



Universidad Central de Venezuela

Facultad de Medicina

Coordinación de Extensión

Diplomado Educación Terapéutica en Diabetes



Estrategias que mejoran la autoeficacia en Educación en Diabetes

Tomado de:

Strategies Enhancing Self-Efficacy in Diabetes Education: A Review

Katja E. W. van de Laar Jaap J. van der Bijl,

Capítulo 6 del libro: Lenz, E. R. (2002). *Self-efficacy in nursing: research and measurement perspectives*. Springer Publishing Company.

Traducción Realizada por la Dra. María del Rosario Sánchez para el uso exclusivamente instruccional de los participantes en el Diplomado de Educación Terapéutica en Diabetes.

El régimen para las personas con una enfermedad crónica como la diabetes es complejo y de por vida y exige muchos cambios en el comportamiento, lo que dificulta el cumplimiento. Además, las ventajas del régimen de autocuidado en diabetes solo se pueden ver a largo plazo; a corto plazo, el régimen simplemente causa molestias. La educación tradicional sobre la diabetes, que se centra en la transferencia de información, a menudo no resulta en los cambios deseados en el comportamiento. De hecho, la mayoría de los programas educativos muestran mejoras en el conocimiento, pero tienen poco efecto en el comportamiento. Además, rara vez conducen a mejoras en los parámetros metabólicos del paciente.

La teoría de la autoeficacia, desarrollada por Bandura como parte de la teoría del aprendizaje social, ofrece una base para mejorar la efectividad de la educación sobre la diabetes debido a su enfoque en el cambio de comportamiento. De hecho, según

Bandura, la autoeficacia es el predictor más importante del cambio en el comportamiento. Un metaanálisis de la literatura publicada e inédita sobre intervenciones educativas y psicosociales con personas con diabetes, concluyó que los estudios que hacen uso de la teoría del aprendizaje social tuvieron los mejores resultados. Del mismo modo, se ha encontrado que las personas con alta autoeficacia eran más capaces de controlar su autocuidado de la diabetes, y que la autoeficacia predijo el 64% de los comportamientos de autocuidado de la diabetes. También se ha señalado que el nivel de autocuidado de las personas con diabetes depende de su estimación de su autoeficacia. Claramente, la autoeficacia es importante en el manejo de la diabetes, y se puede utilizar para predecir los comportamientos de autocuidado de las personas con diabetes. Por lo tanto, mejorar la autoeficacia es importante en la educación sobre la diabetes. Se ha sugerido que mejorar la autoeficacia debe ser parte del diseño de todos los programas educativos para personas con diabetes. La mejora de la autoeficacia de una persona se basa en la información que obtiene de cuatro fuentes:

- logros de rendimiento (la percepción que obtiene de sus propios logros),
- aprendizaje vicario o modelado (la información que puede obtener de otras personas o fuentes que le sirvan de modelo),
- persuasión verbal (el conocimiento que pueda obtener de educadores o material educativo) y
- autoevaluación de las respuestas emocionales y fisiológicas (la autopercepción de sus emociones o sensaciones con respecto a su condición).

Al formar un juicio de eficacia, las personas tienen que sopesar e integrar la información de las diferentes fuentes. Las estrategias para mejorar la autoeficacia se han descrito en la literatura para cada una de estas cuatro fuentes de información de autoeficacia. Esta revisión proporciona una visión general de las estrategias específicas que se pueden utilizar en estas cuatro áreas.

ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA AUTOEFICACIA

Logros de rendimiento

- **Dividir la tarea o el contenido en partes pequeñas**
- **Dar oportunidad para aprender y practicar cada trozo**
- **Dar retroalimentación destacando los éxitos**
- **Invitar al paciente a establecer propósitos o metas pequeños y realizables a corto plazo**
- **Evaluar el cumplimiento de los propósitos**
- **Establecer nuevos propósitos o metas**

La autoeficacia se puede mejorar practicando el comportamiento o la tarea prevista. Las experiencias de éxito son la forma más efectiva de desarrollar un fuerte sentido de

autoeficacia, proporcionan evidencia de que una persona puede tener éxito y muestran los esfuerzos que cuesta el éxito. Las experiencias negativas interrumpen el sentimiento de autoeficacia, especialmente cuando se produce un fracaso antes de que se haya desarrollado un sentido estable de autoeficacia.

A menudo, si una tarea es muy complicada, hace que sea útil dividir la tarea o el comportamiento previsto en partes que sean fáciles de dominar. Los comportamientos específicos deben ponerse en una secuencia para dominar cada parte a su vez, primero las tareas fáciles, luego las tareas más difíciles, hasta que se haya alcanzado el objetivo final: la tarea total. Para lograr esto, el comportamiento previsto debe ser estudiado cuidadosamente para identificar los aspectos específicos de la tarea que requieren el desarrollo de habilidades. Luego comience con una tarea en la que el paciente ciertamente pueda tener éxito. Como se señaló anteriormente, las personas necesitan experiencias de éxito para mejorar su autoeficacia. Los éxitos rápidos son beneficiosos para la autoeficacia. El fracaso en una etapa temprana es desventajoso. Repetir una sola tarea hasta que el paciente la haya dominado de manera uniforme conduce al éxito.

Por ejemplo, al entrenar a las personas con diabetes para que se inyecten insulina, el proceso de inyección se puede dividir en pasos mucho más pequeños. Entonces cada paso se puede aprender por medio de la repetición. Esto permite a los pacientes desarrollar la autoeficacia en cada paso. Después de esto, los pasos se pueden juntar y construir la autoeficacia para el proceso total. Además, el proceso de aprendizaje de la autorregulación se puede dividir en pasos más pequeños. A las personas con diabetes se les debe dar tiempo y oportunidad para probar un dispositivo de monitoreo de glucosa en sangre hasta que tengan éxito. Además, deben practicar primero en situaciones simples, y más tarde en situaciones más complejas. Esto significa primero inyectarse en casa bajo supervisión, y extender esto hasta que puedan inyectarse en todo tipo de situaciones diferentes.

Una base importante para la autoeficacia es la atribución de la persona de éxitos o fracasos anteriores. Una persona que atribuye el éxito a una causa estable, por ejemplo, sus capacidades, tiene una mayor expectativa de éxito en una nueva tarea similar, mientras que una persona que atribuye el éxito a una causa fortuita como la suerte no tendrá una mayor expectativa de éxito. Del mismo modo, una persona que atribuye el fracaso a una causa estable tendrá una menor expectativa de éxito para tareas similares. La atribución del fracaso a una causa fortuita no disminuirá la expectativa de éxito. Por lo tanto, la autoeficacia puede mejorarse atribuyendo el fracaso a causas fortuitas y atribuyendo el éxito a causas estables.

Las personas con diabetes necesitan que se les diga que los resultados positivos, como las mejoras en la glucosa en la sangre, son causados por sus propios esfuerzos, y no por accidente o por ayuda profesional. Según Bandura la autoeficacia influye en las

atribuciones que las personas hacen sobre las causas de su éxito. Una vez que las personas han acumulado una alta autoeficacia, se inclinan a atribuir su éxito a factores estables y sus fracasos a factores fortuitos. Esto nuevamente es útil para mantener una alta autoeficacia.

A veces las personas interpretan sus éxitos negativamente. No los ven, no quieren saber de ellos o subestiman su importancia. En estos casos, es importante ayudar a los pacientes a experimentar un éxito, interpretarlo como un éxito y considerarlo como su propio logro.

La importancia de establecer metas para mejorar la autoeficacia es clara. El establecimiento de metas dirige y causa motivación para un comportamiento deseado. Las metas influyen en el logro porque motivan a las personas a esforzarse nuevamente y, por lo tanto, perseveran más tiempo en su tarea. Los objetivos también dirigen la atención de los pacientes, mejoran su concentración y conducen a nuevas estrategias para tener éxito. Los objetivos deben ser específicos y suficientemente desafiantes, en lugar de muy fáciles. Los objetivos también tienen que ser realistas y alcanzables. Los objetivos a corto plazo son más motivadores que los a largo plazo.

También es útil establecer objetivos concretos junto con el paciente y establecer un tiempo para que el paciente adquiera experiencia. Después de cada sesión de educación, los objetivos anteriores deben ser discutidos y las nuevas metas establecidas por el paciente. Para aumentar sus posibilidades de éxito, los pacientes deben poder obtener retroalimentación sobre sus logros y hacer correcciones intermedias en sus objetivos. La combinación de establecer objetivos y dar retroalimentación mejora la autoeficacia. Antes de cada sesión de educación, se debe dar retroalimentación sobre los objetivos del período anterior, y los pacientes deben informar sus logros. Al menos el 30% de cada sesión educativa debe utilizarse para estos fines. El contacto regular por teléfono para preguntar sobre los logros del paciente también puede ser efectivo.

Un diario de diabetes es una buena fuente de retroalimentación para las personas con diabetes. Los valores de glucosa en sangre, las acciones de autocuidado y las circunstancias circundantes se pueden anotar en el diario, y el paciente puede así obtener información sobre la autorregulación. El diario también puede servir como ayuda en la educación. Al observar las variaciones en las circunstancias diarias y los cambios en el nivel de glucosa en sangre que acompañan a estas variaciones, el paciente puede ver qué factores influyen en la glucosa en sangre, incluidas las circunstancias psicosociales.

Mejorar la autoeficacia del paciente es importante. Cuando los pacientes saben lo que se espera de ellos, son conscientes de lo que les sucederá y son capaces de elegir estrategias de comportamiento, su autoeficacia se ve reforzada. Los pacientes son

entonces menos dependientes y más inclinados a hacer atribuciones internas para sus éxitos.

Aprendizaje vicario o por modelado

La segunda forma de desarrollar la autoeficacia es el aprendizaje indirecto, es decir, observar las experiencias de otras personas. Las propias capacidades de la persona se juzgan en relación con los logros de esa otra persona. Algunas personas son particularmente sensibles a esta forma de desarrollar la autoeficacia, especialmente las personas que son inseguras o tienen poca experiencia. Ver a otros comparables perseverar y tener éxito en una tarea difícil fortalece la idea de estos pacientes de que pueden hacerlo ellos mismos. Por el contrario, ver a otros fracasar a pesar de los esfuerzos duros, puede fortalecer las dudas de los pacientes sobre sus propias capacidades. La fuerza de esta fuente de información sobre la autoeficacia está fuertemente influenciada por la comparabilidad de los modelos.

La comparabilidad de los modelos se basa en dos criterios: experiencias compartidas y características personales similares. Las personas con un estilo de vida comparable, como amigos o colegas, pueden servir como modelos, y los modelos pueden mostrar habilidades para el comportamiento previsto. Los modelos que tienen éxito lentamente, por ensayo y error, son mejores que los que tienen éxito al instante, sin problemas. Algunos modelos pueden ser contraproducentes; por ejemplo, los modelos con muchas más capacidades pueden verse como fuera de su alcance. El mejor modelo es una persona que tiene problemas, que lucha por superarlos y que se adapta día a día. Esta es una persona con la que la mayoría de las personas pueden identificarse.

Características similares también tienen una influencia positiva, aunque estas características pueden no tener nada que ver con el comportamiento en cuestión. La comparabilidad en sexo, edad, origen étnico, estatus socioeconómico o nivel educativo generalmente se consideran indicadores de las propias capacidades de una persona. Las diferencias entre las personas con diabetes son grandes. La edad puede variar ampliamente, pero otras características también pueden ser muy diferentes. Los modelos a seguir deben elegirse de acuerdo con esto. En la educación grupal, la selección de pacientes que tienen características mutuas permite a los miembros del grupo identificarse entre sí. Una posibilidad es elegir personas con los mismos problemas de salud, como la diabetes. Para cada problema, el líder del grupo puede pedir a los miembros del grupo soluciones o ideas, y por lo tanto se puede alentar a los miembros del grupo a ayudarse mutuamente a resolver sus problemas. Los miembros del grupo tienen entonces la experiencia de que son expertos y no siempre dependen de profesionales. Además, pueden ofrecer soluciones innovadoras que no han sido pensadas por los profesionales. El modelado también se puede utilizar con otros medios educativos como televisión, videos, folletos y libros de texto. Es importante el

uso de modelos comparables al paciente en experiencias y características. Bandura menciona el modelado simbólico y enfatiza los efectos de la televisión y otros medios visuales en la autoeficacia.

Varias investigaciones han considerado las películas como una estrategia para el aprendizaje indirecto. Varias investigaciones también han probado el uso de cintas de video para mejorar la autoeficacia. En los videos, el comportamiento deseado fue demostrado utilizando modelos comparables siempre que fue posible. Todas las investigaciones encontraron un aumento en la autoeficacia.

Los videos pueden mostrar todos los aspectos del cuidado de la diabetes y se pueden usar modelos específicos para diferentes grupos demográficos, como niños, adolescentes y personas mayores con diabetes. Un tipo especial de modelado que puede mejorar la autoeficacia es el "automodelado". Esta técnica ayuda a los pacientes a cambiar su comportamiento después de ver un video de sí mismos que muestra el comportamiento deseado. La razón de este enfoque es que las personas están interesadas en videos de sí mismos, lo que les hace prestar atención al video. Además, las personas tienen la intención de imitar el comportamiento que es adaptativo. Ver fallas y comentarios negativos en un video puede ser perjudicial. El automodelado es una forma de mejoramiento progresivo, que muestra a las personas cómo se deben hacer las cosas. El automodelado se ha utilizado en el aprendizaje de muchos tipos de habilidades, incluidas las habilidades físicas y las habilidades de comunicación. Para las personas con diabetes, el automodelado podría usarse para aprender habilidades prácticas y lidiar con la ansiedad.

El juego de roles se utiliza con mayor frecuencia en la educación grupal. En el juego de roles se demuestra y observa el comportamiento deseado. Los participantes también tienen la oportunidad de practicar un comportamiento y obtener retroalimentación de los miembros del grupo y los líderes del grupo. Se han utilizado con éxito grabaciones de video de juegos de roles de adolescentes con diabetes tipo 1, ya que este grupo es muy sensible a tal enfoque. Las situaciones difíciles y las posibles soluciones se representaron en juegos de roles, se grabaron en video y luego se discutieron en el grupo. De esta manera se fomentó la identificación óptima con los contemporáneos y se potenció la autoeficacia. También se han utilizado videojuegos interactivos para mejorar el autocuidado entre los niños con diabetes. Los niños pueden tomar el papel de personajes animales que controlaron su diabetes ellos mismos, midiendo la glucosa en la sangre, inyectándose insulina y eligiendo alimentos. Esta investigación mostró un aumento en la autoeficacia.

Una forma final de aprendizaje por observación son las demostraciones de habilidades o comportamientos específicos. Las enfermeras, educadores o líderes de cursos pueden demostrar acciones específicas. Parte del protocolo de mejora de la autoeficacia utilizado para preparar a las personas para una operación es la

demostración por las enfermeras de los comportamientos deseados. Habilidades como inyectar insulina y medir la glucosa en sangre también se pueden demostrar.

Persuasión verbal

- **Establecer a los pacientes metas mas altas, pero siempre realistas y alcanzables**
- **Transferencia de conocimiento: qué se debe hacer y por qué**

La persuasión verbal es la fuente de información más utilizada para mejorar la autoeficacia. A los pacientes se les dice que tienen la capacidad de tener éxito, ya que las personas tendrán más confianza en sí mismas si los demás tienen confianza en sus capacidades. Esta convicción puede hacer que los pacientes hagan más esfuerzos y perseveren en una tarea hasta que se haya dominado el comportamiento deseado. Las sugerencias de auto fortalecimiento mejoran el desarrollo de habilidades y, finalmente, la autoeficacia. Esta fuente tiene una potencia limitada en sí misma, pero a menudo se usa en combinación con otras fuentes.

La persuasión verbal también puede estimular a las personas a establecer metas más altas de lo que habrían hecho por sí mismas. Estos objetivos deben seguir siendo realistas y alcanzables. Si los objetivos no son realistas, los pacientes se desaniman por resultados decepcionantes. La retroalimentación positiva también puede ser vista como una especie de persuasión. La retroalimentación positiva es una recompensa importante para inducir a los pacientes a mostrar un comportamiento específico y mantenerlo. Es importante, por supuesto, atribuir el éxito a los propios esfuerzos del paciente.

El éxito de la comunicación persuasiva en el cambio de ideas está fuertemente influenciado por la confiabilidad estimada de la fuente. Cuanto más confiable sea la persona que está comunicando el mensaje, mayor será el éxito en cambiar actitudes o aprender un nuevo comportamiento. La estimación de la fiabilidad está influenciada por tres factores: experiencia, credibilidad y atractivo. Los pacientes experimentan más sentimientos de eficacia si son convencidos por una persona confiable que si la persona es alguien en quien no confían. Además, las personas son más fácilmente influenciadas por una persona con conocimiento sobre el tema. Finalmente, las características del educador, incluyendo el atractivo y la amabilidad, son importantes. Bandura menciona la importancia de la credibilidad y la experiencia del educador. La confianza también puede surgir de la igualdad observada con el educador; por ejemplo, las experiencias compartidas o las características mutuas permiten a las personas identificarse con el educador. Los pacientes también pueden estimularse mutuamente. Este hecho puede ser utilizado en la educación grupal. Los pacientes que experimentan dificultades en un área específica a menudo pueden ser influenciados por un grupo.

La persuasión verbal para mejorar la autoeficacia se ha probado en varias investigaciones, principalmente en forma de retroalimentación positiva.

Para las personas con diabetes, la persuasión verbal consiste principalmente en la transferencia de conocimiento: los pacientes necesitan saber qué es lo que importa antes de que puedan ser convencidos de cambiar su comportamiento. Una vez que los pacientes tienen una idea de las razones por las que tienen que cambiar su comportamiento y saben cómo tienen que cambiar, necesitan ser estimulados para comenzar a hacer cambios en su comportamiento. Para las personas con diabetes, los cambios incluyen cambios en la dieta, pérdida de peso, ejercicio físico, aprender a inyectarse insulina y aprender a medir la glucosa en sangre e interpretar las mediciones. Se pueden dar instrucciones sobre la monitorización de la glucosa en sangre y sobre el uso del dispositivo de monitorización de la glucosa en sangre; también se pueden dar explicaciones sobre la frecuencia recomendada de monitoreo. Los pacientes entonces tienen que ser observados y alentados en este comportamiento. La retroalimentación positiva sobre las acciones que han tomado y una interpretación positiva de las posibles fallas pueden mejorar la autoeficacia. Además, se puede alentar a las personas a establecer sus metas más altas, por ejemplo, hacia un mayor ejercicio físico o una dieta más estricta.

Autoevaluación de las respuestas emocionales y fisiológicas

La cuarta fuente de autoeficacia es la información que las personas obtienen de la autoevaluación de su situación fisiológica y emocional. Las personas que se sienten estresadas juzgarán su autoeficacia más negativamente que las personas que se sienten relajadas. Además, un estado de ánimo positivo aumenta la autoeficacia y un estado de ánimo negativo lo disminuye. La autoeficacia se puede aumentar mejorando la situación física del paciente, reduciendo el estrés y disminuyendo las emociones negativas, así como corrigiendo las interpretaciones falsas de la situación física del paciente. La intensidad de las reacciones emocionales y físicas no es tan importante como la forma en que se observan e interpretan. Cuando las personas tienen una alta autoeficacia, ven una cierta tensión como un estimulante para lograr, pero las personas que tienen dudas experimentan la tensión como una restricción.

Las personas tienen más confianza en sus propias habilidades cuando se sienten relajadas. Las estrategias que reducen y controlan la tensión emocional pueden mejorar la autoeficacia, especialmente cuando se aprende un nuevo comportamiento. Las estrategias más utilizadas son la hipnosis, la biorretroalimentación, el entrenamiento de relajación, la meditación y la medicación. Una investigación estudió la influencia de los ejercicios de relajación en la autoeficacia con personas que tenían miedo de una gastro endoscopia. Se reprodujeron cintas de audio a los pacientes informándoles que se trataba de un ejercicio de relajación que disminuiría su tensión antes de una gastro endoscopia. El ejercicio de relajación consistió en una intensa

relajación muscular y meditación. El entrenamiento mostró un efecto positivo, especialmente cuando la relajación se combinó con una retroalimentación positiva.

Los síntomas físicos pueden verse como indicadores de ineficacia personal, y cambiar estas interpretaciones es importante. Los profesionales de la salud deben determinar lo que las personas creen y por qué lo creen y, si es posible, ayudar a las personas a cambiar sus creencias. Cuando se ha identificado una creencia específica, el profesional de la salud puede comenzar a reinterpretar. Se deben evitar los mensajes dobles, y el lenguaje debe ser simple y claro. Los nuevos conocimientos pueden dar a los pacientes una nueva visión de su enfermedad. También pueden influir en el juicio de una persona sobre su capacidad para lidiar con la enfermedad.

Las personas con diabetes tienen que aprender a anticipar los trastornos de la glucosa en la sangre por el estrés, la alimentación y el ejercicio físico. El estrés puede influir en la regulación de la diabetes y conducir a trastornos metabólicos. Los factores estresantes fisiológicos como el dolor y el trauma producen una mayor intolerancia a la insulina, al igual que los factores estresantes psicológicos como los eventos de la vida no deseados y las preocupaciones diarias. Sufrir diabetes mellitus conduce automáticamente a un poco de estrés. Los pacientes que deben ser tratados médicamente por el resto de sus vidas, están sujetos a numerosas amenazas y se enfrentan diariamente a su enfermedad. No es sorprendente que las personas con diabetes a menudo tengan una sensación de miedo relativamente fuerte. La forma en que reaccionan a esto depende de su conocimiento de la enfermedad y su educación, así como de la motivación, la personalidad y el apoyo social.

A menudo ocurren tres tipos de miedo: miedo a inyectarse, miedo a las complicaciones y miedo a la hipoglucemia. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de estos temores. El miedo excesivo es físicamente agotador para los pacientes y puede prevenir la regulación óptima de la glucosa en la sangre. Para disminuir los efectos del miedo, se han probado una serie de ejercicios de relajación con personas con diabetes. Varias investigaciones han demostrado un efecto positivo de la biorretroalimentación y la capacitación en el manejo del miedo, pero las investigaciones tenían muchas limitaciones. También se han desarrollado programas especiales de capacitación en concientización para tratar el miedo a la hipoglucemia. El reconocimiento del miedo es importante y el apoyo debe apuntar a mejorar el sentido de control y confianza en sí mismo del paciente; hacer que los pacientes se sientan relajados también es importante. Por lo tanto, la educación debe darse en un ambiente relajado y libre de estrés, porque el miedo y la angustia tienen un efecto negativo en la autoeficacia.

Claramente, los indicadores fisiológicos de autoeficacia juegan un papel importante en el funcionamiento de la salud. Esta fuente de autoeficacia, sin embargo, debe verse en el contexto de las otras tres fuentes, que son más concretas y pueden medirse mejor.

Combinación de fuentes

Al promover la autoeficacia, la información de las cuatro fuentes debe integrarse. La influencia de las diferentes fuentes, sin embargo, puede diferir en cada situación y para cada persona, y pocas investigaciones han analizado la información de eficacia multidimensional.

La combinación de diferentes fuentes de autoeficacia es mejor para mejorar la autoeficacia, y la combinación de las cuatro fuentes es más efectiva. Además, Bandura menciona que una combinación de fuentes produce los mejores resultados. Al observar a otros, los pacientes pueden estudiar la nueva habilidad y ganar confianza en que pueden hacerlo ellos mismos. Cuando esto se practica bajo supervisión, se logran los mejores efectos para la autoeficacia.

Se recomienda utilizar la teoría de la autoeficacia en el desarrollo de programas educativos para personas con diabetes. Las cuatro fuentes de información sobre la autoeficacia deben utilizarse con diferentes métodos de aprendizaje. Por ejemplo, cuando las personas están aprendiendo a medir e interpretar la glucosa en sangre, el educador primero tiene que explicar las ventajas de estas mediciones y proporcionar el conocimiento necesario. El equipo y el procedimiento se pueden demostrar, después de lo cual las personas con diabetes tienen la oportunidad de practicar en casa. Este procedimiento debe repetirse hasta que las personas con diabetes tengan éxito. Convencer a los pacientes de sus capacidades es importante. Además, es importante establecer un ambiente relajado y libre de estrés, porque el miedo puede tener un efecto negativo en la autoeficacia. Se pueden mostrar cintas de video de todos los aspectos del cuidado de la diabetes y se pueden usar modelos especiales para diferentes grupos demográficos.

Las investigaciones sobre los factores relacionados con la autoeficacia, han concluido que las personas con mayor autoeficacia comparten una serie de características. Las personas más jóvenes, los hombres y las personas con mayor educación suelen tener una mayor autoeficacia que las personas mayores, las mujeres y las personas con menos educación. Las personas inclinadas a la depresión tienden a tener una menor autoeficacia. Claramente, la identificación de factores de riesgo individuales puede aumentar la efectividad de las intervenciones para mejorar la autoeficacia.

El afrontamiento es el conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que una persona utiliza para manejar situaciones difíciles o estresantes, tanto internas como externas. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento tuvo un efecto positivo en la autoeficacia entre los adolescentes con diabetes. El entrenamiento tuvo como objetivo evitar el afrontamiento inapropiado y establecer un afrontamiento y comportamientos más positivos. Los participantes fueron entrenados en base a los

elementos de la teoría del aprendizaje social, utilizando modelos, persuasión verbal y práctica de habilidades.

Cuando las personas cambian de comportamiento, el mantenimiento del comportamiento deseado es crítico. La teoría de la prevención de recaídas incluye situaciones de alto riesgo en las que una persona se inclina a recaer a un viejo hábito. Para hacer frente a tales situaciones, la persona necesita una respuesta de afrontamiento, es decir, una buena manera de lidiar con la situación, preferiblemente ideada de antemano. La ausencia de una respuesta de afrontamiento conducirá a una menor autoeficacia y recaída. El uso correcto de una respuesta de afrontamiento conducirá al éxito, lo que mejora la autoeficacia.

Las atribuciones de éxito y fracaso juegan un papel en este sentido. Las atribuciones de fracaso a factores estables como las habilidades y la fuerza de voluntad conducirán a una menor autoeficacia y recaída. En el proceso de aprendizaje a menudo se produce una recaída. La mayoría de las personas aprenden por ensayo y error. Una buena atribución de la recaída temporal puede conducir al comportamiento deseado. Las experiencias de éxito conducen a una mayor autoeficacia para la actividad específica. Por lo tanto, las buenas respuestas de afrontamiento y las buenas atribuciones pueden mejorar la autoeficacia, y se pueden aprender a través de las cuatro fuentes de autoeficacia.

CONCLUSIONES

Las personas con diabetes pueden hacer gran parte de su tratamiento por sí mismas; sin embargo, por lo general, los cambios en el comportamiento son necesarios. Las intervenciones basadas en la teoría cognitiva social de Bandura muestran los mejores resultados. El concepto de autoeficacia parece ser especialmente importante para cambiar el comportamiento. Varias investigaciones han demostrado que los pacientes con alta autoeficacia muestran más cumplimiento con respecto a sus reglas de vida con respecto al autocuidado que los pacientes con baja autoeficacia. Mejorar la autoeficacia es, por lo tanto, parte de la educación sobre la diabetes. La autoeficacia se puede mejorar a través de cuatro fuentes de información de autoeficacia: práctica, observaciones de otros, persuasión verbal e información fisiológica. Para cada fuente, se han descrito numerosas intervenciones en la literatura. Pocas investigaciones, sin embargo, han estudiado los efectos de las fuentes separadas o han analizado la combinación más apropiada de fuentes. Las personas con diabetes necesitan hacer muchos cambios de comportamiento con respecto al autocuidado. Estos cambios pueden causar mucho estrés e inseguridad, y mejorar la autoeficacia puede ser importante. La autoeficacia, sin embargo, no es un sentimiento general, sino que es específica de una tarea y contexto. Para cada aspecto del autocuidado de la diabetes, se debe construir la autoeficacia. Cada habilidad que el paciente tiene que dominar debe especificarse claramente. Un programa educativo que está diseñado para todas

las personas con diabetes no es factible porque la población de la diabetes es muy variada, en edad, forma de diabetes, tratamiento de la diabetes, datos demográficos, etc. Además, el nivel inicial de autoeficacia difiere para cada tarea y para cada paciente. Las intervenciones que hacen uso de combinaciones de fuentes, y especialmente una combinación de las tres primeras fuentes, parecen ser más efectivas. La cuarta fuente, la información fisiológica, es menos concreta, pero puede desempeñar un papel importante en la mejora de la autoeficacia. Los programas educativos diseñados para mejorar la autoeficacia también deben estar en sintonía con las necesidades individuales del paciente.