

La adherencia terapéutica y las creencias en torno a factores involucrados en la Diabetes mellitus e hipertensión arterial

José Francisco Martínez Licona ³, Aracely Díaz Oviedo ⁴, María del Pilar Guevara Gasca ⁵.

Resumen

Objetivo: Elaborar un instrumento para identificar creencias y adherencia terapéutica

Metodología: Corte mixto realizado en cuatro fases, la primera fue una revisión histórica. Segunda, formulación de teorías culturales o científicas a partir de enunciados verbales, entrevista a 59 pacientes con diabetes, y se realiza un proceso de revisión. Como tercera etapa, con un grupo de expertos donde se organizaron y desarrollaron enunciados de acuerdo al análisis de los argumentos rescatados en las entrevistas. Cuarta, se retomaron enunciados y el grado de adherencia y se elaboró un cuestionario atribucional.

Resultados: Se obtuvo un cuestionario atribucional que contiene ficha de identificación y un cuestionario de 46 reactivos que miden adherencia al plan alimentación, ejercicio, tratamiento farmacológico y control emocional, distribuidos al grado de adherencia: alto, medio o bajo.

Conclusiones: Personas con una enfermedad crónica, se encuentran en un proceso de adherencia donde intervienen creencias o concepciones, generadas a partir de la enfermedad.

Palabras clave: Adherencia Terapéutica, Diabetes, Hipertensión. (Fuente: DeSC BIREME)

³ Doctor en Psicología. Profesor Investigador Tiempo completo del Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora Investigadora Tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí México. E-mail: aracelydiaz@uaslp.mx

⁵ Lic. En Psicología. Máster en Psicología del Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Therapeutic adherence and beliefs about factors involved in diabetes mellitus and high blood pressure

Abstract

Objective: To develop an instrument to identify beliefs and therapeutic adherence.

Methodology: Mixed cut study carried out in four phases, first a historical review was made. Second, the formulation of cultural or scientific theories from verbal statements, 59 patients with diabetes were interviewed, and a review process was made. As a third stage, along with a group of experts, statements related to the analysis of the information taken from the interviews were organized and developed. Fourth, statements and the degree of adherence were resumed and an attributional questionnaire was elaborated.

Results: An attribution questionnaire was used, containing Socio-demographic information and 46 questions. These measure adherence to the diet, exercise, pharmacological treatment and emotional control, distributed according to the degree of adherence: high, medium or low.

Conclusions: People with a chronic disease are in a process of adherence where their beliefs or conceptions generated from the disease intervene.

Key Words: Therapeutic Adherence, Diabetes, Hypertension. (Source: DeCS BIREME)

Introducción

La Psicología y la salud son grandes campos de intervención en los procesos de enfermedad de los seres humanos, los cuales en la actualidad cobran suficiente relevancia dados los altos índices de enfermar y morir. El presente trabajo de investigación realizada presenta la conformación de un instrumento que permite al profesional de salud, identificar la adherencia terapéutica que han mostrado las personas enfermas de diabetes e hipertensión, enfermedades que en nuestro tiempo han ido aumentando su presencia y complicaciones en aquellos que las padecen.

Psicología y adherencia terapéutica

La psicología y la disciplina de enfermería han sido como campos complementarios para el apoyo y recuperación de los enfermos crónicos; por ello, los autores consideran que el estudio muestra la forma en que una persona se adhiere a un tratamiento determinado y en qué áreas específicamente de su persona.

Dentro del estudio de la psicología es sumamente importante preguntarnos sobre el comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas que padecen alguna enfermedad crónica con respecto a esta, ya que la manera en la que se posicionen ante el cumplimiento de ciertos hábitos y conductas, indudablemente garantizará una mejora en el desarrollo del curso de la enfermedad y por ende una mejora en cuanto a su calidad de vida.

Lo anterior ha sido conceptualizado como Adherencia terapéutica, entendida

como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (Martín, 2004).

La OMS define el cumplimiento o Adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas (OMS 2004). Sin embargo en este punto es importante retomar la ya clásica definición de Haynes y Sackett que la define como la medida en que la conducta del paciente se relaciona con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida y que además coinciden con las indicaciones dadas por su médico (Haynes, Taylor, Sackett, 1979 en Martín 2004).

Ejemplificando lo anterior, y en el caso de los pacientes con diabetes, a partir de su diagnóstico están obligados a seguir un régimen de vida particular, que implica una ingesta de medicamentos varias veces al día, apegarse a una alimentación baja en grasas y azúcares y realizar un plan de ejercicios físicos cotidianos. Adherirse a estas recomendaciones médicas traducidas en conductas de salud sería el antecedente de salud y bienestar para los pacientes con enfermedades crónicas (Martos, Pozo, Alonso 2008).

Sánchez-Sosa (2002) propone que la investigación sobre adherencia terapéutica

en el campo psicológico, debe dirigirse hacia factores específicos que la influyen, ya sea instrumentales, cognitivos y también emocionales. (En Soria R., Vega C., Nava C., 2009).

Partiendo de lo anterior y desde la perspectiva a abordar, podemos definir a la adherencia terapéutica como la capacidad de las personas para asumir con responsabilidad los procesos que se involucran con el medicamento, la dieta, el ejercicio, además, con el control emocional.

Es importante aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica, ya que puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos (Haynes, 2001). Una forma de abordaje es, sin duda, el ámbito psicoeducativo desde el que nace la presente propuesta.

El pensamiento cotidiano

Al estudiar la capacidad de las personas para asumir con responsabilidad los procesos que involucran diferentes factores cognitivos y emocionales que influyen en una adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, es preciso tomar como referencia fundamental el pensamiento de los sujetos que se involucran directamente con la enfermedad, es decir, el enfermo, ya que las características de los procesos de pensamiento tamizados por sus propias concepciones y creencias determinan las acciones que dan lugar a distintos niveles relacionados con la calidad de vida de los sujetos.

En la esfera del sentido común nos encontramos con un constante e imparable

intercambio cotidiano producido por los propios individuos, que por su naturaleza social construye en su vida diaria variedad de interrelaciones. Éste es el resultado y a la vez depósito de diferentes realidades construidas por cada uno de ellos, ya que lo experimentado cotidianamente y la información que diariamente se obtiene sobre los fenómenos hacen una labor constructiva sobre la organización de su propio pensamiento dentro de su medio social.

Es esta necesidad de descubrir las creencias que se atribuyen los individuos para guiar su comportamiento en varios escenarios como la familia, la escuela o al salud misma; lo que ha llevado a estudiar las unidades de pensamiento que permiten dicha estructura del sentido común, pues una característica del conocimiento común es que no reside en una sola persona, sino que está distribuido, entre individuos, grupos y ambientes simbólicos y físicos (Putnam y Borko, 2000b en Marrero, 2009).

Estas operaciones de organización fundamento de este estudio, constituyen las unidades de pensamiento que dan razón a las acciones de los individuos, las cuales tienen como finalidad transformar el objeto con el cual tienen contacto, dando lugar a estructuras cognitivas de acuerdo a la edad, que permiten construir los objetos de conocimiento cada vez más complejo; estas unidades de pensamiento pueden ser organizadas de manera que diferentes autores han denominado concepciones, teorías o creencias (Rodrigo, Rodríguez y Marrero, 1993; Camacho y Correa, 1993; Pozo y Scheuer, 1999; Pajares, 1992; Martínez, 1995). Estos términos han surgido para tratar de describir aquello que se considera como el marco de referencia con que el sujeto

percibe, procesa e integra la información que da sentido a sus acciones (Martínez, 2009). Se puede deducir que es a través de estos procesos de organización como se puede explicar y transformar la realidad por parte de los sujetos (Marrero, 2009), lo que permite que al detectar aquellas concepciones que originan la visión de los individuos sobre el mundo, contamos con un referente importante para conocer las posibles direcciones de decisiones y comportamiento en la vida social.

Las personas no construimos en solitario, sino en un escenario sociocultural en el que otras personas han construido o están en proceso de construir un conocimiento en el mismo contexto que el nuestro. Así, las conexiones entre unidades de información aprendidas a partir de experiencias en el seno de grupos sociales, dan lugar a crearse referentes de aceptación o rechazo hacia los fenómenos sociales. Gracias al carácter normativo de la experiencia social, se permite al individuo comprender otras realidades construidas por sus semejantes, posibilitando así a los intercambios y procesos de negociación característicos de los grupos sociales en diferentes dominios (Rodrigo, Rodríguez y Marrero, 1993).

De aquí que, las personas como resultado de su vida cotidiana, construyen representaciones de la realidad y utilizan sus procesos cognitivos para interpretar situaciones, predecir y comprender el comportamiento de otras personas y planificar el suyo. Con esto la mente se convierte en un sistema de procesamiento de información que adquiere significado dentro de una interacción social (Seoane, 1985:388 en Rodrigo, Rodríguez y Marrero, 1993).

Esta dinámica del pensamiento cuenta con cierto nivel de coherencia interna basada en una organización conceptual de contenidos (Rodrigo, Rodríguez y Marrero, 1993), por lo que el pensamiento cotidiano nos permite conocer procesos socioculturales en los que actúa el individuo, al ser las prácticas culturales el entorno donde se construya el conocimiento, propiciando pautas estructuradas y red de interacciones interpersonales que constituyen las manifestaciones funcionales de la cultura. El individuo es un constructor activo de conocimiento pero que requiere de un marco experiencial e interpersonal organizado (Rodrigo, Rodríguez y Marrero, 1993).

Así, al contar con episodios de contacto personal con prácticas sociales recurrentes, construirá constantemente sus actividades rutinarias sin planificación previa. El individuo al crear concepciones, creencias o teorías tendrá como finalidad última que éstas le sean útiles para conducirse en su vida diaria (Pozoy Scheuer, 1999).

Las construcciones mentales que resultan de actividades y prácticas culturales sostien en dos niveles funcionales del pensamiento: el representacional y el atribucional. El primero se evidencia cuando la persona utiliza el conocimiento para declarar o reconocer algo, mientras que en el nivel atribucional se utiliza de modo pragmático para realizar inferencias prácticas, así como planificar su comportamiento (Rodrigo, 1994). La diferencia entre ambos niveles será en función de lo que se demande, ya sea una orientación teórica, o bien pragmática (ibídem). Caws (1974 en Rodrigo, 1993) denomina a estas funciones

como conocimiento representacional y conocimiento operacional, y Anderson (1976 en Rodrigo, 1993) diferencia entre conocimiento declarativo y conocimiento procedimental.

En la función representacional la comunicación verbal es una herramienta importante para reflejarla, mientras que con la ejecución de acciones se evidencia la función atribucional. En este trabajo se reconoce que las personas pueden reconocer diferentes versiones prototípicas de conocimiento (representación), pero sólo asumen como propio algunas de estas versiones (atribucional) (Triana y Rodrigo, 1985 en Rodrigo, 1993).

Bajo este esquema atribucional es cómo podemos llegar a evidenciar las formas de conducción del individuo sobre la práctica, ya que si bien puede evocar las representaciones del mundo, es a través de la atribución donde dará cuenta de la apropiación de estas representaciones para llevarlas a las actuaciones, de manera que la función atribucional del pensamiento será la base para las acciones ante una demanda.

Bajo este marco teórico y teniendo conocimiento de los factores que intervienen en los pacientes con diabetes y la adherencia al tratamiento se plantea el objetivo de construir un instrumento exploratorio, que identifique los factores socioeducativos que influyen en el proceso de adherencia terapéutica en personas diabéticas.

Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de este instrumento es de corte mixto, y se utilizó en su diseño

y construcción el procedimiento propuesto por Correa y Camacho (1993), y por otro lado el análisis a partir de medios estadísticos que permitieron obtener niveles de confiabilidad y validez de los reactivos.

El procedimiento que se llevó a cabo para la elaboración del cuestionario y cada uno de los reactivos que abordan las concepciones, creencias o teorías que determinan el grado de adherencia terapéutica consta de cuatro fases que a continuación se describen.

Como primera fase se realizó una revisión histórica de las ideas para la determinación de los modelos culturales sobre la adherencia terapéutica por medio de una revisión documental de diversas investigaciones y teorías sobre la misma y factores que se involucran con ella en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, como es el caso del Modelo de Creencias en Salud o Health Belief Model, que fue elaborado al tratar de explicar la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades, el MCS es un importante referente en cuanto al uso de los servicios de salud, la adherencia a los tratamientos médicos y a los regímenes alimenticios (Brannon & Feist, 2007).

También se revisó un estudio llevado a cabo en la ciudad de Cosamaloapan, Veracruz (Juarez-Arganis, 1998), donde se analizaron las ideas populares relacionadas con la diabetes en 20 pacientes. A esta muestra se les aplicó un cuestionario el cual incluía preguntas referentes al origen, desarrollo y tratamiento de la diabetes. Los datos obtenidos en dicha investigación arrojaron que las ideas más populares de los pacientes con diabetes

son: dificultad o incomodidad al seguir el tratamiento médico, inexistencia a la dieta por cuestiones económicas y cambio de hábitos relacionados con el ejercicio.

Posteriormente de haber detectado factores que teóricamente se relacionan con la diabetes y las dificultades en la adherencia terapéutica se llevó a cabo como segunda fase la formulación de teorías culturales o científicas a partir de enunciados verbales, realizando una entrevista semiestructurada a 59 pacientes con diabetes tipo 2, los cuales tenían más de un año de asistir a grupos de ayuda mutua, pero que no había cambios notables en la adherencia al tratamiento ni en los niveles de los pacientes.

A partir de estas entrevistas se elaboraron una serie de frases representativas que ilustraron cada uno de los componentes identificados en el análisis histórico, los cuales son:

- Adherencia al plan de alimentación
- Adherencia al plan de ejercicio
- Adherencia al tratamiento farmacológico
- Adherencia al control emocional

Al haber corroborado los factores que culturalmente se relacionan con la adherencia terapéutica en pacientes de diabetes tipo 2, se llevó a cabo un proceso de revisión, como tercera etapa, con un grupo de expertos donde se organizaron y desarrollaron los siguientes enunciados de acuerdo al análisis de los argumentos rescatados en las entrevistas y se distribuyeron de la siguiente manera:

Adherencia al plan de alimentación

Adherencia baja:

1. ¿Puedo comer alimentos con bajo

contenido en azúcar?

2. ¿Comer frutas y verduras puede ser benéfico en el consumo de azúcar?

3. ¿No importa el azúcar que consumo, ya que reduzco el riesgo de mi enfermedad con los medicamentos?

Adherencia media:

4. ¿Si tomo una Coca Cola ocasionalmente no me daña a mi salud?

5. ¿Comer una cantidad de 3 a 5 tortillas diarias no interfieren con mi salud?

6. ¿Comer dulces y chocolates muy esporádicamente no me afectan si sigo un plan alimenticio?

7. ¿Comer comida grasosa 1 o 2 veces por semana no daña mi salud?

Adherencia alta

8. ¿Las bebidas que consumo (café, té, refresco, chocolate, atole) deben ser endulzadas con suplementos de azúcar (esplenda)?

9. ¿Mi salud depende de lo que consumo en un 50%?

10. ¿Debo de seguir una dieta regular y con orden en mi plan alimenticio?

Adherencia al plan de ejercicio

Adherencia baja:

1. ¿Pienso que el hacer las labores de la casa, sustituye el hacer una rutina de ejercicio?

2. ¿No necesito hacer ejercicio si tengo un buen plan alimenticio?

3. ¿Las personas que toman su medicación no necesitan hacer ejercicio?

4. ¿Pienso que es difícil mantener una rutina de ejercicio con las actividades diarias?

Adherencia media:

5. ¿Pienso que el dar paseos en parques o jardines 3 o 4 veces por semana mantiene mis niveles de glucosa normales?
6. ¿Creo que caminar sin hacer pausas más de media hora al día me ayuda a estar saludable?
7. ¿El hacer ejercicio cuando tengo tiempo mejora mi salud?
8. ¿Jugar con mis hijos y nietos sustituye una rutina de ejercicio?

Adherencia alta:

9. ¿El realizar una rutina diaria de ejercicio me ayuda a estar sano?
10. ¿Pienso que tener un horario específico para hacer ejercicio mejora mi estado de salud?
11. ¿Realizo una rutina específica para personas con enfermedades crónicas?

Adherencia al tratamiento farmacológico

Adherencia baja:

1. ¿Se puede tomar el medicamento solo cuando siento molestias?
2. ¿Se puede sustituir el medicamento que me dio el médico por algún suplemento?
3. ¿Pienso que no tomar todos mis medicamentos o tomar una cantidad menor a la indicada por el médico ya que pueden hacerme daño en otras partes del cuerpo como los ojos?

Adherencia media:

4. ¿Cuándo olvido tomarme un medicamento, lo tomo cuando me acuerdo?
5. ¿No importa el momento del día en que me tome la medicina solo si me tomo la cantidad que indica el doctor?

6. ¿El no tomar una o dos dosis a la semana no afecta mi salud?

Adherencia alta

7. ¿Tomo mis medicamentos a la hora exacta que indica el médico, sin importar el lugar dónde estoy?
8. ¿Me aprendo el nombre y dosis de mis medicamentos?
9. ¿Asisto a todas mis citas de revisión con el médico?

Adherencia al control emocional

Adherencia baja:

1. ¿Creo que una persona con diabetes o hipertensión puede manejar su enfermedad ella sola, sin el apoyo de otros?
2. ¿Pienso que la diabetes e hipertensión son enfermedades como cualquier otra y no se necesita el apoyo de otros?
3. ¿Cuándo me siento mal solamente necesito la ayuda del médico para que me diga que tomar?
4. ¿Pienso que mi estado de ánimo no afecta mi enfermedad?
5. ¿Es importante que la familia de un diabético/hipertenso comprenda la enfermedad para que se encuentre controlada?

Adherencia media:

6. ¿Pienso que es importante que algún familiar en ocasiones acompañe a las personas diabéticas o hipertensas a la consulta?
7. ¿Creo que es importante que la familia de un diabético o hipertenso comprenda la enfermedad y el tratamiento que sigue la persona?
8. ¿Es importante recibir el apoyo de la familia o del personal sanitario para tener controlada la diabetes y/o la hipertensión?

9. ¿Considero importante que la familia de las personas hipertensas o diabéticas se involucre en el tratamiento de la enfermedad?

10. ¿Es importante el apoyo de la familia para poder seguir más fácilmente el tratamiento?

Adherencia alta:

11. ¿Pienso que recibo la información necesaria sobre mi enfermedad por parte del médico?

12. ¿Creo que soy atendido el tiempo suficiente durante la consulta?

13. ¿Pienso que las personas con enfermedades crónicas necesitan el apoyo por parte del psicólogo?

14. ¿Pienso que la familia de las personas diabéticas e hipertensas deben hacer modificaciones en sus hábitos de salud?

15. ¿Es importante el apoyo de la asistencia sanitaria, para entender la enfermedad?

16. ¿Creo que el 50% de mi estado de salud depende de mí manejo emocional?

1. Elaboración del cuestionario

Como cuarta y última fase se retomaron cada uno de los enunciados y el grado de adherencia que representa cada uno de ellos y se elaboró un cuestionario atribucional, el cual contiene en primer lugar una ficha de identificación donde se obtuvo la información autobiográfica, tales como edad, sexo, colonia donde vive, estado civil, nivel escolar, ocupación, religión, número de hijos, complejión, enfermedades que padece, tiempo con la enfermedad, frecuencia de mediciones, medicamentos y dosis, complicaciones relacionadas con la enfermedad,

hospitalizaciones, síntomas y frecuencia de los mismos. El segundo apartado consiste en un cuestionario que consta de 46 reactivos de los cuales 10 miden la adherencia al plan de alimentación, 11 al plan de ejercicio, 9 al tratamiento farmacológico y 16 al control emocional, distribuidos de acuerdo al grado de adherencia: alto, medio o bajo.

Los reactivos se califican por medio de las escalas que aparecen en el instrumento de la siguiente manera:

- Totalmente de acuerdo (1)
- De acuerdo (2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- En desacuerdo (4)
- Totalmente en desacuerdo (5)

Como prueba piloto se aplicó el instrumento a 50 pacientes con diabetes Tipo 2.

Análisis de datos

El análisis de datos de la prueba piloto para fines de validar la escala y su consistencia interna se realizó con el programa estadístico R 2.12 (Ihaka & Gentleman, 1996) con un 95% de nivel de confianza. Se estimaron datos faltantes utilizando el programa mice (Multivariate Imputation by Chained Equations (van Buuren & Oudshoorn, 2000)). Se evaluó normalidad con la prueba de Shapiro Wilk (Heiberger & Holland, 2004). El índice de consistencia interna fue obtenido mediante el Alpha de Cronbach (DeVellis, 2003). La correlación reactivo-total corregida se utilizó para estimar la contribución de cada reactivo a la puntuación total (DeVellis, 2003).

Cuestionario exploratorio para detección de niveles de adherencia terapéutica en personas diabéticas⁶

Datos biográficos

Edad: _____

Nivel escolar

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Preparatoria ()
- Carrera Técnica ()
- Carrera Universitaria ()

Estado Civil

- Soltero(a) ()
- Separado(a) ()
- Casado(a) ()
- Viudo(o) ()
- Divorciado(a) ()
- Unión Libre ()

Sexo:

- Femenino ()
- Masculino ()

Ocupación

- Empleado ()
- Estudiante ()
- Ama de casa ()
- Negocio propio ()
- Pensionado ()
- Otro _____

Religión

- Católica ()
- Cristiana ()
- Otras _____

Complexión

- Delgado ()
- Normal ()
- Sobrepeso ()
- Obesidad ()

Enfermedades

- Diabetes ()
- Hipertensión arterial ()
- Otras ¿Cuales? _____

Tiempo de enfermedad

- Diabetes _____
- Hipertensión arterial _____
- Otras _____

Frecuencia de mediciones

- Glucosa _____
- Presión arterial _____

Medicamentos/Dosis

- Diabetes ()
- Hipertensión arterial ()
- Otras ¿Cuales? _____

Complicaciones relacionadas con la enfermedad

- Diabetes _____
- Hipertensión arterial _____
- Otras _____

¿Ha estado hospitalizado?

- Si () No ()

Tiempo _____

Motivo _____

Ultima fecha de Hospitalización _____

Síntomas comunes asociados a su enfermedad

Frecuencia de los síntomas

Análisis de Reactivos

La puntuación media de la prueba fue de 45.25, SD=11.05. Se encontró una distribución mesocúrtica, (-.31) y simétrica (0.27) que no difiere de una distribución normal (W=0.98, p= 0.37).

La consistencia interna fue de $\alpha=.85$ con 46 reactivos. El valor mínimo de la correlación reactivo-total corregida fue de $r= .05$ y el valor máximo fue de $r=.62$. Dos reactivos de adherencia alta en actividad física, fueron reformulados ya que presentaron valores de 0.21 y 0.30, lo mismo ocurrió con el reactivo tres de

baja adherencia al plan alimentación una puntuación de 0.14 y con el reactivo cuatro de actividad física, en baja adherencia con un alfa de 0.32.

Después de realizar los procesos de validación y confiabilidad se obtuvieron resultados favorables para su reconocimiento, por lo que el instrumento quedó conformado de la siguiente manera:

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta un listado de afirmaciones las cuales hacen referencia a acciones que se pueden atribuir los pacientes, respecto a lo que puede o no hacer para mantener

⁶ Diseño y construcción Dr. José Francisco Martínez Licona y Mtra. María del Pilar Guevara Gasca. Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

controlada la diabetes. Lea cada afirmación al paciente con cuidado y tache la opción que corresponda al grado de acuerdo o

desacuerdo del mismo paciente con cada afirmación.

Utilice la siguiente escala para valorar la atribución del paciente.

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. En desacuerdo.
5. Totalmente en desacuerdo.

		1	2	3	4	5
1.	Creo que el 50% de mi estado de salud depende de mí manejo emocional					
2.	El hacer ejercicio cuando tengo tiempo mejora mi salud					
3.	Puedo comer alimentos con bajo contenido en azúcar					
4.	Realizo una rutina específica para personas con enfermedades crónicas					
5.	Debo de seguir una dieta regular y con orden en mi plan alimenticio					
6.	Si tomo una Coca Cola ocasionalmente no daña a mi salud					
7.	Cuándo me siento mal solamente necesito la ayuda del médico para que me diga qué tomar					
8.	No necesito hacer ejercicio si tengo un buen plan alimenticio					
9.	Se puede sustituir el medicamento que me dio el médico por algún suplemento					
10.	Tomo mis medicamentos a la hora exacta que indica el médico, sin importar el lugar donde estoy					
11.	Cuándo olvido tomarme un medicamento, lo tomo cuando me acuerdo					
12.	Considero importante que la familia de las personas, como yo, hipertensas o diabéticas se involucre en el tratamiento de la enfermedad					
13.	Pienso que las personas con enfermedades crónicas, como yo, necesitan el apoyo por parte del psicólogo					
14.	Jugar con mis hijos y nietos sustituye una rutina de ejercicio					
15.	No importa el azúcar que consuma, ya que reduzco el riesgo de mi enfermedad con los medicamentos					
16.	Pienso que tener un horario específico para hacer ejercicio mejora mi estado de salud					
17.	Las bebidas que consumo (café, té, refresco, chocolate, atole) deben ser endulzadas con suplementos de azúcar (esplenda)					
18.	Comer dulces y chocolates muy esporádicamente no me afectan si sigo un plan alimenticio					
19.	Pienso que la diabetes e hipertensión son enfermedades como cualquier otra y no se necesita el apoyo de otros					
20.	Pienso que el hacer las labores de la casa, sustituye el hacer una rutina de ejercicio					

21.	Pienso en no tomar todos mis medicamentos o tomar una cantidad menor a la indicada por el médico ya que pueden hacerme daño en otras partes del cuerpo como los ojos				
22.	Asisto a todas mis citas de revisión con el médico				
23.	No importa el momento del día en que me tome la medicina sólo si me tomo la cantidad que indica el doctor				
24.	Pienso que es importante que algún familiar en ocasiones acompañe a las personas como yo, diabéticas o hipertensas, a la consulta				
25.	Para mí, es importante el apoyo de la asistencia sanitaria, para entender la enfermedad				
26.	Pienso que el dar paseos en parques o jardines 3 o 4 veces por semana mantiene mis niveles de glucosa normales				
27.	Comer frutas y verduras puede ser benéfico en el consumo de azúcar				
28.	El realizar una rutina diaria de ejercicio me ayuda a estar sano				
29.	Mi salud depende de lo que consumo en un 50%				
30.	Comer comida grasosa 1 o 2 veces por semana no daña mi salud				
31.	Creo que una persona con diabetes o hipertensión puede manejar su enfermedad ella sola, sin el apoyo de otros				
32.	Las personas que toman su medicación no necesitan hacer ejercicio				
33.	Se puede tomar el medicamento sólo cuando siento molestias				
34.	Me aprendo el nombre y dosis de mis medicamentos				
35.	El no tomar una o dos dosis a la semana no afecta mi salud				
36.	Es importante el apoyo de mi familia para poder seguir más fácilmente el tratamiento				
37.	Pienso que la familia de las personas diabéticas e hipertensas como yo debe hacer modificaciones en sus hábitos de salud				
38.	El hacer ejercicio cuando tengo tiempo mejora mi salud				
39.	Pienso que mi estado de ánimo no afecta mi enfermedad				
40.	Creo que el 50% de mi estado de salud depende de mí estado emocional				
41.	Creo que es importante que la familia de un diabético o hipertenso como yo comprenda la enfermedad y el tratamiento que sigue la persona				
42.	Comer una cantidad de 3 a 5 tortillas diarias no interfieren con mi salud				
43.	Es importante que la familia de un diabético/hipertenso como yo comprenda la enfermedad para que se encuentre controlada				
44.	Pienso que es difícil mantener una rutina de ejercicio con las actividades diarias				
45.	Pienso que recibo la información necesaria sobre mi enfermedad por parte del médico				
46.	Es importante recibir el apoyo de la familia o del personal sanitario para tener controlada la diabetes y/o la hipertensión				

Conclusiones

Cuando las personas en situación de padecer alguna enfermedad no controlan ciertos aspectos que influyen en su desarrollo, modifican en gran medida su calidad y esperanza de vida debido principalmente a las complicaciones en diversos órdenes.

En esta situación, involucrarse en un tratamiento médico implica tener una base reguladora de creencias en torno a diferentes factores que se involucran con la adherencia a dicho tratamiento. Esta base reguladora adquiere las características de concepciones, teorías o creencias que actúan como un conjunto organizado de conocimiento sobre algún dominio de la realidad como plataforma para la toma de decisiones, y se forman como elaboraciones personales a partir de experiencias del sujeto con el medio cultural.

Se puede concluir que aquellas personas que padecen una enfermedad crónica como la diabetes, se encuentran en un proceso de adherencia a algún tipo de tratamiento donde intervienen múltiples factores tanto informativos, como físicos y emocionales; sin embargo también se encuentran inmersos en todo un sistema de creencias o concepciones, que se generan a partir de tener contacto directo con la enfermedad. La finalidad última de este sistema de organización del pensamiento es transformar la realidad, otorgando significado a los objetos con que tenemos contacto y bajo ese esquema guiar nuestras acciones en respuesta a las exigencias.

Esto sucede con los pacientes de diabetes, pues al verse inmersos en un tratamiento

médico, aunado a tener que aceptar la enfermedad y vivir con ella, se encuentran en una situación que se nutre, y a la vez impacta, en las concepciones que se tenga por la enfermedad y todo lo que acontece en su desarrollo.

Estudiar la adherencia terapéutica desde la línea del pensamiento favorece el conocer el proceso interno que lleva el paciente, identificando así aquellos factores que intervienen en la mejora de su salud, o bien factores restrictivos que impiden someterse positivamente a un tratamiento de enfermedad crónica, en este caso la diabetes tipo II.

Referencias

1. Brannon, L. y Feist, J. (2007). *Health Psychology: an introduction to behavior and health*. San Francisco, EUA: Belmont Thompson Higher Education.
2. Correa, A. D. y Camacho, J. (1993). *Diseño de una metodología para el estudio de las Teorías Implícitas*. En Rodrigo M.J.; Rodríguez A.; Marrero J. (coords.) *Las teorías implícitas: Una aproximación al conocimiento cotidiano*. Primera edición. Madrid: Visor.
3. Haynes, R. B. (2001). *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.
4. Juárez-Arganis, E. N. (1998). *Ideas populares acerca de la diabetes y su tratamiento*. *Revista Médica del IMSS*, 36(5), 383-397.
5. Marrero, J. (2009). *El Pensamiento Rencontrado*. Editorial Octaedro. Barcelona

6. Martín L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*. 30 (4). Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de la Habana
7. Martín L. y Grau J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (001) Universidad Veracruzana, Xalapa, México. 89-99.
8. Martínez, J. F. (1995). Las teorías implícitas y la resolución de problemas en la enseñanza: el pensamiento del profesorado en formación inicial. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna, Tenerife, España.
9. Martínez, J. F. (2009). La Investigación sobre el pensamiento del profesor desde la perspectiva de las teorías implícitas. En López, O. (Coord.) *La investigación educativa: lente, espejo y propuesta para la acción*. Colegio de San Luis, A.C.
10. Martos M., Pozo C., Alonso E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, No. 93, 59-77
11. Organización Mundial de la Salud (2004). Proyecto sobre Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la acción. de la OMS. II. Red Mundial Interdisciplinaria sobre Adherencia Terapéutica. En www.femeba.org.ar/fundacion/
12. Pajares, M. E. (1992). Teachers' beliefs and educational research: cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62(3). 307 - 332.
13. Pozo, J. I. y Scheuer, N. (1999). "Las concepciones sobre el aprendizaje como teorías implícitas", en Juan Ignacio Pozo y Carles Monereo (coords.). *El aprendizaje estratégico. Enseñar a aprender desde el currículo*. Madrid, Santillana.
14. Rodrigo, M.J.; Rodríguez, A.; Marrero, J., (1993). *Las teorías implícitas: Una aproximación al conocimiento cotidiano*. Primera edición. Madrid:Visor.
15. Rodrigo, M.J. (1993). Representaciones y Proceso en las Teorías Implícitas. En Rodrigo M.J.; Rodríguez A.; Marrero J., (Coords.). *Las teorías implícitas: Una aproximación al conocimiento cotidiano*. Primera edición. Madrid:Visor
16. Rodrigo, M. J. (1994). Etapas, contextos, dominio y teorías implícitas en el conocimiento social. *Contexto y Desarrollo social*. SÍNTESIS. España.
17. Soria R., Vega C., Nava C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*. 14 (20). Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. México.