, otorgará contención verbal y explicará actividad, contenido y/o pregunta que pueda generar esta situación.
5. La alternativa es no participar en esta investigación.
6. La no participación no implica consecuencias para los participantes.
7. La participación no implica compensación económica durante el periodo que dure la intervención.
8. Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por el investigador principal, Don Alberto Nicolás Herrera Monsalves, fono: 984289716, correo electrónico: albertherrera@udec.cl, Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción o por el Presidente del Comité Ético-Científico del Hospital Herminda Martin de

Chillán Dr. Carlos Escudero Orozco, fono: 42-2528138, correo electrónico: carlos.escudero@redsalud.gob.cl.

9. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello me perjudique.

10. Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias o publicados, pero mi nombre e identidad no será revelado y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

11. La información obtenida de este estudio será custodiada por el investigador principal del proyecto y almacenada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción por un periodo de 5 años.

12. Podré acceder a los resultados de esta evaluación solicitando la información al investigador principal mediante correo electrónico.

13. Mi consentimiento está dado libre y voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

14. Se me proporcionará una copia de este documento.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, de acuerdo a ello:

Acepto participar en el estudio

No acepto participar en el estudio

Firma Investigador Principal

Firma Participante en el Estudio

Firma Director/a y/o Ministro de Fe del CESFAM

Fecha: ____ / ____ / ____



9.9 ANEXO 9. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA ADULTOS DIABÉTICOS CON ÚLCERA DE PIE



CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
Fecha de la Encuesta	___ / ___ / ___	
P1. Sexo	Masculino: ___ 1	Femenino: ___ 2
P2. Edad (años cumplidos)	___ años	
P3. ¿Cuál es su estado civil actual?	Soltero(a): ___ 1 Casado(a): ___ 2 Divorciado(a): ___ 3 Viudo(a): ___ 4 Conviviente: ___ 5	
P4. ¿Cuál fue el último nivel educacional que usted cursó y aprobó?	Sin enseñanza educacional: ___ 1 Enseñanza básica incompleta: ___ 2 Enseñanza básica completa: ___ 3 Enseñanza media incompleta: ___ 4 Enseñanza media completa: ___ 5 Enseñanza superior incompleta: ___ 6 Enseñanza superior completa: ___ 7	
P5. ¿Cuántos años lleva con diabetes?	___ años	
P6. ¿Es Hipertenso?	Sí: ___ 1	No: ___ 2
P7. ¿Usted fuma?	Sí: ___ 1	No: ___ 2

9.10 ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ENTREVISTA COGNITIVA



N° FOLIO: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Alberto Nicolás Herrera Monsalves, Enfermero, Alumno del Programa de Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 18.388.718-1

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada en adultos diabéticos con úlcera de pie: estudio de aceptabilidad”.

A usted se le invita a participar en este estudio de investigación debido a que presenta una condición crónica por la que ha recibido atención de salud.

Antes de decidir si participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO: Evaluar la adaptación al español chileno del cuestionario “Treatment Acceptability and Preference (TAP)” que medirá la aceptabilidad de una intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada dirigida a adultos diabéticos con úlcera de pie grado I y II de Wagner adscritos al Centro de Salud Familiar “Violeta Parra” de la comuna de Chillán

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN: Los criterios de selección para participar de esta entrevista se mencionan a continuación: Criterios de inclusión: Adulto de

20 años y más, con Diabetes Mellitus Tipo 2 en tratamiento y alfabeto. Criterios de exclusión: Adulto con deterioro visual o auditivo. El número de participantes para llevar a cabo este estudio será de cinco.

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: En caso de aceptar la invitación de participar en el estudio, el investigador le proporcionará el cuestionario “Treatment Acceptability and Preference (TAP)” adaptada a una versión en español chileno, el cual se compone por nueve ítems de respuestas en formato tipo Likert que usted deberá responder, con el fin de evaluar la comprensión semántica, deseabilidad social, sensibilidad y adecuación de las opciones de respuesta durante una visita a su domicilio, según su disponibilidad, resguardando protocolos COVID-19.

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

1. El investigador principal posee las capacidades, la experiencia, los recursos y medios para desarrollar este estudio.
2. Los beneficios que se obtienen de esta actividad son claves en la adaptación cultural del cuestionario “Treatment Acceptability and Preference (TAP)” que será utilizado en una intervención telefónica en un CESFAM de la región de Ñuble.
3. Los riesgos de participar en esta investigación son mínimos, y podrían estar asociados a las preguntas del cuestionario. En caso de que ocurran, el investigador tomará conocimiento, otorgará contención verbal y explicará pregunta que pueda generar esta situación.
4. La alternativa es no participar en esta investigación.
5. La no participación no implica consecuencias para los participantes.
6. La participación no implica compensación económica.

7. Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por el investigador principal, Don Alberto Nicolás Herrera Monsalves, fono: 984289716, correo electrónico: albertherrera@udec.cl, Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción.

8. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello me perjudique.

9. Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias o publicados, pero mi nombre e identidad no será revelado y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

10. La información obtenida de este estudio será custodiada por el investigador principal del proyecto y almacenada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción por un periodo de 5 años.

11. Podré acceder a los resultados de esta evaluación solicitando la información al investigador principal mediante correo electrónico.

12. Mi consentimiento está dado libre y voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

13. Se me proporcionará una copia de este documento.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, de acuerdo a ello:

Acepto participar en el estudio

No acepto participar en el estudio

Firma Investigador Principal
Estudio

Firma Participante en el

Fecha: ____ / ____ / ____



9.11 ANEXO 11. RESULTADOS ENTREVISTA COGNITIVA

Preguntas originales del cuestionario	Preguntas de prueba	Resultados	Propuestas de modificaciones
<p>1. ¿Qué tan efectiva será esta intervención a corto plazo para mejorar su problema de salud?</p>	<p>a) ¿Qué entiende usted?</p> <p>b) ¿Cómo lo diría con sus propias palabras?</p>	<p>P1: <i>“se están preocupando por mi enfermedad y quieren tener un registro de cuánto tiempo se va a demorar en que se sane”</i></p> <p>P2: <i>“hay una intervención telefónica y si esa intervención telefónica sirve para solucionar mi problema de salud”</i></p> <p>P3: <i>“que tan importante puede ser, hacer esto para el bien de la salud”</i></p> <p>P4: <i>“que tanto me ayuda esta intervención a corto plazo”</i></p> <p>P5: <i>“que tan efectiva puede ser esta intervención, estas preguntas, a un plazo mínimo para mejorar la salud.”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>
<p>2. ¿Qué tan efectiva será esta intervención a largo plazo para mejorar su problema de salud?</p>	<p>a) ¿Cómo lo entiende usted?</p> <p>b) ¿Cómo podría decirlo con sus propias palabras?</p>	<p>P1: <i>“al estar recibiendo esa llamada, cierto, yo voy a estar preocupada de lo que me van a decir con respecto a cómo va mi problema”</i></p> <p>P2: <i>“la pregunta que dice que es a largo plazo para mejorar el problema, pero también va a depender de lo que yo ponga de mi parte”</i></p> <p>P3: <i>“que tan bueno será hacerlo a largo plazo para mejorar la salud”</i></p> <p>P4: <i>“qué tan efectiva será esta intervención por más tiempo para mejorar el problema de salud”</i></p> <p>P5: <i>“de qué manera va a ser positiva esta pregunta a un plazo mayor para mi salud”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>

<p>3. Como resultado de su problema de salud ¿qué tan efectiva será esta intervención para reducir la fatiga que experimenta durante el día?</p>	<p>a) ¿Cómo podría decir con sus propias palabras esta pregunta?</p> <p>b) ¿Cómo comprende esta pregunta?</p> <p>c) ¿Cómo la entiende?</p>	<p>P1: <i>“si estaría bien que yo sea asesorada en este caso de fatiga o de cualquier malestar que sienta debido a la diabetes”</i></p> <p>P2: <i>“la pregunta trata del problema directo de la diabetes que es la fatiga, es un tema que tiene todo el tiempo con esta enfermedad”</i></p> <p>P3: <i>“con la intervención que se va a hacer se puede mejorar la salud”</i></p> <p>P4: <i>“que tan efectiva será esta intervención para reducir el cansancio que se experimenta durante el día”</i></p> <p>P5: <i>“cuál sería el resultado para mi salud y que tan efectiva podría ser la intervención que se está realizando para la fatiga que puedo tener durante el día”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>
<p>4. Según su opinión ¿qué tan efectiva cree usted será esta intervención para mejorar su capacidad para realizar sus actividades diarias habituales?</p>	<p>a) ¿Cómo puede decirlo usted con sus propias palabras?</p> <p>b) ¿Cómo lo comprende?</p>	<p>P1: <i>“me voy a sentir mejor o más segura de lo que me pasa porque va a haber alguien que va a estar diciendo, si eso le debe pasar o eso no lo haga porque le va a pasar tal cosa, me va a estar advirtiéndome”</i></p> <p>P2: <i>“la efectividad va a depender de lo que tu digas por teléfono, de las recomendaciones y del cumplimiento que yo tengo que darle también”</i></p> <p>P3: <i>“se puede usar la palabra que tan importante va a hacer la intervención en mejorar todo, la actividad física, todo”</i></p> <p>P4: <i>“que tan efectiva puede ser la ayuda que me van a dar para mi quehacer diario”</i></p> <p>P5: <i>“que tan efectivo puede ser el cuestionario para la intervención para mejorar mi salud en mis actividades diarias”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>

<p>5. ¿Qué tan aceptable le parece esta intervención?</p>	<p>a) ¿Cómo podría decirlo usted de otra manera o con sus propias palabras?</p>	<p>P1: <i>“que tan preocupante es esta intervención”</i></p> <p>P2: <i>“que tan recomendable le parece esta intervención”</i></p> <p>P3: <i>“que tan importante le parece esta intervención”</i></p> <p>P4: <i>“que tan me parece esta intervención”</i></p> <p>P5: <i>“que tan favorable me parece esta intervención”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>
<p>6. ¿Qué tan apropiada parece ser esta intervención para su problema de salud?</p>	<p>a) ¿Cómo puede decirlo usted con sus propias palabras?</p>	<p>P1: <i>“que es apropiado, o sea, quien está llamando y preocupándose de uno, que te esté llamando y como se siente”</i></p> <p>P2: <i>“está diciendo si se ajusta a la necesidad que yo tengo. Se ajusta al problema de salud que tengo, yo creo que sería eso”</i></p> <p>P3: <i>“que tan necesaria puede ser para el problema de salud”</i></p> <p>P4: <i>“en qué me va a ayudar para mi problema”</i></p> <p>P5: <i>“que tan positiva puede ser la intervención para mi salud”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>
<p>7. Según su opinión ¿qué tan malos son los efectos secundarios de esta intervención?</p>	<p>a) ¿Cómo lo entiende usted?</p> <p>b) ¿Cómo lo diría con sus propias palabras?</p>	<p>P1: <i>“yo creo que nada de malos, porque si te están dando es facilidad de preguntas, que se preocupen”</i></p> <p>P2: <i>“yo sé que acá lo que habría que contestar sería algo malo o nada malo, porque en realidad tu estás tratando con una persona que tiene diabetes y que concientiza de su enfermedad”</i></p> <p>P3: <i>“que no tan buenos, no buenos”</i></p> <p>P4: <i>“que tan negativos serían”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>

		<p><i>los efectos de esta intervención</i></p> <p>P5: <i>“que tan negativos podrían ser los efectos de la intervención para mi salud”</i></p>	
<p>8. Según su opinión ¿qué tan fácil será realizar todas las actividades de esta intervención?</p>	<p>a) Con sus propias palabras ¿cómo podría ser?</p> <p>B) ¿Cómo lo entiende?</p>	<p>P1: <i>“que tan fácil, todo depende de la disponibilidad del paciente”</i></p> <p>P2: <i>“que tan expedito podría decirte para todas estas actividades de la intervención”</i></p> <p>P3: <i>“que tan apropiadas serán las actividades”</i></p> <p>P4: <i>“en que te ayudaría la intervención ... como lo haría para hacerlo más fácil. Según el empeño que tan fácil será hacer estas actividades”</i></p> <p>P5: <i>“que tan fácil serán estas actividades para mi salud, de la intervención”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>
<p>9. ¿Qué tan dispuesto/a está para cumplir esta intervención?</p>	<p>a) ¿Qué entiende usted?</p> <p>b) ¿Cómo lo diría con sus propias palabras?</p>	<p>P1: <i>“que tan receptivo a hacer lo que te manden, una cosa así”</i></p> <p>P2: <i>“que disposición tengo, que factibilidad tengo para cumplir esta intervención”</i></p> <p>P3: <i>“que tan interesada”.</i></p> <p>P4: <i>“como está su disponibilidad para participar”</i></p> <p>P5: <i>“que tan disponible estoy para cumplir la intervención”</i></p>	<p>Sin modificaciones.</p>

9.12 ANEXO 12: AUTORIZACIÓN DEL AUTOR

On Wed, May 4, 2022 at 7:37 AM Alide Salazar <alide.alisalaz@gmail.com> wrote:

Dear Professor Souraya Sidani,

My name is Alide Salazar. I am a Professor at the Faculty of Nursing at the University of Concepción, Chile.

Colleagues and I have read your article "Feasibility, Acceptability and Effects of a Foot Self-Care Educational Intervention on Minor Foot Problems in Patients with Type 2 Diabetes at Low Risk for Foot Ulceration: A Pilot Study," which we consider very interesting.

Currently, I am working with colleagues on a Telephone intervention project to support self-management in ulceration and glycosylated hemoglobin in diabetic adults with foot ulcers: acceptability study.

We've been looking for an instrument to measure patients' acceptability towards the intervention, and we were wondering if it would be possible to get a hold of the adapted version of the Intervention Rating Profile-15 (IRP-15) used in your study.

I will be grateful for your response and willingness.

Attentive to your comments,

Sincerely,

Alide.

El mié, 4 may 2022 a las 15:33, Souraya Sidani (<ssidani@ryerson.ca>) escribió:

Dear Professor Salazar:

Thank you for your email.

I am a bit unsure about your request. I believe the Intervention Rating Profile - 15 was developed by other researchers and Dr Fan may have adapted it to her study. Unfortunately, I do not have a copy of the adapted measure to share with you. However, I have developed a measure to assess the perception or the acceptability of health interventions; the measure is described in the article referenced below. I would be most willing to share the measure if this is what you are looking for.

Sidani, S., Epstein, D.R., Miranda, J., Fox, M. (2018). Psychometric properties of the Treatment Perception and Preferences scale. Clinical Nursing Research, 27 (6), 743-761. DOI: 10.1177/1054773816654137

On Wed, May 4, 2022 at 5:44 PM Alide Salazar <alide.alisalaz@gmail.com> wrote:

Dear Professor Sidani,

Thank you for your prompt response.

First of all, it is an honor to establish contact with you. Your work and book are an example for my students and me.

I've read your paper, and I would like to know if you could share the measure.

Thanks in advance.

Sincerely,

Alide.

El jue, 5 may 2022 a las 8:55, Souraya Sidani (<ssidani@ryerson.ca>) escribió:

Thank you for the information. I hope my work is useful to others.






Please, find attached a copy of the measure. You have permission to:

- adapt it to your study context including: 1) adding a description of the intervention, and 2) replacing the outcomes listed in the respective items with those expected of your intervention; and
- translate it.

Please, do not hesitate to contact me if you have any questions.

All the best

Re: Contact from University of Concepción Mensaje 15 de 1384

	De	Alide Salazar 
	Destinatario	Souraya Sidani 
	Cc	Alberto Nicolas Herrera Monsalves  , Maria Elena Lagos Garrido 
	Fecha	2022-05-05 18:54

Dear Professor Sidani,

Thank you for sending me the TAP measure and for the permission to use it.

We are very grateful for your support.

Kind regards,

Alide.



9.13 ANEXO 13: TREATMENT ACCEPTABILITY AND PREFERENCE VERSIÓN ESPAÑOL CHILENO

Cuestionario de la Aceptabilidad y la Preferencia del Tratamiento – Adaptación Español Chileno

La intervención telefónica de apoyo al automanejo se ha desarrollado en base a estudios que han encontrado que las intervenciones de estas características tienen éxito en el manejo de la úlcera de pie diabético, entendiendo que esta complicación es su problema de salud. A continuación, leerá una descripción de lo que se trató la intervención y luego le haré algunas preguntas al respecto.

La intervención telefónica de apoyo al automanejo se encuentra dirigida a personas que presentan úlceras de pie diabético, quienes recibieron 6 llamadas telefónicas por parte de un profesional de enfermería durante 3 semanas, con el fin de realizar actividades relacionadas al manejo de su problema de salud utilizando un cuadernillo de apoyo. Posteriormente, recibieron 12 mensajes de texto o voz durante otras 3 semanas que reforzaron los temas tratados durante cada llamada telefónica.

Ahora que ha aprendido de la intervención telefónica, califique lo siguiente:

Calificación: Las siguientes preguntas tienen que ver como usted percibe la intervención telefónica en la que participó. Por favor, conteste las preguntas marcando con un círculo la respuesta más adecuada. No hay respuesta correcta o incorrecta.

1. ¿Qué tan efectiva será esta intervención a corto plazo para mejorar su problema de salud?

Nada efectivo	Algo efectivo	Efectivo	Muy efectivo	Totalmente efectivo
0	1	2	3	4

2. ¿Qué tan efectiva será esta intervención a largo plazo para mejorar su problema de salud?

Nada efectivo	Algo efectivo	Efectivo	Muy efectivo	Totalmente efectivo
0	1	2	3	4

3. Como resultado de su problema de salud ¿qué tan efectiva será esta intervención para reducir la fatiga que experimenta durante el día?

Nada efectivo	Algo efectivo	Efectivo	Muy efectivo	Totalmente efectivo
0	1	2	3	4

4. Según su opinión ¿qué tan efectiva cree usted será esta intervención para mejorar su capacidad para realizar sus actividades diarias habituales?

Nada efectivo	Algo efectivo	Efectivo	Muy efectivo	Totalmente efectivo
0	1	2	3	4

5. ¿Qué tan aceptable le parece esta intervención?

Nada aceptable	Algo aceptable	Aceptable	Muy aceptable	Totalmente aceptable
0	1	2	3	4

6. ¿Qué tan apropiada parece ser esta intervención para su problema de salud?

Nada apropiado	Algo apropiado	Apropiado	Muy apropiado	Totalmente apropiado
0	1	2	3	4

7. Según su opinión ¿qué tan malos son los efectos secundarios de esta intervención?

Nada malos	Algo malos	Malos	Muy malos	Totalmente malos
4	3	2	1	0

8. Según su opinión ¿qué tan fácil será realizar todas las actividades de esta intervención?

Nada fácil	Un poco fácil	Fácil	Muy fácil	Totalmente fácil
0	1	2	3	4

9. ¿Qué tan dispuesto/a está para cumplir esta intervención?

Nada dispuesto	Algo dispuesto	Dispuesto	Muy dispuesto	Totalmente dispuesto
0	1	2	3	4

© Sidani adaptada por Herrera et al. (2023)

