

AUTOEFICACIA EN ALIMENTACIÓN PRESCRITA EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES: DESARROLLO DE UNA ESCALA

Patricia Diana Soto Tello¹

Facultad de Psicología UNAM, México

Gabina Villagrán Vázquez

Facultad de Psicología UNAM, México

Resumen

Las mujeres embarazadas con diabetes requieren un control estricto y delicado para lograr un buen control metabólico. La Autoeficacia ha mostrado ser un factor importante en este tipo de conductas. Existe la necesidad de desarrollar escalas específicas y breves que estén acorde a la población estudiada. El estudio tiene como propósito precisamente el de desarrollar la Escala de Autoeficacia a la Alimentación Prescrita (EAAP), para mujeres embarazadas con diabetes, así como evaluar sus propiedades psicométricas y en relación con los aspectos socio-demográficos en una muestra del sector Salud de la ciudad de México / MX. Participaron 195 mujeres de entre 18 y 42 años. Los resultados indican que la EAAP es una escala que cuenta con consistencia interna alta y validez.

Palabras clave: Escala, Autoeficacia, Mujeres, Embarazo, Diabetes

Prescription Food Self-efficacy in Pregnant Women with Diabetes: Development of a Scale

Abstract

Pregnant women with diabetes require strict and delicate to achieve good metabolic control. The Self-efficacy has been shown to be an important factor in this type of behavior. There is a need to develop specific and brief scales that are consistent with the study population. The study is intended precisely to develop the Self-Efficacy Scale Prescribed (EAAP) to Food for pregnant women with diabetes, and to assess its psychometric properties and in relation to socio-demographic aspects in a sample of the health sector in the city of Mexico / MX. Participants 195 women between 18 and 42 years. The results indicate that the EAAP is a scale that has high internal consistency and validity.

Keywords: Scales, Self-efficacy, Women, Pregnancy, Diabetes

¹ Correspondence about this article should be addressed to patydist@hotmail.com and gabinavillagran@gmail.com.

Numerosas investigaciones nacionales e internacionales (ADA, 2004; Gómez, 2007; Mckenzie, Mezzo, & Francis, 2011; OMS, 2003; Pace, Ochoa, Calari y Fernández, 2006; Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop & Klapp, 2002) ponen énfasis en la importancia de tomar en cuenta diferentes factores psicosociales además del conocimiento para el tratamiento de pacientes que necesitan llevar a cabo conductas determinadas, como: Medicación, alimentación, ejercicio físico, entre otras. Así mismo los organismos enfocados a la salud del ser humano, subrayan la importancia del manejo multidisciplinario (OMS, 2004, ADA, 2009). La psicología avanza en ésta área con lo que se llama “psicología de la salud”, la cual destaca una amplia gama de factores y mecanismos que son importantes para la implementación de conductas saludables. El concepto de Autoeficacia es uno de ellos, el cual se define como la creencia que tiene la persona de ser capaz para producir, realizar y mantener cursos de acción que la lleven a la conducta deseada, aunque se le presenten ciertas dificultades (Bandura, 1997 y 1999).

Por otro lado, el embarazo en si mismo representa una etapa importante de la vida con múltiples exigencias a todos los niveles, físico, psíquico, económico y social, por lo que se le considera una etapa de crisis (Pimentel, 2007). Aunado a esto, al agregarse una condición médica como lo es la Diabetes, el embarazo se torna aun más exigente, debido a que esta condición puede llevar a serios riesgos de salud para la madre y/o el producto, siendo una condición de alto riesgo que requiere un abordaje médico estricto y multidisciplinario que coadyuve a un buen control metabólico (ADA, 2009; Faingold, et al., 2009).

Esta condición implica requerimientos significativos donde se pone a prueba la eficacia personal en muchos aspectos, incluyendo la manera de alimentarse que es, en muchos de los casos, la primera y principal prescripción que el personal de salud hace a este grupo de pacientes; después de esto, si el control glucémico no mejora, se instala la terapia insulínica, la cual implica un gasto económico importante para la paciente que viene a complicar más su situación, sobre todo en poblaciones con bajos recursos como la que se estudia, la cual no cuenta con seguro médico. La combinación de estos factores: Embarazo, diabetes y nivel socio-económico limitado hace que sea sumamente importante que las mujeres logren un control glucémico ponderando la alimentación acorde a lo prescrito por el personal de salud (Gunderson, 2004; ADA, 2009).

La Teoría Social Cognitiva propone una visión proactiva de la Autoeficacia como un factor que promueve la gestión de la conducta necesaria y que juega un papel mediador en el logro de metas. Las investigaciones muestran hallazgos recientes en este sentido en relación con la salud (Aljaseem,

Payrot, Wissow & Rubin, 2001; Avedano y Barra, 2008; Griva, Myers & Newman, 2000; Loeb, Seffensmeir & Kassab, 2011; Nouwen, Law, Hussain, McGovern & Napier, 2009).

Las investigaciones muestran que la Autoeficacia es un factor importante a considerarse para la consecución de conductas de auto-cuidado en diferentes enfermedades, especialmente las crónicas (Clark, Nguyen & Belalcazar, 2011; Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005; Olivari y Urrea, 2007). Sin embargo, con respecto a la Diabetes durante el embarazo específicamente, las investigaciones en este sentido son prácticamente inexistentes.

Basados en estos antecedentes, se subraya la importancia de crear escalas ágiles y eficaces que permitan la detección oportuna de factores que influyen en la conducta de alimentación sana, como lo ha demostrado ser la Autoeficacia (Ceprara, Steca, Gerbino, Paciello & Vecchio, 2006; Luszczynska, Gutiérrez & Schwarzer, 2005; Olivari & Urrea, 2007; Sousa, Zauszniewski, Musil, Carol, Lea & Schenita, 2005).

Las escalas de Autoeficacia a la alimentación que existen hasta ahora (Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero, 2000; Glynn, S. & Ruderman, 1986; Matthew, Abrams, Niaura, Eaton, C. & Rossi, 1991) –las cuales han sido adaptadas al castellano por Ruiz, Berocal, López y Rivas (2003)– son en su mayoría instrumentos largos y muy generales, además de haber sido desarrolladas originalmente para poblaciones muy diferentes socioculturalmente a la estudiada, sobre todo en el aspecto económico. La necesidad de crear una escala breve, específica, acorde a valores, experiencias y necesidades culturales latinas salta a vista, por lo que se construyó la escala propuesta en cuatro fases.

Método

Participantes

Las participantes, que contestaron la escala en todas las fases, fueron mujeres embarazadas con diabetes previa –Diabetes Tipo dos (DMII)– y diabetes desarrollada durante el embarazo – Diabetes Gestacional (DG)– de una Institución de salud especializada en la atención médica a la mujer de la ciudad de México/MX, institución que proporcionó su autorización por medio de los responsables de ginecostetricia –Embarazo de alto riesgo– para realizar el estudio. La selección fue no probabilística de tipo intencional. El rango de edad de las mismas fue de entre 18 y 42 años y el rango de edad gestacional de 7 a 39 semanas. En la segunda fase participan 10 expertos –Psicólogos con más de 10 años de experiencia en el tema–. En las fases tanto de de pilotaje, donde participan 60 mujeres, como la aplicación final, con 195 mujeres, cuentan con las mismas características ya descritas. Todos los participantes lo hacen de manera

anónima, voluntaria, sin ningún tipo de incentivo y firmando el consentimiento en todas las fases.

Instrumentos

Carta de consentimiento informado: Consta de información relacionada con información sobre la investigación, la naturaleza de confidencialidad, formas y lugares de contacto para cualquier duda, comentarios u orientación en caso de necesitarlo.

Hoja de Datos Demográficos: Forma de recolección para los datos relativos a edad, escolaridad, estado civil, ocupación, tipo de diabetes, tiempo de diagnóstico, número de gestación y edad gestacional.

Escala de Autoeficacia a la Alimentación Prescrita EAAP: La escala final es de autoinforme, se diseñó para medir el nivel de Autoeficacia para poder alimentarse tal y como se lo ha prescrito el personal de salud. Consiste de 15 reactivos en formato Likert con tres opciones de respuesta – “nada capaz” 0 “algo capaz” 1 y “totalmente capaz” 2–. El tiempo de aplicación es de 5 minutos aproximadamente; las puntuaciones totales fluctúan entre cero y 30 –a mayor puntuación, mayor Autoeficacia para la alimentarse tal y como se lo ha recomendado el personal de salud–. El marco teórico y el análisis factorial muestran que posee 3 factores que son: Exigencias Económicas, Estado Personal y Situación Externa.

Procedimiento

Fase I. Elaboración de reactivos. Se obtuvieron datos de las 50 participantes que contestaron la entrevista con ayuda de un cuestionario abierto enfocado a las dificultades que reportan para poder seguir cabalmente las prescripciones en la alimentación. Se revisan y posteriormente se realiza un análisis de tipo semántico (Reyes-Lagunes, 1993) para encontrar redes semánticas agrupando y clasificando las respuestas. A partir de estos resultados y aunado a la revisión exhaustiva en el tema, se formulan 20 reactivos iniciales.

Fase II. Validez de Face y de contenido. El comité de expertos evalúa la redacción de las instrucciones, pertinencia de los reactivos y las opciones de respuesta al banco de reactivos formado, por medio de un formato de evaluación enviado vía e-mail. Se les solicita anotar un 1 si se encuentran de acuerdo con la pregunta y un 0 si no. Junto con un apartado de comentarios, los cuales se toman en cuenta para realizar las modificaciones correspondientes. El análisis de acuerdo interjueces de los reactivos se obtiene utilizando la prueba de confiabilidad de Kuder - Richardson que permite evaluar homogeneidad o consistencia interna en datos dicotómicos y determina el grado de acuerdo correspondiente. Con estos resultados, y las sugerencias dadas por los expertos se realizaron modificaciones a los reactivos y se reducen las

opciones de respuesta de cuatro a tres opciones – “nada capaz” 0, “algo capaz” 1 y “totalmente capaz” 2–.

Fase III. Piloteo de la escala. Con la finalidad de verificar el comportamiento de los reactivos, las participantes contestan la versión piloto y posteriormente participan en entrevistas individuales sobre la facilidad al leer y entender las instrucciones; los reactivos y las opciones de respuesta se analizan en todas las fases bajo los criterios de Reyes y García (2008) que constan de: Análisis de reactivos, análisis de frecuencias, porcentaje de respuesta (al menos el 5%), y media, sesgo (criterio de -1.5 a +1.5), cuartiles y prueba *t* tomando el valor criterio ($p < .05$.) para conocer la discriminación de los reactivos comparando las medias de los grupos bajos y altos. Lo que da como resultado de esta fase una escala de 15 reactivos.

Fase IV. Aplicación Final. Las participantes leen y contestan la carta de información y consentimiento informado, y la hoja de recolección de datos socio-demográficos; posteriormente contestan de manera individual la escala, siempre con el investigador cerca para aclarar y registrar cualquier duda o comentario. Posteriormente se procede a el análisis estadístico por medio del “Statistical Package for Social Sciences” – SPSS por sus siglas en inglés– versión 17.0, el cual se utiliza para todos los análisis estadísticos.

Resultados

Los tópicos más relevantes relacionados a las dificultades para seguir las indicaciones alimenticias se obtienen por medio del análisis semántico –dificultad al elegir, limitar lo que come, nervios, ansiedad, fin de semana, saber lo que puede comer, antojos, fiestas y reuniones, presupuesto limitado, poco tiempo, estado de ánimo alegre, visitas, tristeza, dificultad para preparar alimentos, apoyo de los demás, aburrimiento, molestia, náuseas, estar fuera de casa, cambiar costumbres–

Los resultados de homogeneidad o consistencia interna de los reactivos evaluados por los expertos muestran coeficientes que oscilan de entre .89 y 1.00, que corresponden a un alto grado de acuerdo.

El análisis piloto muestra que: Todas las opciones de respuestas de todos los reactivos fueron atractivas, sesgo dentro de lo esperado (+/- 1.000) exceptuando cinco reactivos –6, 7, 14, 16, 19– los cuales tampoco discriminan en la prueba *t* por lo que se eliminan, el resto si discrimina ($p < .004$). Los reactivos muestran correlaciones significativas ($p < 0.01$) con el resto de la escala oscilando entre 0.303 a 0.661. Se obtiene una confiabilidad, Alfa de Cronbach de .870. Estos resultados permiten constituir la escala final.

Fase final

El cálculo de los índices descriptivos de las variables socio-demográficas muestran que las 195 participantes fueron mujeres con DMII (33%) y el resto con DG (162%), con un promedio de edad cronológica 30 años y 30 semanas de edad gestacional. La mayoría reporta que cuanta con pareja 85% y que no realizar algún trabajo fuera del hogar 73%. En cuanto a la escolaridad, muy pocas no cuentan con ningún tipo de escolarización (2%), la mayoría ha recibido por lo menos instrucción secundaria (86%); así mismo 47% esta cursando su primer embarazo, 52% está entre uno y dos embarazos y el 46% ha tenido más de tres.

Todas las variables por analizar se transforman a puntuaciones Z , encontrando que se encuentran dentro del rango esperado (+3 a -3)

para muestras que provienen de una población con un comportamiento normal -forma de campana y simétricas-; aunado a esto se realizan pruebas de homogeneidad de varianzas por medio de Levene en todos los grupos por analizar, encontrándose valores de mayores de $p < .05$, lo cual es lo que se busca para poder comparar los grupos.

Los resultados de la aplicación final muestran que todos los reactivos resultan atractivos en sus opciones de respuesta, el sesgo se encuentra dentro de lo esperado (± 1.000) y la prueba *t Student* para muestras independientes indica que todos los reactivos discriminan ($p \leq .05$) y presentan homogeneidad con el resto de la escala (r entre .720 y .372), lo que aporta solidez a la validez concurrente de los mismos (Tabla 2).

AUTOEFICACIA EN ALIMENTACIÓN PRESCRITA
EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES: DESARROLLO DE UNA ESCALA

Tabla 2
Resultados del Análisis de Reactivos EAAP (Fase Final)

<i>Reactivo</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Sesgo</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
1	1.34	.649	-.467	-4.809	.000	.372*
2	1.26	.625	-.253	-6.612	.000	.616*
3	1.24	.6570	-.298	-3.186	.002	.446*
4	1.45	.585	-.513	-9.239	.000	.582*
5	1.68	.521	-.879	-5.531	.000	.421*
6	1.15	.686	-.208	-5.800	.000	.578*
7	1.26	.623	-.240	-4.712	.000	.503*
8	1.19	.698	-.287	-6.637	.000	.672*
9	1.36	.638	-.481	-7.809	.000	.679*
10	1.29	.675	-.429	-8.356	.000	.720*
11	1.41	.597	-.455	-5.978	.000	.571*
12	1.29	.697	-.470	-5.353	.000	.537*
13	1.28	.672	-.402	-4.244	.000	.562*
14	1.21	.690	-.302	-6.700	.000	.515*
15	.98	.707	-.022	-4.870	.000	.502*

Nota. *Significancia $p < 0.01$

Las correlaciones r producto-momento de Pearson entre los reactivos obtenidas oscilan entre 0.303 a 0.661 ($p < 0.01$) siendo menores de .70, puntuaciones que permiten utilizar el método de Componentes principales rotación octogonal

Varimax para el Análisis Factorial (Tabla 3). Anexo a esto, se aplica la prueba de Bartlett con resultado de $p < .05$, $X = .869$, la cual da un indicio estadístico sólido de que el tamaño de la base es estadísticamente apropiada para el Análisis Factorial.

AUTOEFICACIA EN ALIMENTACIÓN PRESCRITA
EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES: DESARROLLO DE UNA ESCALA

Tabla 3
Correlaciones entre los reactivos EAAP (fase Final)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	.194**	.123	.432*	.235**	.145*	.418**	.305*	.110	.299**	.286**	.395**	.315**	.252*	.279**
2		.176*	.315**	.522**	.345**	.263**	.540*	.156*	.305**	.480**	.400**	.159*	.386*	.380**
3			.284**	.277**	.430**	.306**	.299*	.173*	.279**	.112	.382**	.289**	.190*	.358**
4				.339**	.314**	.375**	.381*	.160*	.487**	.335**	.415**	.378**	.280*	.518**
5					.480**	.303**	.576*	.289**	.347**	.406**	.527**	.224**	.410*	.497**
7						.396**	.448*	.316**	.486**	.254**	.448**	.304**	.377*	.440**
8							.340**	.241**	.417**	.313**	.485**	.369**	.272*	.443**
9								.397**	.481**	.442**	.534**	.446**	.487*	.535**
10									.092**	.180*	.290*	.307*	.416*	.252**
11										.284**	.356**	.437**	.290*	.425**
12											.310**	.384**	.281*	.330**
13												.351**	.331*	.560**
14													.198*	.347**
15														.385**

Nota. **Significancia al $p < .01$

* Significancia al $p < .05$

El resultado del Análisis Factorial (Tabla 4) muestra tres factores compuestos por 5 elementos cada uno que tienen la siguiente composición:

Factor 1: Exigencias Económicas: Cinco elementos que se refieren al manejo del gasto familiar económico que conlleva el seguir un régimen alimenticio. Explica 20.948% de la varianza total y cuenta con una consistencia interna de .764.

Factor 2: Estado Personal: Cinco elementos que estiman la influencia del estado fisiológico y

emocional en la percepción de la capacidad para tomar decisiones en cuanto a alimentación saludable. Explica el 19.739% de la varianza total y presenta una consistencia interna de 0.805.

Factor 3: Situación Externa: Cinco elementos relacionados con situaciones que ayudan a comer como se lo ha prescrito y el apoyo otros. Explica 15.051% de la varianza y tiene una consistencia interna de .739.

AUTOEFICACIA EN ALIMENTACIÓN PRESCRITA
EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES: DESARROLLO DE UNA ESCALA

Resultados del Análisis Factorial (EAAP)

Reactivo	Factor1: Exigencias Económicas	Factor2: Estado Personal	Factor3: Situación Externa
1.- Siendo fin de quincena necesita calcular los alimentos para varias personas.	.716		
4.- Tiene que salir y no tiene dinero.	.710		
7- Lo que se le antoja y puede comer esta caro.	.632		
10- Requiere planear mejor su presupuesto en las compras.	.626		
13- Cuenta con poco dinero.	.605		
2- Se encuentra aburrida.		.788	
5- Se siente nerviosa.		.689	
8- Se encuentra triste.		.658	
11- Llega a tener nauseas.		.630	
14- Le da mucha hambre.		.607	
3- Cuenta con alguien que la anima a seguir su dieta.			.704
6- La ayudan a preparar alimentos saludables.			.676
9-Cuenta con una amplia gama de alimentos a elegir.			.540
12- Le ofrecen diferentes alimentos para comer.			.420
15- La invitan a comer fuera de casa.			.470.
Media	$M= 1.26$	$M= 1.29$	$M= 1.40$
Desviación estándar	$DS=2.320$	$DS=2.542$	$DS= 2.173$
Alfa de Crombach (consistencia interna)	.764	.805	.739
Varianza total explicada (55.738%)	20.948%	19.739%	15.051%

La confiabilidad interna de la escala total muestra un Alfa de Cronbach de .887 con una media de 19.41 y una desviación estándar de 6.070. De acuerdo a esto se puede ver que la escala presenta una estructura tridimensional que explica el 55.738% de varianza total.

Se realiza el análisis de correlación entre los factores encontrándose correlaciones estadísticamente significativas ($p < .01$) entre los tres factores $r_{(F1 y F2)} = .535$, $r_{(F1 y F3)} = .692$ y $r_{(F2 y F3)} = .657$, lo que confirma la consistencia interna adecuada de la escala.

Los resultados indican que las participantes en este estudio, se consideran un poco más que algo capaces ($M= 1.26$, $DS= .475$) cuando existen Exigencias Económicas, como por ejemplo; el que tenga un presupuesto limitado, tenga que salir, sea fin de quincena, lo que se le antoje sea caro, necesite planear y calcular alimentos para varias personas. También se reportan un poco más que algo capaces ($M= 1.20$, $DS= .800$) cuando en el Estado Personal es de aburrimiento, tristeza, hambre, tienen nauseas o se encuentran nerviosas. Por otro lado, se describen como un poco más que algo capaces ($M= 1.34$, $DS= 1.000$) cuando a la Situación Externa le permite contar con alguien que le ayude a preparar alimentos saludables, la anima a consumirlos, la invitan a comer y cuenta con una amplia gama de alimentos para elegir.

Los análisis de los Anovas de una vía, indican que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad en

F1Exigencias Económicas, ($F_{3,194}=10.014$ y $p \leq .000$), donde los resultados de pos hoc Shefé muestran que las diferencias se encuentran, entre el grupo de las más jóvenes “18 a 22 años” ($M= 1.141$, $DS= .5087$, $p= .001$) y “23 a 29 años” ($M= 1.063$, $DS= .5040$, $p= .001$) con las mayores “36 a 42 años” ($M= 1.517$, $DS= .4750$). Así mismo en F3Situación Externa con respecto a la edad muestra diferencias estadísticamente significativas ($F_{3,194}= 7.903$ y $p \leq .000$.) y las diferencias se presentan entre los tres grupos más jóvenes “18 a 22 años” ($M= 1.207$, $DS= .4837$, $p= .000$), “23 a 29 años” ($M= 1.272$, $DS= .4073$, $p= .003$) y “30 a 35 años” ($M= 1.346$, $DS= .4174$, $p= .031$) con el grupo de mayor edad “36 a 42 años” ($M= 1.609$, $DS= .3315$).

Estos resultados muestran que la edad es una variable importante para que las mujeres se perciban más Autoeficaces para la Alimentación - F1Exigencias económicas y F3Situación Externa-, encontrando que las mujeres mayores cuentan una mayor Autoeficacia para la alimentación que las que son más jóvenes.

En cuanto al número de embarazos se encuentran diferencias significativas ($F_{3,194}= 3.402$, $p \leq .05$) en F1Exigencias económicas, entre los grupos de “ningún embarazo” ($M= 7.07$, $DS= 2.444$, $p= .035$) y “tres o más embarazos” ($M= 5.85$, $DS= 2.386$). El grupo de “entre uno o dos embarazos” ($M= 6.20$, $DS= 2.282$) tuvo una media menor que el grupo de mas embarazos, lo que indica en general que las que han tenido más

embarazos tienen menor Autoeficacia para Alimentarse tal y como lo indica el personal de salud.

Respecto a los análisis con la prueba *t Student* para grupos independientes por tipo de diabetes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en F2Estado personal ($t_{193} = -2.801$ y $p \leq .006$), DG ($M = 1.163$, $DS = .5195$) y DMII ($M = 1.430$, $DS = .3844$). Lo que significa que el grupo con DMII se percibe con mayor Autoeficacia para la Alimentación - F2Estado personal- que el grupo con DG.

En relación con semana de gestación, estado civil, escolaridad, ocupación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos en ninguno de los Factores.

Discusión

Por medio de la EAAP, se alcanza el objetivo principal de este estudio, el cual fue desarrollar una escala válida, confiable, breve y específica para evaluar la Autoeficacia para la alimentación en mujeres embarazadas con diabetes. Los análisis estadísticos en cuanto a las correlaciones entre los reactivos individuales, la Escala Total y las subescalas, demuestran la pertinencia de los reactivos. Los índices de consistencia interna de las subescalas y la Escala Total, demuestran que son confiables. Por lo tanto se demuestra que la escala es una escala que puede ser utilizada con confianza en poblaciones similares a la estudiada.

La estructura de la escala concuerda con las escalas previamente desarrolladas como las de Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero (2000) y Matthew, Abrams, Niaura, Eaton, C. & Rossi (1991); que tienen dos factores: Afecto negativo y conducta socialmente aceptable, sin embargo se encontró un tercer factor que se refiere al aspecto económico, situación que puede ser debida a que en la población estudiada proviene de un sustrato económico bajo, donde el aspecto económico es de suficiente peso para influir en la autopercepción de la Autoeficacia, lo que no sucede en otro tipo de poblaciones en las que se han desarrollado otras escalas semejantes.

Los análisis de los índices socio-demográficos con la Autoeficacia muestran resultados acorde a la literatura y a investigaciones anteriores. (Avendaño y Barra, 2008; Faingold, et al., 2009; Gutiérrez, 1999). El estudio muestra que la Autoeficacia aumenta conforme aumenta la edad, esto debido a que las personas al tener más edad tienen también su vez más oportunidades de estar expuestas a diferentes experiencias relacionadas con el dominio, en este caso alimentarse saludablemente, ya sea de manera directa o de manera vicaria. (Bandura, 1997). Así mismo, las diferencias encontradas con respecto al tipo de diabetes que muestran que las que han sido

diagnosticadas con DMII tienen puntuaciones más altas en su Autoeficacia en cuanto al factor de Estado Personal, que está relacionado con que tan eficaces se sienten de llevar a cabo su alimentación adecuadamente aunque se encuentren aburridas, nerviosas, cansadas, tristes o con náuseas que aquellas que tienen DG, esto también puede ser debido a que las que tienen DMII ya cuentan con experiencia previa con respecto a esta enfermedad, lo que les hace sentir más confianza en cuanto a sus capacidades para manejar sus diferentes estados personales a favor de Alimentarse adecuadamente (Bandura, 1999).

Las diferencias en la Autoeficacia percibida por el factor de Exigencias Económicas relacionadas con el número de embarazos, muestran que aquellas que tienen más embarazos se sienten menos Autoeficaces para resolver las necesidades económicas de seguir su dieta tal y como se lo han prescrito, lo que puede deberse a que el número de embarazos está relacionado con el número de hijos, lo que implica una exigencia económica mayor, también puede estar relacionado con óbitos –situación común en las mujeres que tienen DG recurrente (ADA, 2003).

Estos hallazgos apoyan la noción de que los aspectos personales, entre ellos, la Autoeficacia tiene un papel importante en la mediación de la conducta de adherencia a diferentes prescripciones, entre ellas, la alimentación. Los resultados son coherentes con la teoría y las investigaciones anteriores realizadas en diferentes poblaciones. (Campos y Pérez, 2007; Clark, Nguyen & Belalcazar, 2011; Díaz, Cumba, Bernal, y Rivera, 2008; Loeb, Seffensmeir & Kassabad, 2011; Mackenzie, Mezo & Francis, 2011; Nouwen, Law, Hussain, McGovern & Napier, 2009; Sarkar, Fisher y Schillinger, 2006). Estos resultados así mismo sirven de apoyo adicional a la validez de constructo de la escala.

Es evidente que es necesario continuar con este tipo de investigaciones, que aporten día a día un poco más a la comprensión y al manejo efectivo de los padecimientos de diversa índole como en este caso, el embarazo complicado con diabetes, con una mirada multidisciplinaria y respetuosa de las diferencias individuales.

Respecto a las limitaciones del estudio podemos enfatizar en que no se pudo trabajar con una muestra aleatoria, lo cual sería muy recomendable para poder generalizar aún más los resultados.

A pesar de esto, la presente escala es la única desarrollada para medir Autoeficacia para la alimentación prescrita en mujeres embarazadas diabéticas específicamente, es corta, fácil de calificar, accesible y adecuada para poblaciones donde el aspecto económico es un factor importante a considerar. Puede ser de mucha utilidad para médicos, enfermeras nutricionistas,

trabajadoras sociales y psicólogos que estén inmiscuidos en la atención de mujeres embarazadas con requerimientos especiales de alimentación como en este caso.

Consideramos que se puede aplicar en otras poblaciones similares como una herramienta que ayude a detectar de antemano las áreas a trabajar en pacientes que necesitan lograr un buen control de su alimentación. La Autoeficacia como se ha visto, juega un papel importante como índice de predicción del cambio conductual. En la población estudiada puede estar muy relacionada con un mejor control metabólico como lo muestran otras investigaciones (Ceprara, Steca, Gerbino, Paciello & Vecchio, 2006; Luszczynska, Gutiérrez & Schwarzer, 2005; Olivari & Urra, 2007 y Sousa, Zauszniewski, Musil, Carol, Lea & Schenita, 2005), lo que sería muy pertinente investigar en lo sucesivo. Así mismo sería muy importante conocer como se relaciona en este tipo de poblaciones la Autoeficacia con otras variables como la adherencia y el apoyo social, por citar algunas.

Las aportaciones de esta investigación son importantes para el desarrollo de instrumentos dirigidos a poblaciones denominadas de alto riesgo, pero también desde el punto de vista de poner énfasis en la importancia del manejo particular, integral y multidisciplinario de las enfermedades avanzando de la mera prescripción al tratamiento global del paciente. Con un diagnóstico preciso y oportuno se puede ahorrar tiempo, dinero y diferentes molestias, tanto físicas, emocionales y económicas en un momento de la vida tan trascendental como lo es el embarazo.

Referencias

- Aljasem, L., Peyrot, M., Wissow, L. & Rubin R. (2001) The impact of barriers and self efficacy on self care behaviors in type 2 Diabetes. *The Diabetes educator*, 27(3), 393-404. doi: 10.1177/014572170102700309
- American Diabetes Association ADA. (2003). Gestational diabetes mellitus (Position Statement). *Diabetes Care*. 26(1), 103-105.
- American Diabetes Association ADA. (2009). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 32, 3S-61S.
- Anderson, R., Funnell, M., Fitzgerald, J. & Marrero, D. (2000). The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23(6), 739-743.
- Avedano, M. y Barra, A. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172. doi: 10.4067/S0718-48082008000200002
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. [Autoeficacia: El ejercicio del control], New York: Freeman.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. España: Desclée De Brouwer Zarautz.
- Campos, A. y Pérez, E. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución de peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3). 213-218. doi: 10.4067/S0717-75182007000300004
- Caprara, G., Steca, P., Gerbino, M., Paciello, M. & Vecchio, G. (2006). Looking for adolescents' well-being: Self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *Epidemiology e Psychiatry Social*, 15(1), 30-43. doi.org/10.1017/S1121189X00002013
- Clark, M., Nguyen, H. & Belalcazar, L. (2011). Evaluating in patient self-perception of competences have an influence on biological indicator for cardio-metabolic health. *Diabetes Reserch & Clinical Practic.*, 92(1), 3-6.
- Díaz, S., Cumba, A., Bernal, G. y Rivera, C. (2008). Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala de Autoeficacia para la depresión en adolescentes EADA. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 218-227. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3253266>
- Faingold, M., Lamela, C., Gheggi, M., Lapertosa, S., Di Marco, M., Basualdo, G. et.al (2009) Gestantes con diabetes: Conclusiones de Consenso reunidos en convocatoria del Comité de Diabetes y Embarazo de la SAD. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 43, 71-84, Recuperado de <http://www.diabetes.org.ar/docs/Consenso-Diabetes-PreGestacional.pdf>
- Glynn, S. & Ruderman, A. (1986). The development and validation of an Eating Self-Efficacy Scale Cognitive, *Therapy and Research*. 10(4), 403-420. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460395000429>
- Gómez, L. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes de embarazo de alto riesgo. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 11-121.
- Griva, K., Myers, L. & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent Diabetes mellitus. *Psychology and Health*. 15, 733-750. doi:10.1080/08870440008405578
- Gunderson, E. (2004). Gestational Diabetes and Nutritional Recommendations. *Current*

- Diabetes Reports*, 4, 377-386. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007>
- Gutierrez, Y. (1999). Cultural factors affecting diet and pregnancy outcomes of Mexican American adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25(3), 227-237.
- Loeb, S., Steffensmeir, D. & Kassab, C. (2011). Predictors of Self-efficacy and self-rated health for older male intimates. *Journal of Adduced Nursing*, 67(4), 811-820. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05542.x
- Luszczynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
- Mckenzie, M., Mezzo, P. & Francis, S. (2011). A conceptual understanding self-regulation in adults. *New Ideas in Psychology*. doi: 10.1016/j.newideapsych.2011.07.001
- Matthew, M., Abrams, D., Niaura, R., Eaton, C. & Rossi, J. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(5), 739-744. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0022>
- Nouwen, A., Law, G., Hussain, S., McGovern, S. & Napier, H. (2009) Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type I diabetes. *Psychology and health*, 24(9), 1071-1084. doi: 10.1080/08870440802254597
- Olivari, M. y Urra, M. (2007) Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15. doi: 10.4067/S0717-95532007000100002
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2003) *Cuidados innovadores para condiciones crónicas: componentes estructurales de la acción*. Reporte Mundial. Brasilia. Recuperado de <http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo: Pruebas para la acción* Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington, D.C. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task
- Pace, A., Ochoa, V., Calari M. y Fernández, A. (2006). El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. *Revista Latino-Americana. Enfermería*, 14(5), 728-734.
- Pimentel, D. (2007) Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Revista de perinatología y reproducción humana*, 21, 54-68.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 81-97.
- Reyes-Lagunes, I. y García, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica Culturalmente relevante: un ejemplo. *La Psicología Social en México. Revista de Psicología Social y Personalidad*, 12, 625-630.
- Rose, I., Fliege, R., Hildebrandt, F., Schirop, J. & Klapp, K. (2002). The network of psychological variables in patients with Diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25(1), 35-42. doi: 10.2337/diacare.25.1.35
- Ruiz, V., Berocal, C., López, A. y Rivas, T. (2003). Autoeficacia en el control de la conducta de ingesta. Adaptación al castellano de la eating self efficacy scale. *Psicothema*, 15(1) 36-40. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=310230>
- Sarkar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with Diabetes selfmanagement across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*. 4, 823-829. doi: 10.2337/diacare.29.04.06.dc05-1615
- Sousa, V., Zauszniewski, J., Musil, A., Carol, M., Lea, P. & Schenita, A. (2005). Relationships Among Self-Care Agency, Self-Efficacy, Self-Care, and Glycemic Control. *Research and Theory for Nursing Practice*, 19(3), 217-230. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/spri/nger/rtnp/2005/00000019/00000003/art000>

Received: 09/04/2012

Accepted: 01/11/2014