

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR ATRIBUCIONES CAUSALES DE LAS COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS

Zarco Villavicencio Alejandro¹, Cardoso Gómez Marco Antonio¹, Sánchez Ruíz José Gabriel¹, Arellano Cobián José Fernando¹

¹Facultad de Estudios Superiores Zaragoza U.N.A.M.

Citation: Zarco Villavicencio A., Cardoso Gómez M A., Sánchez Ruíz J G., Arellano Cobián J F. (2017) Construcción y Validación por juicio de expertos de un instrumento para medir atribuciones causales de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus, Revista de Salud Pública y Nutrición, 16(2), 36 – 44.

Editor: Esteban G. Ramos Peña, Dr. CS., Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública, Monterrey Nuevo León, México.

Copyright: ©2017 Zarco Villavicencio A. et al. This is an open-access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License [CC BY-ND 4.0], which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

*Email: Alezv88@gmail.com

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR ATRIBUCIONES CAUSALES DE LAS COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS

Zarco Villavicencio Alejandro¹, Cardoso Gómez Marco Antonio¹, Sánchez Ruíz José Gabriel¹, Arellano Cobián
José Fernando¹

¹Facultad de Estudios Superiores Zaragoza U.N.A.M.

RESUMEN

Introducción: La transición epidemiológica y demográfica, así como la modificación del estilo de vida han contribuido a incrementar la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) y otras enfermedades crónicas. La DM provoca complicaciones que trastornan la calidad de vida y llevan a una muerte prematura, además de generar costos elevados para su atención. Los enfermos con DM realizan atribuciones causales acerca de su enfermedad, y conocerlas ayuda a explicar y entender lo que le pasa al enfermo y permite llevar a cabo acciones preventivas. **Objetivo:** Diseñar y validar un instrumento que permita conocer las atribuciones causales que los enfermos con DM realizan en relación a sus complicaciones crónicas. **Métodos:** Se desarrolló una escala tipo Likert de 36 ítems y se sometió a validación de contenido por 10 jueces de varias disciplinas del área de la salud. **Resultados:** Los ítems que fueron calificados con un porcentaje superior o igual a 80 en las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia fueron incluidos en la escala. 4 ítems presentaron deficiencia en alguna categoría. **Conclusiones:** Los resultados indican una adecuada validez de la escala, por lo que asumimos que tiene un potencial considerable para identificar los factores a los cuales los enfermos con DM atribuyen sus complicaciones crónicas y así contribuir en la prevención y control de las mismas.

Palabras Clave: Juicio de expertos, validez de contenido, atribuciones causales, diabetes mellitus.

ABSTRACT

Introduction: Epidemiologic and demographic transitions, as well as modifications in life-style have contributed to the increase in prevalence of diabetes mellitus (DM) and other chronic diseases. DM causes complications that transform the living standard and lead to premature death, along with generating additional costs for its medical treatment. Patients with DM provide causal attributions to their disease and this knowledge helps to understand and explain their symptoms, and enables to take preventive measures. **Objective:** Designing and validation of an instrument that allows the determination of causal attributions that patients with DM make regarding their chronic complications. **Methods:** A Likert-type scale with 36 items was built and validated by 10 judges from different health-care disciplines. **Results:** Items with a qualification greater or equal than 80% in sufficiency, clarity, coherence and relevance were included in the scale. 4 items had deficiency in certain category. **Discussion:** Results indicate an appropriate validity in the scale, so it is assumed that it has a significant potential for the identification of factors of their chronic complications attributed by the patients with DM, in order to contribute to the prevention and control of the same.

Key words: Expert judgement, content validity, causal attributions, diabetes mellitus.

Introducción

Como resultado de la transición epidemiológica y demográfica que se presenta desde las últimas cuatro décadas del siglo XX en el ámbito mundial, las enfermedades crónico-degenerativas han venido ocupando los primeros lugares en las estadísticas de morbi-mortalidad, que antes pertenecían a las enfermedades infecciosas agudas.

La transición epidemiológica se encuentra vinculada a la transición de riesgos (Kuri-Morales, 2011), siendo la modificación abrupta del estilo de vida el principal riesgo para la salud de la población, que puede explicar el incremento en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en México (Menéndez et al, 2005), de 7.3% en 2006, a 9.2% en 2012 y 9.4 % en 2016 (ENSANUT MC 2016). La diabetes mellitus (DM) es una de las patologías no transmisibles más frecuentes y de mayor severidad por sus diversas complicaciones crónicas (Sierra y Mendivil, 2006; ADA, 2015), que llevan a quienes la padecen a tener una mala calidad de vida o una muerte prematura (García, 1998; Garza, 2003; Mata, 2003; Arredondo y De Icaza, 2011). Además, el tratamiento y control de la DM revelan un alto costo económico y social, sobre todo ocasionado por sus complicaciones (De los Ríos- Castillo, 2004).

Se estima que una tercera parte de los individuos con DM no sabe que la padece y tampoco realiza acciones apropiadas de detección (Fisher et al, 2002). Jiménez-Corona et al (2013) mencionan que el periodo de latencia largo de la enfermedad incrementa la posibilidad de que el diagnóstico se realice en forma tardía.

La DM requiere cuidado clínico y educación continua para prevenir sus complicaciones agudas y crónicas (ADA, 2004). Apóstolo et al (2007) y la ADA (2015) mencionan que la DM exige una alteración e integración permanente de las actividades de la vida diaria para poder evitar sus graves complicaciones. Según López-Amador y Ocampo-Barrio (2007), la mayoría de los enfermos está consciente sobre cómo se pueden evitar o retardar las complicaciones y aunque lo pueden atribuir al tratamiento, al plan alimentario o a la actividad física no presentan un adecuado apego a éstos.

La DM es atribuida a la mala alimentación, a los antecedentes familiares o al mal funcionamiento del organismo entre otras cosas (Garza et al, 2003). Asimismo, en algunas personas con diabetes existen creencias, tabúes y prohibiciones con respecto al uso de ciertos productos, que los hacen adoptar patrones inapropiados de comportamiento (Péres, Santos, Zanetti y Ferronato, 2007).

Las atribuciones que realizan las personas sobre su diagnóstico y pronóstico aun cuando sean médicamente incorrectas condicionan fuertemente el comportamiento que asumen en torno a la enfermedad (Bail Pupko et al, 2012), ya que dichas atribuciones influyen ampliamente sobre el comportamiento de las personas (De la Torre y Godoy, 2002).

Se ha documentado acerca del papel de las creencias, la vulnerabilidad y otras variables psicológicas, en diversas enfermedades. En particular, en las conductas de acudir a revisiones preventivas, por ejemplo en cáncer (Andreu et al, 2007; Romero, 2011), aunque también con la adaptación y afrontamiento a la enfermedad.

Las atribuciones se consideran una explicación empírica, ya sea externa o interna de las cosas que le pasan al individuo, sirven como guía de futuras conductas y son una fuerte motivación para realizar acciones preventivas en salud (Roesch y Weiner, 2001, citados por Garza et al, 2003). Bail Pupko et al (2012) plantean que es inherente al ser humano generar explicaciones que integren y den sentido a los eventos de la vida, por lo que en las enfermedades crónicas se sigue la misma lógica. León, Páez y Díaz (2003) refieren que las atribuciones se hacen debido a la necesidad de las personas de predecir el futuro y controlar los eventos. Ante la amenaza o la experiencia de una enfermedad las personas generan explicaciones acerca del origen de ésta. Turquist et al (1988, citado en León, Páez y Díaz, 2003) encontraron que ante enfermedades severas los enfermos hacen más atribuciones causales que en el caso de enfermedades menos amenazantes.

Conocer las atribuciones relacionadas con la enfermedad facilita el canal de la comunicación médico-paciente, ayuda a entender y explicar las cosas que le pasan al enfermo, brinda un marco referencial para futuras decisiones y conductas que

pueden minimizar los resultados negativos porque motivan hacia la realización de conductas preventivas (Garza et al, 2003). En estudios sobre enfermos con cáncer se concluye que la importancia de estudiar las atribuciones se debe a que influyen en la realización de conductas pro-salud (Romero, 2011).

En la revisión de la literatura realizada por los autores, se encontraron pocos estudios acerca de las atribuciones que realizan los individuos con DM en relación con las complicaciones de su enfermedad (Garza et al, 2003; Moreno, 2004; López-Amador, 2007; Page-Pliego, 2015) y al parecer no se cuenta con algún instrumento diseñado para recabar información al respecto. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es describir la construcción de un instrumento y su proceso de validación, para identificar las atribuciones causales que las personas con DM formulan sobre las complicaciones de esta enfermedad que han presentado o que suceden en la actualidad, con el fin de incidir en aquellos factores a los que la persona atribuye la presencia de complicaciones y así tratar de modificar el curso de la enfermedad, retrasando o evitando la aparición de dichas complicaciones.

Material y Métodos

Participantes

Los participantes fueron los que se describen a continuación, porque se eligió la técnica de juicio de expertos en la validación del instrumento debido a que esta técnica es confiable y relativamente sencilla, y porque se utiliza frecuentemente en la validación de contenido de los instrumentos antes de aplicar éstos a la población.

Con base en las propuestas de Hyrkas (2003), Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) y Brill, 2006; García y Fernández, 2008 (citados por Cabero y Barroso 2013), utilizando criterios como la vinculación del experto con el problema de interés para el estudio, la experiencia profesional, cualidades personales para participar en las investigaciones y pericia profesional, se invitó a 10 jueces, de diferentes profesiones del área de la salud, con la finalidad de que la evaluación del instrumento se realizara de manera multidisciplinaria; todos ellos con experiencia y disposición para evaluar el instrumento. Los jueces se desempeñan en diversas

áreas de ejercicio profesional: académica, asistencial e investigación.

Los jueces invitados que realizaron la evaluación del instrumento fueron:

- 1.- MGO. 60 años. Médico Cirujano con especialidad en Medicina Familiar. Experiencia en consulta de medicina familiar, módulo DIABETIMSS, enseñanza, coordinación médica.
 - 2.- MIRS. 40 años. Médico Cirujano con especialidad en Medicina Familiar. Experiencia en consulta de medicina familiar, módulo DIABETIMSS, enseñanza, coordinación médica.
 - 3.- PMS. 50 años. Psicóloga con maestría en Terapia Transpersonal. Tanatóloga. Experiencia en enseñanza, psicoterapia.
 - 4.- GMMB. 58 años. Psicóloga con maestría en Antropología y experiencia en psicología educativa y educación para la salud.
 - 5.- MLPL. 59 años. Médico Cirujano con especialidad en Medicina Familiar, maestría en Salud Pública y doctorado en Ciencia de la Salud Colectiva. Experiencia en consulta médica de urgencias, epidemiología, enfermedades relacionadas con la nutrición, enseñanza.
 - 6.- IAAL. 58 años. Médico Cirujano con maestría en Salud Pública. Experiencia en enseñanza, salud pública y epidemiología.
 - 7.- RMOM. 50 años. Licenciada en Enfermería con maestría en Enfermería y doctorado en Ciencias de la Enfermería. Experiencia en investigación cualitativa en familia, salud familiar y enfermedades crónicas.
 - 8.- VRA. 50 años. Licenciada en Enfermería y Obstetricia, con maestría y doctorado en Ciencias de la Enfermería. Experiencia en enfermedades crónicas, el adulto mayor, el cuidador familiar.
 - 9.- FRBM. 61 años. Médico Cirujano con especialidad en Medicina Familiar. Experiencia en consulta de medicina familiar, enseñanza.
 - 10.- FLS. 57 años. Médico Cirujano con especialidad en Medicina Interna. Experiencia en enfermedades crónico-degenerativas, enseñanza.
- Instrumento.

El instrumento que se diseñó lo denominamos *Escala de atribuciones causales en las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus* (EACCCDM) e incluye la siguiente estructura:

- a) Título
- b) Propósito de la escala

c) Instrucciones para responder una serie de frases que constituyen los ítems de la escala, utilizando alguno de los 5 puntos en formato tipo Likert en que está diseñada: 1.- Totalmente en desacuerdo, 2.- En desacuerdo, 3.- No sé, 4.- De acuerdo y 5.- Totalmente de acuerdo.

d) Tabla con 36 ítems, que se agruparon en 3 dimensiones: biológica, social y psicológica. Dentro de cada una de las dimensiones mencionadas se consideraron diferentes categorías:

En la dimensión biológica las categorías fueron: Ejercicio-descanso, alimentación, herencia y medicamentos.

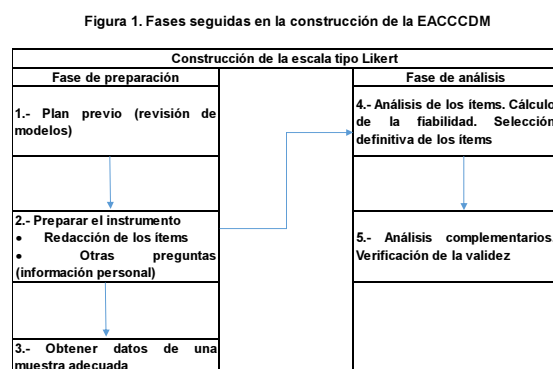
En la dimensión social las categorías fueron: Apoyo, médico tratante y economía.

Con respecto a la dimensión psicológica las categorías fueron: Rasgos de personalidad y factores incontrolables.

e) Agradecimiento

En la construcción de la escala para evaluar las atribuciones causales de las complicaciones que presentan los enfermos con DM, se utilizó el procedimiento planteado por Morales (2011), por lo que la construcción de la escala se realizó en 2 fases: Preparación y Análisis (Figura 1).

Figura 1. Fases seguidas en la construcción de la EACCCDM



La construcción de los ítems se llevó a cabo solicitando a 15 médicos familiares y 5 médicos generales adscritos a unidades de Medicina Familiar

del sector salud, ubicadas en la zona oriente de la Ciudad de México, que anotaran las causas a las que los enfermos de DM que acuden a sus unidades atribuyen la presencia sus complicaciones. De dichas respuestas se diseñaron varios ítems y se seleccionaron 36 de ellos.

La estructura del instrumento se configuró en 2 bloques de ítems o preguntas.

Estructura de la escala

Bloque 1 Ítems de identificación personal (sexo, edad, etc.)

Bloque 2 Ítems de la escala de atribuciones

Para garantizar la sinceridad en las respuestas no se incluyó en la estructura de la escala la solicitud del nombre del participante, ni algún otro dato que permitiera su identificación.

Procedimiento.

A cada uno de los jueces se le entregó un paquete que incluía:

I.- Invitación personalizada, con las instrucciones necesarias para evaluar las diferentes dimensiones de los 36 ítems que conforman el instrumento, así como los objetivos de la investigación, de la prueba y del juicio de expertos.

II.- Tabla explicativa para la calificación de los ítems, indicando que la evaluación debía hacerse considerando cuatro niveles de cumplimiento: 1.- No cumple con el criterio, 2.- Bajo nivel, 3.- Moderado nivel y 4.- Alto nivel. La evaluación debían hacerla en cada una de las siguientes categorías:

- Suficiencia. Los ítems de una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.
- Claridad. El ítem se comprende fácilmente, su sintáctica y semántica son adecuadas.
- Coherencia. El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.
- Relevancia. El ítem es esencial o importante y debe ser incluido.
-

III.- Tabla donde se presentan agrupados los ítems en dimensiones biológica, social o psicológica.

IV.- Hoja para concentrar los datos de la evaluación, incluyendo un espacio para comentarios y sugerencias que quisiera hacer el juez.

V.- Glosario de términos utilizados en el instrumento.

VI.- La Escala de atribuciones causales en las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Una vez concluida la evaluación del instrumento por los jueces, los resultados se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 22.

Para evaluar la validez de contenido de la EACCCDM nos basamos en varios criterios mencionados en la literatura cuando esta se realiza mediante el método de expertos. En primer lugar, para determinar si en cuanto a las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia cada ítem podía ser considerado para formar parte de la escala se aplicó una variante del señalamiento de Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner y Oksa, (2003), que originalmente dice que si un 80% de los expertos están de acuerdo en la validez de un ítem este puede ser incorporado al instrumento. Específicamente, se procedió de la siguiente manera: por una parte, se agrupó al porcentaje de expertos que asignaron a cada ítem la calificación de 1 (no cumple con el criterio) y 2 (lo cumple con bajo nivel). Por otra, se formó un segundo grupo, el de los que calificaron con 3 (el ítem cumple el criterio con moderado nivel) y 4 (lo cumple con alto nivel). De esta manera, con base en el segundo agrupamiento, los ítems que alcanzan un porcentaje superior o igual a 80 en las cuatro categorías se incluyen en la EACCCDM.

Resultados

En la Tabla I se presentan los porcentajes obtenidos del segundo agrupamiento siguiendo el orden que tenían en los formatos de evaluación entregados a los jueces. Se encontró que de acuerdo al procedimiento de análisis empleado, la mayoría de los ítems están bien calificados y que los ítems 16, 25, 4 y 14 requieren revisión para determinar su inclusión, después de alguna modificación, o definitivamente su eliminación. Se considera la posibilidad de mantener alguno de estos ítems o todos ya que varios de los expertos participantes proporcionaron comentarios adicionales en algunos de ellos al calificarlos. En la Tabla I, la diferencia entre el valor mostrado y el 100% corresponde al porcentaje de expertos que evaluaron el ítem con la categoría no cumple el criterio y lo cumple con bajo nivel.

Tabla 1. Porcentaje de expertos que calificaron con la categoría moderado y alto nivel

Número	Ítem	Categorías evaluadas			
		Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
5	Tomar varios refrescos al día	90	100	100	90
16	Utilizar insulina	70	90	80	70
23	El médico no está bien preparado	90	100	90	90
27	Es caro acudir a la consulta mensual	80	90	100	90
7	Comer muchas tortillas	80	100	90	90
8	Comer muchas golosinas	100	100	100	100
11	Familiares directos con Diabetes Mellitus	100	90	100	90
17	Sin apoyo de la familia	90	100	90	90
29	Soy muy enojón	100	100	100	100
31	Me enfermo muy seguido	100	100	100	90
26	Es caro seguir una dieta	100	90	100	100
2	Dormir poco	100	100	100	100
15	Utilizar muchas medicinas	100	100	100	100
21	El médico no me informó sobre la diabetes	100	90	100	100
25	Alto costo de los medicamentos	80	70	90	90
32	Soy muy desconfiado	100	100	90	90
12	Tomar medicinas que no me indicó el médico	100	100	100	90
28	Soy muy nervioso	80	90	80	80
33	Por un susto muy fuerte	100	100	100	100
6	Comer varias piezas de pan al día	100	90	100	100
13	No usar las dosis indicadas en las medicinas	100	90	100	90
19	Muchos problemas familiares	100	100	100	100
20	Falta de confianza en el médico	100	90	90	80
36	Brujería	90	90	90	80
3	Hacer poco ejercicio	90	90	90	90
24	Solicita pocos estudios de laboratorio	90	90	100	100
34	Usar remedios caseros	90	80	90	80
1	Ejercicio excesivo	100	100	100	90
4	Trabajar mucho	90	90	90	70
9	Comer en horarios no establecidos	100	100	100	90
14	No seguir los horarios para tomar las medicinas	80	80	60	50
18	Sin apoyo de amigos y compañeros	100	100	100	100
10	Tomar bebidas alcohólicas	90	100	90	80
22	Falta de comunicación entre médico y paciente	90	100	90	100
30	Soy muy descuidado	90	100	90	80
35	Mala suerte	90	90	90	80

También se calculó la media aritmética de las calificaciones otorgadas por los jueces a cada categoría evaluada de cada ítem. Tomando en cuenta que cuando el juez asignaba una calificación de 3 significaba que el ítem cumplía en un nivel moderado el criterio y que 4 correspondía a un nivel alto se consideró que una calificación media superior a 3.0 representaba un comportamiento adecuado del ítem. En la Tabla II se presentan los resultados obtenidos. Se puede notar que los ítems 16 y 14 presentan deficiencias en relevancia y el 16 también en suficiencia.

Aclaremos que aunque algunos autores (como Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008) mencionan el uso de varios estadísticos como parte del análisis de las propiedades psicométricas de un instrumento se descartaron algunos, por su objetivo y por la naturaleza de los datos y el tipo de diseño de investigación requerido; además, porque no se buscaba analizar la confiabilidad de la EACCCDM en este momento.

Tabla 2. Puntaje medio, entre paréntesis la desviación estándar, de los ítems de la EACCCDM en las categorías evaluadas

Número	Ítem	Categorías evaluadas			
		Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
5	Tomar varios refrescos al día	3.4 (.69)	3.4 (.51)	3.7 (.48)	3.4 (.96)
16	Utilizar insulina	2.9 (1.1)	3.2 (.91)	3.1 (1.1)	2.8 (1.3)
23	El médico no está bien preparado	3.4 (.69)	3.6 (.51)	3.5 (.70)	3.3 (.94)
27	Es caro acudir a la consulta mensual	3.4 (.84)	3.6 (.69)	3.8 (.42)	3.6 (.96)
7	Comer muchas tortillas	3.5 (.85)	3.7 (.48)	3.5 (.97)	3.6 (.96)
8	Comer muchas golosinas	3.8 (.42)	3.8 (.42)	3.8 (.42)	3.9 (.31)
11	Familiares directos con Diabetes Mellitus	3.8 (.42)	3.5 (.42)	3.8 (.97)	3.6 (.96)
17	Sin apoyo de la familia	3.5 (.97)	3.7 (.48)	3.6 (.96)	3.6 (.96)
29	Soy muy enojón	3.9 (.31)	3.8 (.42)	3.9 (.31)	3.8 (.42)
31	Me enfermo muy seguido	3.8 (.42)	3.8 (.42)	3.8 (.42)	3.6 (.96)
26	Es caro seguir una dieta	3.9 (.31)	3.5 (.97)	3.9 (.31)	3.9 (.31)
2	Dormir poco	3.9 (.31)	3.9 (.31)	3.9 (.31)	3.8 (.42)
15	Utilizar muchas medicinas	3.7 (.48)	3.7 (.48)	3.8 (.42)	3.8 (.42)
21	El médico no me informó sobre la diabetes	3.8 (.42)	3.6 (.69)	3.8 (.42)	3.8 (.42)
25	Alto costo de los medicamentos	3.5 (.85)	3.0 (1.0)	3.7 (.67)	3.7 (.67)
32	Soy muy desconfiado	3.8 (.42)	3.8 (.42)	3.7 (.67)	3.7 (.67)
12	Tomar medicinas que no me indicó el médico	4.0 (.00)	3.8 (.42)	4.0 (.00)	3.7 (.94)
28	Soy muy nervioso	3.6 (.84)	3.6 (.69)	3.5 (1.0)	3.4 (1.0)
33	Por un susto muy fuerte	4.0 (.00)	3.9 (.31)	4.0 (.00)	4.0 (.00)
6	Comer varias piezas de pan al día	4.0 (.00)	3.7 (.67)	3.8 (.42)	4.0 (.00)
13	No usar las dosis indicadas en las medicinas	3.8 (.42)	3.8 (.63)	3.9 (.31)	3.6 (.96)
19	Muchos problemas familiares	4.0 (.00)	4.0 (.00)	4.0 (.00)	4.0 (.00)
20	Falta de confianza en el médico	3.8 (.42)	3.6 (.69)	3.6 (.69)	3.4 (.84)
36	Brujería	3.6 (.96)	3.7 (.67)	3.6 (.96)	3.4 (1.0)
3	Hacer poco ejercicio	3.8 (.63)	3.6 (.96)	3.7 (.94)	3.8 (.63)
24	Solicita pocos estudios de laboratorio	3.8 (.63)	3.8 (.63)	3.9 (.31)	3.9 (.31)
34	Usar remedios caseros	3.6 (.96)	3.5 (1.0)	3.6 (.96)	3.4 (1.0)
1	Ejercicio excesivo	3.8 (.42)	4.0 (.00)	4.0 (.00)	3.6 (.96)
4	Trabajar mucho	3.7 (.67)	3.6 (.69)	3.7 (.67)	3.3 (1.1)
9	Comer en horarios no establecidos	3.8 (.42)	3.9 (.31)	3.9 (.31)	3.6 (.69)
14	No seguir los horarios para tomar las medicinas	3.4 (1.0)	3.4 (1.0)	3.0 (1.1)	2.8 (1.3)
18	Sin apoyo de amigos y compañeros	3.8 (.42)	3.8 (.42)	3.8 (.42)	3.7 (.48)
10	Tomar bebidas alcohólicas	3.6 (.96)	4.0 (.00)	3.7 (.94)	3.4 (1.2)
22	Falta de comunicación entre médico y paciente	3.6 (.96)	3.9 (.31)	3.5 (.97)	3.8 (.42)
30	Soy muy descuidado	3.5 (.97)	3.9 (.31)	3.5 (.97)	3.2 (1.2)
35	Mala suerte	3.5 (.97)	3.4 (.96)	3.4 (.96)	3.2 (1.2)

Discusión

Los estudios sobre atribuciones causales se han realizado sobre diferentes temas, como: rendimiento escolar, éxito y fracaso, pobreza, maltrato a la mujer, desempleo, obesidad, depresión, motivación y deporte. Sin embargo, existen pocos estudios que indaguen sobre atribuciones causales en enfermedades como la DM.

Según Malacara (2003) la diabetes es atribuida a la mala alimentación, a los antecedentes familiares o al mal funcionamiento del organismo, entre otros. En el trabajo realizado por López-Amador y Ocampo-

Barrio (2007) en un grupo de diabéticos mexicanos aunque se mencionan como creencias, constituyen atribuciones de los enfermos con DM acerca del origen de su enfermedad, alimentación, ejercicio, tratamiento y complicaciones. Con respecto a estas últimas, las atribuyen a la alimentación, actividad física y tratamiento, reconociendo que la falta de apego a las indicaciones médicas es la causa de descontrol glucémico y la aparición de complicaciones. Este autor considera importante tomar en cuenta todos los puntos de vista acerca de la realidad de los enfermos con DM, uno de los cuales son las atribuciones, pues son ellos quienes viven la enfermedad y en pocas ocasiones se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a sus problemas.

En un estudio realizado por Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villarreal (2003) en el noreste de México, se mencionan las atribuciones causales de 350 enfermos con respecto a las causas y la evolución de los síntomas de la diabetes. El susto fue la atribución más frecuente, seguida del coraje, la herencia, los problemas familiares, y otras menos frecuentes, como comer mucho azúcar, vida sedentaria, descuido y brujería. Page-Pliego (2015) en su estudio realizado en Chiapas, México, encontró que la DM es atribuida al “mal echado” (equivalente a la brujería), el susto y los excesos dietéticos. Entre los ítems de nuestra escala de atribuciones se contemplan todas las atribuciones mencionadas por estos autores.

Moreno et al (2004) mencionan que las personas con DM comparten la misma enfermedad, pero el significado de ésta en la vida de cada una es único y diferente, ya que las creencias, valores y actitudes individuales influyen en la conducta y por lo tanto en la adhesión al plan terapéutico. Relacionado con lo anterior, Péres, Santos, Zanetti y Ferronato (2007) consideran que las categorías referidas a alimentación, medicación, actividad física y sentimientos asociados a la enfermedad se estructuran alrededor de sentimientos y comportamientos que funcionan como supuestos que guían de forma particular como cada individuo va a apropiarse de su enfermedad.

En un estudio realizado en enfermos con DM, tanto urbanos como rurales del occidente de México, Bustos et al (2007) menciona que es evidente la poca

importancia que éstos le dan a la observancia de la dieta y la realización de ejercicio como parte del y tratamiento de la enfermedad, probablemente porque no han comprendido la importancia trascendental que tienen para la prevención de complicaciones y el control metabólico de la enfermedad.

Bolaños y Sarría-Santamera (2003) comentan que cuando la persona ha interiorizado y tomado conciencia de la posibilidad de que aparezcan complicaciones y la relaciona con la calidad de vida que disfruta en el presente y su deseo de mantenerla en un futuro, resulta más fácil que adopte pautas de autocuidado, sin embargo, este mismo autor considera que el miedo a las complicaciones puede resultar contraproducente y activar mecanismos de negación que dificultan la aceptación y afrontamiento del problema. Castellanos y Eslava (2014) mencionan además que las atribuciones causales están influenciadas por los servicios de salud y en ocasiones entran en conflicto con las explicaciones propias.

Entender el marco existencial del enfermo y la vivencia de la enfermedad es crucial para plantear estrategias de intervención y mejora (Murphy, mencionado por Bolaños y Sarría-Santamera, 2003). Tener en cuenta la perspectiva de las personas enfermas contribuye a planificar la atención médica y de servicios de salud, ya que ello aumenta la posibilidad de mejorar la calidad de los tratamientos y el autocuidado (Mercado y Hernández, 2007), pudiendo o no conducir a un adecuado control y a prevenir o no complicaciones a largo plazo (Gaytán y García de Alba, 2006).

En las instituciones del sector salud en México se considera una prioridad la atención de la DM por medio de acciones integrales y específicas que evitan o retardan la aparición y modifican en lo posible la frecuencia y magnitud de las complicaciones, por lo que, investigar sobre enfermedades crónico-degenerativas como la DM que afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos, a la vez que originan un consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo (Guzmán y Silva, 2010; Arredondo y De Icaza, 2011) es de gran importancia porque si continúa la tendencia actual en el aumento del número de enfermos de DM en pocos años ni el sistema de salud ni los propios pacientes podrán soportar el costo de

los tratamientos de esta enfermedad y sus complicaciones. La DM se ha convertido en un serio problema de salud pública, que va en aumento tanto en la población de edad avanzada como en niños y adolescentes (Jiménez y Dávila, 2007; Vinicor, Albright, citados por Salazar et al, 2012; Jiménez-Corona et al, 2013). Mora-Morales (2014) pronostica que la DM producirá un altísimo costo en dinero para su atención médica y más importante que esto, un terrible y doloroso sufrimiento humano durante su evolución, aumentando sus bien conocidas complicaciones crónicas.

La escala desarrollada en el presente estudio pretende cubrir la necesidad de contar con un instrumento específico que permita al personal de salud conocer las causas a las que los enfermos de DM atribuyen el desarrollo de sus complicaciones, de una manera rápida y confiable, pudiendo aplicarse en la sala de espera o durante la consulta médica. La información que puede aportar es importante para actuar sobre aquellos factores a los que la persona atribuye la presencia de complicaciones, buscando retrasar la evolución de las ya existentes y evitando la aparición de nuevas complicaciones.

Conclusiones:

Los datos obtenidos indican una adecuada validez de la EACCCDM, esto sugiere que el instrumento propuesto en este trabajo tiene un potencial considerable para ayudar a identificar en personas con DM los factores a los que atribuyen sus complicaciones crónicas. Como se mencionó antes, la información que se pueda recabar al respecto constituye un marco referencial importante en la toma de decisiones, incluso a nivel gubernamental, para diseñar e instrumentar estrategias para involucrar significativamente a la persona con su tratamiento.

En distintas situaciones el método por excelencia para obtener información es la entrevista, sin embargo, una de las limitantes que la caracterizan es la dificultad para calificar los datos recabados. Un instrumento como la EACCCDM aboga dicho problema y facilita el proceso de calificación al proporcionar una puntuación numérica que permite examinar la variable medida desde distintas perspectivas, por ejemplo estadísticamente, ya sea de la puntuación global obtenida o de las puntuaciones de cada una de las dimensiones que constituyen la

variable. Sin duda esto es de gran interés para el trabajo de investigación científica.

En este escrito se presenta la construcción y validación del contenido de la EACCCDM, en trabajos futuros presentaremos datos sobre su confiabilidad y validez de constructo y convergente, con el objetivo de que se constituya en un instrumento promisorio para el estudio en el tema de atribuciones causales sobre las complicaciones de la DM.

Bibliografía

- American Diabetes Association. (2004). Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care*, 26(Supplement 1), s28-32.
- American Diabetes Association. (2015). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 38(Supplement 1), s1-2.
- Andreu, Y., Galdón, M.J., Durá, E., García, V. & Ibañez, E. (2007). Participación en cribados mamográficos y creencias de salud: una perspectiva de proceso. *Psicooncología*, 4 (2-3), 345-365.
- Apóstolo, J.L., Viveiros, C.S., Nunes, H.I. & Domínges, H.R. (2007). La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Julio-Agosto 15(4). Disponible en www.eerp.usp.br/rlae
- Arredondo, A., De Icaza, E. (2011). Costos de la diabetes en América Latina: Evidencias del caso mexicano. *Value in Health*, 14, 85-88
- Bail Pupko, V.B., Azzolini, S., Benvenuto, A. & Ferreyra, V. (2012). El discurso sobre la propia enfermedad. II Congreso de Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1(1).
- Bolaños, E., Sarria-Santamera, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 32(4), 195-202
- Bustos, S.R., Barajas, M.A., López, H.G., Sánchez, N.E., Palomera, P.R. & García, J.I. (2007). Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(3), 147-159.
- Cabero, A.J., Barroso, O.J. (2013). La utilización del juicio del experto para la evaluación del TIC: coeficiente de competencia experta. *Bordón Revista de Pedagogía*, 65(2), 25-38.
- Castellanos, S.F., Eslava, A.D. (2014). Me dijeron que soy crónico: lo que estoy haciendo para cuidarme. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(1), 11-26.
- De la Torre, R.C., Godoy, A.A. (2002). Influencia de las atribuciones causales del profesor sobre el rendimiento de los alumnos. *Psicothema*, 14(2), 444-449.
- De los Ríos, C.J., Sánchez, S.J., Barrios, S.P. & Guerrero, S.V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(2), 109-116.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (ENSANUT MC 2016). Disponible en www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf
- Escobar-Pérez, J., Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Fisher, E.B., Walker, E.A., Bostrom, A., Fischhoff, B. & Haire-Joshu, D. (2002). Behavioral science research in the prevention of diabetes. *Diabetes Care*, 25, 599-606.
- García, V.M. El diabético optimista. (1998). Páginas de salud pública. *Salud Pública de México*, 40, 1-3.
- Garza, E.M., Calderón, D.C., Salinas, M.G., Núñez, R. & Villarreal, R.E. (2003). Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41(6): 465-472.
- Gaytán-Hernández, A.I., García de Alba-García, A. (2006). El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(2), 113-120.
- Guzmán, S.R., Silva, M.P. (2010). *Psicodiabetes. Enfoque biopsicosocial*. Bogotá: Psicom Editores.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (6), 619-625.
- Jiménez, Ch.M., Dávila, M. (2007). *Psicodiabetes. Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 126-143.
- Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C.A., Rojas-Martínez, R. & Hernández-Avila, M. (2013). Diabetes

- mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública de México*, 55(suplemento 2), 137-143.
- Kuri-Morales, P.A. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147, 451-454.
- León, M., Páez, D. & Díaz, B. (2003). Representaciones de la enfermedad estudios sociales y antropológicos. *Boletín de Psicología*, 77, 39-70.
- López-Amador, K.H., Ocampo-Barrio, P. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 80-86.
- Malacara, J.M. (2003). El enigma de las causas de la DM tipo II. *Acta Universitaria*, 13(001), 1-15.
- Mata, C.M., Roset, G.M., Badia, L.X., Antoñanzas, V.F. & Ragel, A.J. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los paciente tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31(8), 493-499.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, D.E., Marín, C. & Alfonso, J.C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.590/S1020-49892005000500007>
- Mercado, F., Hernández, E. (2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud. Un estudio cualitativo en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2178-2186.
- Mora-Morales, E. (2014). Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. *Acta Médica Costarricense*, 56(2), 44-46.
- Morales, V.P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Disponible en <http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/Guiaparaconstruircalculasdeactitudes.pdf>
- Moreno, C., Sánchez, A., Feijoo, M., Bernat, E., Fons, A. & Pujol, A. (2004). Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enfermería Clínica*, 14(6), 307-312.
- Page-Pliego, J.T. (2015). Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tzeltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. *Revista LiminaR. Estudios sociales y humanísticos*, 13(2), 84-95.
- Péres, D.S., Santos, M.A., Zanetti, M.L. & Ferronato, A.A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Nov-Dic, 15(6). Disponible en www.eerp.usp.br/rlae
- Romero, R. R. (2011). Cuestionario de creencias, atribuciones y afrontamiento al cáncer. Tesis doctoral. *Universitat de València Servei de Publicacions: Valencia (España)*.
- Salazar, E.J., Gutiérrez, S. A., Aranda, B.C., González, B.R. & Pando, M.M. (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud Uninorte Barranquilla (Colombia)*, 28(2), 264-275.
- Sierra, A.I., Mendiivil, A.C. (2006). *Hacia el manejo práctico de la Diabetes Mellitus tipo 2*. (3ª ed.), Bogotá: Editorial Kimpres.