



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología Médica

Adherencia Terapéutica en pacientes portadores de Diabetes Mellitus

Autor: Lic. Alfredo Rodríguez Rojas

Tutora: Dra. Vivian M. Guerra Morales

Año 2010

CON SU ENTRAÑABLE TRANSPARENCIA



D EDICATORIA

A mi hijo Mauricio, mi pequeño amado príncipe.

A mi esposa, que con su apoyo y comprensión hizo suyo este proyecto.

A mis padres y familia toda..., puntos cardinales del respeto y el eterno agradecimiento.

A todo el que una vez hizo de maestro, mostrándome luces y sombras en el largo y tortuoso camino por el que van mis días.

A GRADECIMIENTOS

A los pacientes diabéticos y sus familiares por su valiosa cooperación alrededor de este proyecto de investigación.

A la Dra. C. Vivian M. Guerra Morales, mi profesora y tutora, por haber aceptado compartir conmigo este proyecto con profesionalidad; por su orientación científica, sensibilidad, paciencia, y confianza.

Al Dr. C. Luis Felipe Herrera, por su magistral y oportuna orientación en aras de la concreción del objetivo planteado en la investigación.

Al colectivo de profesores de la Maestría, que con la transmisión de sus conocimientos y experiencias nos permitieron escalar un peldaño más en nuestra carrera profesional.

Al colega y amigo Boris Camilo y su esposa Zaira, por los sábados de ciencia y estadística.

Al Dr. Yuri Madrazo Gutiérrez, mi amigo y hermano, quien desde Angola, como colaborador de la salud, me transmitió su sabiduría para modelar la arcilla.

A mis colegas y compañeros de grupo, que representaron un estímulo permanente en la consecución de estos objetivos, y a los cuales recordaré siempre.

A la Dra. Regla Luz Angulo Pardo, un jefe que me mostró el lado humano de la exigencia instándome siempre a la superación profesional.

A la Lic. Gilda, psicóloga del Centro de Atención al Diabético, por su ayuda en el trabajo con los pacientes estudiados.

A todo el que de una forma u otra puso su grano de arena en esta investigación.

EXERGO:

*“Ya no puedo iniciar nuevos caminos, pero si
puedo ensayar nuevos modos de caminar”*

Thiago de Mello

R ESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de caracterizar la adherencia terapéutica de pacientes con Diabetes Mellitus, valorada a partir del criterio de profesionales. Se realizó un muestreo probabilístico sistemático de 50 pacientes, pertenecientes al Centro de Atención al Diabético de Villa Clara, mientras que los profesionales se seleccionaron mediante un muestreo por conglomerados bietápico desde 4 unidades de salud de Santa Clara: el Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, el Centro de Atención al Diabético, y los policlínicos “Capitán Roberto Fleites” y “Chiqui Gómez Lubián”, unidades que a su vez se seleccionaron de una lista por muestreo simple aleatorio. Se utilizó un paradigma mixto, cuali-cuantitativo, asumiendo la realización de un estudio descriptivo de tipo transversal. Se empleó un sistema de técnicas psicológicas para obtener los resultados. La investigación se dividió en cuatro sesiones de trabajo. Para realizar el análisis de los datos se utilizó el procesamiento estadístico computacional mediante el software SPSS para las ciencias sociales , versión 15.5 para *Windows*. Los resultados obtenidos en la investigación demuestran la existencia de insuficiente conocimiento y formación en los profesionales de la salud acerca del tema de la adherencia terapéutica. Se evidenció una inadecuada percepción del riesgo que representa el incumplimiento terapéutico, con respecto a las complicaciones de la diabetes, lo que se relaciona con el escaso conocimiento sobre la enfermedad, y las formas para afrontarla positivamente. Se constató que el escaso conocimiento sobre la enfermedad, la inadecuada actitud ante la misma, y la presencia de una visión desfavorable de este padecimiento, interfiere en la correcta adherencia terapéutica de los pacientes. Se ofrece una caracterización de la adherencia terapéutica de los diabéticos que confirma la necesidad de optimizar el trabajo multidisciplinario en la atención a los mismos. Finalmente se ofrecen conclusiones y recomendaciones válidas para estudiantes y profesionales interesados en transitar por esta área de investigación.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, tratamiento, adherencia o cumplimiento terapéutico, conocimiento de la enfermedad, actitud, y visión de la enfermedad.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	8
Epígrafe 1. La Diabetes Mellitus como problema de Salud	8
1.1.1 Antecedentes Históricos sobre la enfermedad.....	8
1.1.2 Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico y tipología.....	10
1.1.3 Aspectos epidemiológicas de la Diabetes Mellitus.....	12
1.1.4 Prevención y factores de riesgos asociados.....	15
1.1.5 Criterios diagnósticos de la Diabetes.....	16
1.1.6 Complicaciones asociadas a la enfermedad.....	18
1.1.7 Tratamiento, control metabólico y calidad de vida.....	20
1.1.8 Algunos factores psicosociales de la Diabetes.....	25
1.1.9 La investigación psicológica en la Diabetes.....	29
Epígrafe 2. Adherencia Terapéutica o Cumplimiento de las prescripciones. Factores relacionados. Principales Modelos explicativos	31
1.2.1 Factores relacionados con la Adherencia o Cumplimiento Terapéutico.....	36
1.2.2 Modelos explicativos sobre la Adherencia o Cumplimiento Terapéutico.....	48
1.2.3 El problema de la evaluación de la Adherencia o Cumplimiento Terapéutico...	56
CAPITULO 2: METODOLOGÍA	59
2.1 Selección de la muestra.....	60
2.2 Operacionalización de la variable objeto de estudio.....	65
2.3 Descripción de instrumentos y técnicas utilizados en la investigación.....	66
2.4 Procedimientos de la investigación.....	72
2.5 Procesamiento de los datos.....	74
CAPITULO 3: ANALISIS DE RESULTADOS	77
3.1 Análisis acerca de los criterios de profesionales sobre la Adherencia.....	77
3.2 Caracterizar la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos estudiados.....	85
CONCLUSIONES	125
RECOMENDACIONES	128
REFERENCIAS	129
ANEXOS	136

I NTRODUCCIÓN

A la par de los indiscutibles avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a nivel global en las últimas décadas de cara a muchos de los problemas de salud existentes, surgen otros nuevos cuya complejidad exige la participación inmediata de las ciencias psicológicas en la búsqueda de respuestas. Uno de estos problemas está relacionado con el cumplimiento o seguimiento de las prescripciones médicas por parte del paciente.

El desarrollo alcanzado por las ciencias biomédicas y la industria farmacológica asegura disponer cada vez más de medicamentos altamente eficaces y de estudios más profundos acerca de la etiología y las manifestaciones de numerosas enfermedades muy prevalentes de curso crónico irreversible como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el asma, o el cáncer, por sólo citar algunas; sin embargo el grado de control sobre muchas de ellas es escaso debido a una falta de adherencia o cumplimiento terapéutico.

En este sentido cabe apuntar que la adherencia a las prescripciones, en tanto comportamiento humano y problema de salud, se ha convertido tempranamente en objeto de atención de la Psicología, llegando a insertarse en su marco conceptual como una categoría más. A ello han contribuido las dimensiones del problema que representa y su naturaleza compleja, en que los aspectos subjetivos y los comportamentales adquieren un rol fundamental a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad.

A pesar de constituir un tema joven dentro de las ciencias de la salud, el fenómeno del cumplimiento de las prescripciones médicas o de origen psicológico-conductuales, ha develado un punto de miras muy interesante en el área de la investigación contemporánea. (Rodríguez-Marín, 1995)

En el momento actual este tema gana en trascendencia e importancia debido a las funestas consecuencias que trae de manera especial en las enfermedades crónicas,

pues el incumplimiento es grave no sólo porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque provoca un aumento considerable de los costos de la asistencia sanitaria. (Ginarte, 2001)

La falta de adherencia produce también pérdidas en lo personal, familiar y social. En lo personal, el paciente queda expuesto al riesgo de padecer complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Por otro lado, incrementa la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y/o tratamiento; puede generar problemas en la relación médico-paciente e insatisfacciones y frustraciones en ambos. Desde el punto de vista social significa una enorme carga económica para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos, aumenta el número de consultas médicas, de exámenes clínicos complementarios, y se presentan recaídas, complicaciones y readmisiones que podrían evitarse. (Ginarte, 2001; Martín y Grau, 1994)

De ahí que se convierta este en un asunto serio para la salud pública contemporánea, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo, y de alarmante magnitud sobre todo en las regiones más pobres. (OMS, 2004)

En correspondencia con esta preocupación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio luz verde al “Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a Largo Plazo”, iniciativa mundial lanzada en el año 2001 por el Grupo Orgánico sobre Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de este organismo internacional. El objetivo de tal proyecto es mejorar las tasas mundiales de adherencia a los tratamientos comúnmente usados para abordar procesos crónicos, buscando a su vez contrarrestar los efectos nada saludables ni económicos de las tasas deficientes de adherencia terapéutica. Dicho esfuerzo generó un informe divulgado entre el 2003 y 2004 dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud, e incluyó la creación de una “Red Mundial Interdisciplinaria sobre Adherencia Terapéutica” compuesta por especialistas y científicos expertos en el

tema, organizaciones profesionales y de la industria, pacientes y formuladores de políticas. (OMS, 2004)

En este sentido la OMS reconoce la evidencia científica del incumplimiento en aras de avanzar en su control reconociendo además que «incrementar la efectividad de las intervenciones para reforzar la Adherencia puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos».

Según los estudios más recientes, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se estima que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo (OMS, 2004). Lo cual quiere decir que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos cumplen con el tratamiento indicado y que el otro 50 % enfrenta el riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Analizándolo fríamente, el problema tiende a empeorar paralelamente si tomamos en consideración la tendencia al aumento de los padecimientos crónicos, cuestión esta que caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad.

Pero una realidad puede cambiar este estado de cosas, y es que podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellos sujetos que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.

A pesar del interés que ha provocado el fenómeno del cumplimiento de las prescripciones las investigaciones desarrolladas en esta dirección, no obstante sus aportes indiscutibles, no llegan a satisfacer el amplio espectro de problemas y enfermedades donde hoy encuentran aplicación.

Por lo que se considera a la adherencia como un problema aún no resuelto. (Macía y Méndez, 1996)

Abordando este fenómeno en el caso específico de la diabetes, es destacable que la adherencia terapéutica no se refiere sólo al consumo de medicamentos, sino que pasa también por el cumplimiento de otras indicaciones de valor como la puesta en

práctica de una dieta rigurosa y la práctica sistemática de ejercicios físicos, y podríamos agregar a esta tríada del tratamiento diabetológico la adopción de hábitos y un estilo de vida con tendencia al autocuidado. Todos estos aspectos del tratamiento de la diabetes tienen como requisito indispensable el papel protagónico del paciente respecto al mismo, pues es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más comunes, la cual ocupa un lugar importante por su prevalencia. Afecta hoy entre el 3 y el 7 % de la población mundial, lo que llega a totalizar unos 180 millones de personas afectadas. Su condición de enfermedad irreversible, la convierte en difícil de abordar para pacientes y médicos, ya que a sus efectos sobre el organismo se suman condicionantes psíquicos, generadores de estrés y conductas dispares, debido a que -al menos en teoría- los pacientes deben realizar constantes esfuerzos durante el resto de su vida.

Uno de los esfuerzos globales para combatir la diabetes lo es el Programa DAWN (Actitudes, Deseos y Necesidades de la Diabetes) presentado en el 2001 como iniciativa de la FID (Federación Internacional de Diabetes). El objetivo general del mismo es mejorar el apoyo psicológico y social a las personas con Diabetes, haciendo énfasis en la persona afectada como el miembro “de lujo” más importante del equipo de trabajo, y tomando como perspectiva clave en el abordaje de esta enfermedad los aspectos psicológicos del diabético, para lo cual se orienta evaluar con más detenimiento variables como: la comunicación médico-paciente, el bienestar psicológico, el estrés, y la depresión de las personas afectadas. (Skovlund, 2004)

Para el caso de la Diabetes Mellitus las estadísticas que intentan cuantificar el grado de adherencia expresan que puede variar de un 20 a un 80% en los pacientes con regímenes de insulina; 65% hacia las indicaciones dietéticas; de un 57 a un 70% para el caso de las mediciones de glucosa; de un 19 a un 30% para las indicaciones de actividad física y se ha reportado que apenas un 7% de los pacientes diabéticos cumple con todos los aspectos de su régimen. (Lutfey y Wishner, 1999; Wens, Vermeire, Royen, Sabbe, y Denekens, 2005)

De manera que en las cifras estadísticas actuales acerca de la diabetes el fenómeno de la no adherencia terapéutica aflora como un objetivo a priorizar en las intervenciones psicológicas en torno a este padecimiento, sobresaliendo entre las vías para la aproximación científica a esta problemática las posibilidades que ofrece la Concepción Histórico-Cultural del Desarrollo Psíquico, la cual sirve de fundamento teórico a la presente investigación, pues se valorará en muy alto grado tanto el componente vivencial como la influencia del contexto en el desarrollo del individuo, específicamente en su comportamiento en el proceso salud-enfermedad ante el cumplimiento o incumplimiento terapéutico de las indicaciones.

Desde esta perspectiva es concebido el presente estudio investigativo el cual constituye una aproximación a cómo se presenta el fenómeno del cumplimiento de las prescripciones en pacientes con diabetes mellitus. Tal estudio adquiere importancia y pertinencia en tanto no existen antecedentes de un abordaje investigativo de la adherencia terapéutica asociada a la diabetes en el contexto de la provincia Villa Clara, territorio donde esta enfermedad ocupa un lugar importante por su prevalencia y donde la diabetes convive y se desarrolla en paralelo con el riesgo del envejecimiento progresivo que ha experimentado la población de este territorio en los últimos años.

En tal sentido, la presente investigación se inserta dentro de la política investigativa dirigida a la diabetes, generada en la provincia Villa Clara a partir de la puesta en marcha del Centro de Atención al paciente diabético como proyecto del Ministerio de Salud Pública. Por lo cual este estudio tributa a la intervención especializada y multidisciplinaria que realiza dicho centro.

De esta manera se define como problema de investigación:

- ◆ *¿Qué particularidades presenta la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus?*

Objetivo General:

- ◆ *Caracterizar la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus.*

Objetivos específicos:

- ◆ *Analizar criterios de profesionales vinculados al diagnóstico de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus.*
- ◆ *Caracterizar la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos estudiados.*

Desde el punto de vista práctico la realización de esta caracterización de la adherencia en la diabetes, además de permitir llegar a conclusiones importantes sobre la magnitud del problema en cuestión, nos va a brindar una herramienta eficaz de trabajo en aras de perfeccionar las acciones de los programas de educación diabetológica, especialmente aquellos aspectos que motivan la responsabilidad personal del sujeto en el autocuidado y cumplimiento de las prescripciones; y de manera general representa una contribución a mejorar la calidad de vida de la población afectada por dicha dolencia enfatizando la necesidad de un enfoque multidisciplinario. También los resultados de la investigación pueden contribuir a solidificar el sendero por el que avanzan las investigaciones en el campo de la evaluación y tratamiento psicológico de pacientes con diabetes, impulsando que promuevan la implementación de programas de educación diabetológica desde un enfoque multidisciplinario.

Desde el punto de vista social disponer de una caracterización de la adherencia terapéutica en la diabetes puede ser una modesta referencia para la ulterior toma de decisiones en la atención específica a este padecimiento, a los pacientes, sus familiares y red de apoyo social; así como para perfeccionar las capacidades en los diferentes niveles de atención sanitaria, y en la docencia de pregrado y postgrado; pretendiendo finalmente arribar a una toma de conciencia acerca de las perjudiciales consecuencias que provoca el incumplimiento terapéutico para el enfermo y la sociedad en su conjunto.

La memoria escrita consta de introducción, desarrollo, conclusiones y recomendaciones. En la introducción se abordan las consideraciones teóricas sobre la diabetes en tanto problema de salud, así como una visión panorámica actualizada de la adherencia terapéutica, los factores relacionados con la misma y los principales modelos explicativos. Durante el desarrollo se expone el diseño metodológico del estudio, explicando el paradigma de investigación empleado, las fases de la

investigación que se llevaron a cabo, así como la metodología utilizada; también se describe el procedimiento general seguido en la investigación y se analizan los resultados presentando finalmente una caracterización de la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos. Finalmente, se referencia las fuentes bibliográficas consultadas.

Capítulo 1. REFERENTES TEÓRICOS

1.1 La Diabetes Mellitus como problema de Salud.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que en los últimos años ha devenido un desafiante problema para la calidad y esperanza de vida de la población mundial, a la vez que se convierte en todo un reto para los profesionales y las ciencias empeñadas en combatirla. Su importancia no sólo obedece al lugar que ocupa entre las primeras causas de morbilidad a escala global, con un incremento considerable de su incidencia y prevalencia en los países desarrollados y en vías de desarrollo, sino también a su alto poder invalidante, la amplia gama de complicaciones tardías con que se manifiesta, la complejidad de su régimen terapéutico, así como las dificultades que deben enfrentar quienes la padecen en aras de lograr y conservar el control metabólico para prevenir complicaciones.

Por tales razones se le considera en la actualidad una enfermedad compleja, la cual requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad por parte de paciente y del apoyo interdisciplinario de especialistas en salud, unido al apoyo que la familia debe brindar. Sin embargo, está ampliamente probado que el protagonismo en el cuidado y control de la diabetes descansa en el paciente mismo. Hacia esta meta avanzan hoy los programas de educación diabetológica, a fomentar una cultura personal del autocuidado que rompa con las trabas que conducen al incumplimiento terapéutico, y a lograr un aprendizaje individual y familiar, con conciencia de los riesgos, que garantice el manejo exitoso y un estilo de vida acorde a las exigencias de esta dolencia.

1.1.1) Antecedentes históricos sobre la enfermedad.

La Diabetes Mellitus, en tanto padecimiento que ocasiona grandes afectaciones al hombre, ha sido objeto de atención desde los mismos albores de la civilización humana. Aparentemente esa “Diabetes Mellitus” descrita por primera vez hace 3000 años en Egipto es la misma que para el 2030 se pronostica afectará alrededor de 360 millones de personas; sin embargo, la ventaja de contar desde la antigüedad con descripciones tan exactas acerca de esta enfermedad no ha sido suficiente para que los seres humanos espontáneamente se propongan evitarla, ni para la propia Salud Pública detener su incremento.

Se sabe de la existencia de diabéticos desde épocas muy remotas, ubicándose el Papiro de Ebers (1550 a.C), encontrado en 1862 en la entonces Tebas, como quizás el primer documento donde se hace alusión a una enfermedad caracterizada por la frecuente y abundante eliminación de orina y la utilización de unos remedios a base de determinadas decocciones. También los egipcios y los romanos ya se hacían preguntas respecto al origen y las consecuencias de la diabetes utilizando, además, métodos efectivos de diagnóstico como la prueba de la orina.

Por otro lado, la antigua literatura hindú, en los Vedas, describe la orina de las personas con diabetes como pegajosa, con sabor a miel y con un fuerte poder de atracción a las hormigas. Cerca de 400 años d.C Characa y Sushruta, este último considerado el padre de la medicina hindú, hicieron notar lo dulce de la orina y la correlación entre la obesidad y la diabetes, la tendencia de la enfermedad de pasar de una generación a otra a través de una “semilla”, y la existencia de dos tipos de enfermedad: uno asociado con emaciación, deshidratación, poliuria y astenia; y otro caracterizado por corpulencia, polifagia, obesidad y somnolencia. Sushruta, llegó incluso a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes que conducía a la muerte y otra que se daba en personas de mayor edad. Pablo de Aegina refinó más aún el diagnóstico de *dypsacus* (diabetes) y la asoció a un estado de debilidad de los riñones y exceso de micción que conducía a la deshidratación. También en los antiguos escritos chinos ya se hablaba de la enfermedad de la sed, planteada por Tchangking, luego de la observación de un paciente que ingirió 10 L de agua. (Herrera, 2007)

No obstante, se ubica su origen en el griego Arteo de Capadocia (siglo II d.C) quien fuera el primero en hablar de diabetes con una palabra de origen griego: “*diavaino*”, para describir a la enfermedad con la idea de la dilución de los músculos a través de la orina. Al principio de la Era Cristiana, tanto Arteo de Capadocia como Aulio Cornelio Celso la describieron y le dieron su nombre actual Diabetes (sifón) Mellitus (melli-miel o azúcar). Celso fue el primero en aconsejar el ejercicio físico. Su correlación con la gangrena fue enunciada por el árabe Avicena 1000 años d.C.

Hoy se reconoce que la primera referencia en la literatura médica occidental de una orina dulce en la diabetes se debe a Thomas Willis (1621-1675), quien al probar las orinas de los diabéticos, descubrió el sabor “maravillosamente dulce de estas, como embebidas con miel o azúcar”, y le da el nombre de Mellitus. No es hasta 1775 que Mahtew Dobson (1745-1784) se convierte en el primero en demostrar que el sabor dulce de la orina del diabético se debía al azúcar y también realizó la crucial observación del exceso de esta en la sangre. A ello le siguió Thomas Cawley quien en 1788 describió la litiasis pancreática como causa de diabetes, siendo esta la primera referencia fundamentada que relaciona la diabetes y el páncreas.

En el siglo XIX se hacen muchísimas disecciones de animales. En 1869, Paul Langerhans (1847-1888) descubre en el páncreas de un mono unos islotes dispersos de células, responsables de la segregación de la insulina. También en este siglo Apollinaire Bouchardat (1806-1886) propone un manejo basado en la alimentación y en el ejercicio como tratamiento para la diabetes. A Bouchardat y a Eugene Melchior Peligot se debe el hallazgo en 1838 que el azúcar en la orina de los diabéticos era glucosa.

Así progresivamente ha evolucionado el conocimiento acerca de esta enfermedad hasta nuestros días. Sin lugar a dudas su época de esplendor ha sido a partir del siglo XX, en cuyos inicios se expuso la teoría de que la diabetes mellitus es una enfermedad del páncreas. También en esta época se denominó *insulina* a la secreción hormonal de los islotes de Langerhans, aunque aún ésta no había sido aislada. En 1921, Nicholas Paulescu, profesor de fisiología de la Facultad de Medicina de Bucarest, descubrió la insulina a la cual llamó pancreina, ocho meses

antes que los canadienses Frederick Grant Banting y Charles Herbert Best, y que el fisiólogo británico John James Rickard Macleod.

1.1.2) Diabetes Mellitus: definición, cuadro clínico y tipología.

La Diabetes Mellitus es un padecimiento cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo de un sujeto la definen como una enfermedad endocrina y metabólica, crónico-degenerativa de origen multifactorial. Es decir, se trata de un proceso hiperglucémico crónico en cuya aparición intervienen factores de riesgo genéticos (dada la existencia de predisposición heredada), ambientales (relacionados con la obesidad y el estrés), e inmunológicos y la agresión viral que con frecuencia actúan simultáneamente.

De modo más preciso, la diabetes constituye un desorden del metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos, del proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. Durante la digestión los alimentos se descomponen para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. El regulador fundamental de la concentración de glucosa en la sangre es la insulina, hormona sintetizada por las células beta de los islotes langerhans del páncreas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (glucemia). La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos (Herrera, 2007).

El cuadro clínico se caracteriza por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados o insuficientes. La disminución o absoluta falta de secreción de insulina por las células pancreáticas, junto a un exceso en la producción de las hormonas circulantes de las que el componente estresante (catecolamina, cortisol y glucagón) determina la elevación patológica de la glucemia, (Hiperglucemia), que es el elevado nivel de glucosa en sangre lo cual a su vez produce glucosemia (presencia de cantidades anormales de azúcar en la orina), la que por su parte provoca la poliuria (incremento del nivel de orina), y genera polidipsia (incremento de sed). Por tales razones resultan frecuentes las manifestaciones de cansancio, astenia, fatigabilidad, polifagia, cicatrizaciones lentas, prurito en el cuerpo, crisis de sudoración, calambres en los dedos, avidez por los dulces, así como cambios en la visión.

Se describen como formas clínicas: la Diabetes Mellitus Insulinodependiente (DMID) o Tipo-1, la Diabetes Mellitus No Insulinodependiente (DMNID) o Tipo-2, y la Diabetes secundaria a otras enfermedades y factores.

- ♦ *Diabetes Mellitus Tipo I:* (también conocida como insulino dependiente, juvenil o por autoinmunidad) se caracteriza por una ausencia de la producción de insulina o porque el páncreas la produce en cantidades insuficientes. Es menos frecuente. Sus síntomas, que pueden tener un inicio brusco en pacientes menores de 30 años y que poseen antecedentes heredo familiares de diabetes, consisten en una producción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, alteraciones visuales y fatiga. Ocurre en personas de bajo peso. Estos enfermos padecen de hiperglucemia, cetoacidosis y la sintomatología concurrente a menos que se administre diariamente insulina exógena. En consecuencia su supervivencia inmediata depende por completo de la administración diaria de esta hormona aunque la dieta resulta imprescindible. Esta forma de afección predomina en la etapa infantil. Los términos antiguos para este síndrome eran diabetes de inicio juvenil propensa a la cetoacidosis o frágil. Promedio de vida de 30 años.

- ♦ *Diabetes Mellitus Tipo II:* (también conocida como diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta o por insulino resistencia) se caracteriza porque el organismo no puede utilizar eficazmente la insulina porque las células del cuerpo no responden adecuadamente a esta hormona. Es más frecuente en la tipología de esta enfermedad. Sus síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo I, pero menos acentuados. En consecuencia, es posible que la enfermedad sólo se diagnostique varios años después de su inicio, una vez que ya han aparecido sus complicaciones. Se presenta con un inicio gradual en adultos mayores de 30 años sin antecedentes heredo-familiares de diabetes aunque de un tiempo a esta parte también ha comenzado a verse en niños obesos. Está asociada fundamentalmente a la obesidad y el sedentarismo. Su tratamiento requiere, en la mayoría de los casos, de agentes hipoglucemiantes orales. Se plantea que sólo un 20% requiere de tratamiento con insulina, y que en ocasiones el cumplimiento de la dieta es suficiente para su control. Promedio de vida de alrededor de 70 años. Este tipo de diabetes la padece el 90% de los diabéticos del mundo.

La *Diabetes Gestacional* consiste en la hiperglucemia que se identifica por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes tipo II, pero suele diagnosticarse por las pruebas realizadas durante los exámenes prenatales, más que por la manifestación de sus síntomas.

Es importante aclarar que las alteraciones de la tolerancia a la glucosa y de la glucemia en ayunas son trastornos de transición entre la normalidad y la diabetes. Los pacientes con estos trastornos tienen mayor riesgo de progresar hacia la diabetes tipo II, aunque esto no es inevitable.

Clasificación General de la Diabetes Mellitus

1. Clases Clínicas:
 - a) Diabetes mellitus (DM).
 - Insulino dependiente (DMID)

- No insulino dependiente (DMNID):
 - Obesos.
 - No obesos.
- Relacionada con malnutrición (DMRM):
 - Diabetes pancreática fibrocalculosa.
 - Diabetes pancreática por déficit proteico.
- Otros tipos relacionados con ciertas condiciones o síndromes:
 - Pancreatopatías.
 - Causas hormonales.
 - Inducida por medicamentos.
 - Anomalía de la insulina o el receptor.
 - Ciertos síndromes genéticos.
 - Misceláneas.

b) Tolerancia a la glucosa alterada (TGA).

- Obeso.
- No obeso.
- Asociada a otras condiciones o síndromes.

c) Diabetes gestacional (DMG).

2. Clases de riesgo estadístico:

a) Tolerancia a la glucosa alterada previa (TGA - previa).

b) Tolerancia a la glucosa alterada potencial (TGA – potencial).

Como se observa, existen diferentes tipologías de diabetes, todas con severas complicaciones tanto físicas como psicológicas para el individuo que la padezca, no obstante en nuestra investigación abordaremos la diabetes en su generalidad, pues no es objeto de nuestro estudio establecer diferenciaciones respecto a cómo se manifiesta el fenómeno de la Adherencia Terapéutica entre un tipo u otro de la enfermedad en cuestión.

1.1.3) Aspectos epidemiológicos de la Diabetes Mellitus.

A nivel global la Diabetes Mellitus ocupa un lugar importante por su prevalencia. Actualmente se describe un notable aumento de la enfermedad en sociedades desarrolladas, tal crecimiento junto a factores demográficos como el incremento poblacional, la longevidad de la población y la mejora de la asistencia médica, reflejan la estrecha relación entre esta enfermedad y el estilo de vida. También es conocido que su incidencia aumenta con la edad, y que dado el progresivo incremento en los índices de envejecimiento poblacional la tendencia apunta a encontrar cada vez más ancianos y más diabéticos en el orbe. En este sentido, se ha señalado una prevalencia del 10 % para la década de los 60-70 años, 12 % entre los 70 y 80 años, y 17 % por encima de los 80 años. (Wild, Roglic, Green, Sicree, y King, 2004).

Esta dolencia de origen multicausal afecta hoy entre el 3 % y el 7 % de la población mundial, lo que llega a totalizar unos 180 millones de personas afectadas. La

Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que esta cifra se duplicará en el año 2030.

Sólo en los E.U.A., de la población entre 20 y 74 años de edad, el 11 % presenta intolerancia a la glucosa y el 6% padece diabetes mellitus tipo 2. También la OMS, en su "Informe sobre Salud en el Mundo del año 2002", identificó como los principales factores de riesgo que inciden en la diabetes al exceso de peso y la inactividad física, haciendo énfasis en la base común que tiene en estos riesgos los inadecuados estilos de vida unidos al sobreconsumo propio de la población del primer mundo.

Tal pronóstico sobre el posible incremento de este padecimiento incidirá notablemente en los países en desarrollo, en donde se ubica hoy el 80% de los años de vida que se pierden en el mundo por discapacidad a causa de la diabetes.

Hoy se evidencia un incremento "progresivo" de la prevalencia de la diabetes mellitus tipo-1, y un aumento "explosivo" de la diabetes mellitus tipo-2.

Las estadísticas actuales ubican a la diabetes como:

- ◆ Segunda causa de ceguera a nivel global, y la primera causa de ceguera en las edades entre 20-74 años.
- ◆ Primera causa de nefropatía terminal.
- ◆ Principal factor desencadenante de la neuropatía periférica, que provoca: úlceras, mal perforante plantar y articulación de Charcot, a su vez, causas frecuentes de amputaciones de miembros inferiores.

También es importante destacar que casi la mitad de las muertes por diabetes ocurren en pacientes de menos de 70 años y el 55% de ellas, en mujeres.

Entre los factores que elevan la morbimortalidad por diabetes, representando un problema de enormes proporciones para la salud pública, resaltan los siguientes:

- En la mayoría de los países, alrededor del 50% de los pacientes desconocen su enfermedad, por tanto no se tratan.
- De un 20% a un 30% de los pacientes que conocen su afección no cumplen ningún tipo de tratamiento.
- El 60% de los casos de diabetes mellitus se diagnostica de forma casual o accidental, generalmente a consecuencia de la manifestación clínica de alguna de sus complicaciones.
- Por tanto, alrededor de 2/3 de la población con diabetes mellitus tiene o está en riesgo de sufrir complicaciones crónicas.

En Cuba, los estudios clínico-epidemiológicos han permitido estimar una prevalencia de la diabetes en el 5% de la población para una tasa de 40.4 x 1000 habitantes, correspondiendo 32.2 para el sexo masculino y 48.7 para el femenino. En este estimado se incluyen individuos supuestamente sanos, pues por cada diabético conocido se han diagnosticado entre 1 y 2 que desconocían padecer la enfermedad. Aproximadamente 200 000 personas en Cuba se encuentran dispensarizadas como diabéticas y reciben tratamiento. (Anuario Estadístico de Salud, 2009)

Constituye la octava causa de muerte en Cuba al cierre del 2009 con 2370 defunciones para una tasa bruta de mortalidad del 21.1 x 100 000 habitantes, correspondiendo el 15.8 de las defunciones al sexo masculino y el 26.4 al femenino, llegando a representar el 1.7 de los años de vida potencialmente perdidos en el país de 1-74 años x 1000 habitantes, o sea, los años que se dejan de vivir por causa de esta enfermedad. La mayor incidencia de mortalidad por diabetes se localiza en las provincias Ciudad de la Habana, la Isla de la Juventud y Cienfuegos. En el comportamiento de la morbilidad existen apenas ligeras diferencias respecto al comportamiento de la mortalidad por provincias. (Anuario Estadístico de Salud, 2009)

La tasa de incidencia en menores de 15 años es de alrededor de 1-1.5 x 1000 habitantes al año. Se aprecia un aumento en las tasas de prevalencia en los grupos de edades de 60 años en adelante. (Anuario Estadístico de Salud, 2009)

Según el Dr. Rolando Suárez, investigador titular del Instituto Nacional de Endocrinología, en nuestro país la diabetes se presenta con una incidencia muy parecida a la de los países desarrollados del hemisferio, pues con el aumento del sedentarismo, mejores condiciones de vida, falta de ejercicios y obesidad se incrementa progresivamente esta afección.

Específicamente en la provincia Villa Clara, las estadísticas al cierre del 2009 evidencian que la diabetes constituye la décima causa de muerte en la provincia y la sexta en años de vida potencialmente perdidos, se dejan de vivir un promedio de 1.50 años de vida potencialmente perdidos de 1 a 79 años x 1000 hab. La mortalidad en Villa Clara al cierre del 2009 se comportó con una tasa bruta de 17.0 x 100 000 habitantes con 137 defunciones. Por grupos de edades, es mayor la mortalidad en los mayores de 65 años. En cuanto al sexo la mortalidad es mayor en el sexo femenino, (Véase anexos 12 y 13). Los municipios con mayor prevalencia de esta enfermedad son Santa Clara, Placetas y Camajuaní. El total de casos al cierre del 2009 fue de 29024 para una tasa de prevalencia de 36.1 x 1000 habitantes. En Villa Clara la prevalencia es mayor en el sexo femenino con 17959 casos para una tasa de 44.87 x 1000 habitantes, mientras que en el sexo masculino con 11065 casos para una tasa de prevalencia es de 27.34 x 1000 habitantes. (Anuario Estadístico de Salud, 2009; Informe Cierre Estadístico Año 2009 del Sectorial Provincial de Salud Villa Clara, 2010)

1.1.4) Prevención y factores de riesgos asociados.

Para prevenir la diabetes los expertos identifican un conjunto de medidas higiénico conductuales las cuales sugieren evitar una alimentación hipercalórica, practicar ejercicios físicos de modo sistemático, mantener el peso ideal, evitar la multiparidad en el caso de las mujeres, evitar el consumo o la exposición innecesaria de medicamentos o sustancias diabetogénicas (corticoides, tiazidas, contraceptivos orales, bloqueadores beta-adrenérgicos, agentes psicoactivos «fenotiazinas y antidepresivos tricíclicos», disulfuro de carbono y nitrosaminas), también se sugiere evitar la exposición o prevención de infecciones virales (especialmente coxsackie B4,

parotiditis y rubéola), y por último y no menos importante evitar el estrés o minimizar sus efectos.

Actualmente se reconoce que el elemento más importante para prevenir la diabetes –especialmente *la no insulino dependiente*– es la lucha contra la obesidad y el sedentarismo. Es probable que la prevención de la *diabetes tipo I o insulino dependiente* sea evitar las infecciones virales, pero esto último aún no es ciencia constituida.

Estas medidas de prevención, comunes a toda la población, deben resultar de mayor atención en aquellos sujetos con factores de riesgo de padecer diabetes, como son:

1. Antecedentes previos de glucosuria e hiperglicemia transitoria (TGA previa).
2. Obesos, especialmente con más de 30% de sobrepeso.
3. Familiares de primer grado con diabetes: gemelos, padre, madre, hermanos e hijos.
4. Madres con neonatos de más de 4 200 g.
5. Mortalidad perinatal inexplicable (fetal y/o neonatal).
6. Persona con HLA DR-3 y/o DR-4 y/o anticuerpos antiislotos de células beta, o anticuerpos antiinsulina.
7. Persona con respuesta demorada de insulina inducida por glucosa.
8. Estos factores son potenciados si se trata de personas mayores de 35 años y del sexo femenino.

También algunos autores como Lauten (1998), identifican algunos factores de riesgos a la diabetes relacionados con la pertenencia a determinadas etnias, y con la presencia elevada de colesterol en sangre.

Según el Dr. Rolando Suárez, investigador titular del Instituto Nacional de Endocrinología, en Cuba son factores que favorecen padecer esta enfermedad: el ser familiar en primer grado de un diabético conocido, haber sido madre de un macrofeto o haber sido macrofeto al nacer, tener más de 45 años de edad, ser obeso y tener la presión arterial elevada. También aumentan el riesgo el hábito de fumar, el consumo de alcohol y el abuso de carbohidratos en la dieta.

1.1.5) Criterios diagnósticos de la diabetes.

El establecimiento del diagnóstico de la diabetes mellitus y la tolerancia a la glucosa alterada (TGA) se lleva a cabo sólo en los pacientes sospechosos de este estado patológico, y se basa en:

1. síntomas o signos:
 - a) Poliuria.
 - b) Polidipsia.
 - c) Polifagia.
 - d) Astenia.

- e) Pérdida o aumento de peso.
- f) Infecciones dermatológicas a repetición.
- g) Infecciones genitales (vulvovaginitis o balanopostitis).
- h) Prurito.
- i) Parestesias en miembros inferiores.
- j) Estupor y coma.

2. Índices de sospecha:

- a) *Antecedentes obstétricos*: macrofetos (4 200 g), muertes perinatales inexplicables, hijos con malformaciones congénitas y prematuridad.
- b) Aterosclerosis prematura –en menores de 40 años–.
- c) Hiperlipidemia (xantomatosis).
- d) Hiperglicemia.
- e) Hipoglicemia posprandial tardía –confirmada por el laboratorio–.

3. Factores de riesgo descritos.

Estos indicadores tendrán mayores posibilidades diagnósticas en mayores de 35 años y en el sexo femenino.

El criterio diagnóstico es el mismo para niños, adultos de cualquier edad y embarazadas. Cuando existen síntomas y signos es suficiente la glicemia en ayunas para confirmarlo, pero cuando sólo existen índices de sospecha, TGA previa o TGA potencial, y la glicemia en ayunas es normal, se hace necesario indicar la prueba de tolerancia a la glucosa, que se realiza con 75 g de glucosa y extracciones en ayunas y a las 2 h, cuyas cifras diagnósticas se muestran a continuación:

Tabla 1. Valores diagnósticos de la glicemia, mediante la prueba de tolerancia a la glucosa.

	Sangre total (mmol/L)		Plasma (mg/dL)	
	Venosa	Capilar	Venosa	Capilar
Ayunas	Más 6,7 (120)	Más 6,7 (120)	Más 7,8 (140)	Más 7,8 (140)
A las 2 h	Más 10,0 (180)	Más 11,1 (200)	Más 11,1 (200)	Más 12,2 (220)

Tabla 2. Tolerancia a la glucosa alterada.

	Sangre total (mmol/L)		Plasma (mg/dL)	
	Venosa	Capilar	Venosa	Capilar
Ayunas	Más 6,7 (120)	Más 6,7 (120)	Más 7,8 (140)	Más 7,8 (140)
A las 2 h	6,7 -10,0 (120 -180)	7,8 -11,1 (140 -200)	7,8 – 11,1 (140 - 200)	8,9 – 12,2 (160 - 220)

Los niveles de glicemia anteriormente descritos son criterios bien definidos para establecer los diagnósticos correspondientes, sin embargo existe un rango de valores de glicemia en ayunas que, sin ser diagnosticados de diabetes mellitus, tampoco son evidencia de un funcionamiento normal, lo cual obliga a realizar pruebas de tolerancia a la glucosa para definir el diagnóstico:

Tabla 3. Valores de glicemia en ayunas dudosos para diagnosticar diabetes.

	Sangre total (mmol/L)		Plasma (mg/dL)	
	Venosa	Capilar	Venosa	Capilar
Ayunas	4,4 – 6,7 (80 - 120)	4,4 – 6,7 (80 - 120)	5,5 - 7,8 (100 - 140)	5,5 - 7,8 (100 - 140)

En general, las cifras que se toman como diagnóstico dependen del origen y procesamiento de la sangre. Otro elemento a tomar en cuenta es que cuando no existen síntomas ni signos, una sola prueba de tolerancia a la glucosa positiva no será suficiente para hacer el diagnóstico definitivo. En estos casos es sumamente importante repetir la prueba un tiempo después, para confirmar el diagnóstico.

Al interpretar los criterios de diagnóstico de la diabetes deben valorarse con vistas a la diferenciación ciertos factores que de por sí tienden a elevar los niveles de glucosa en plasma y que en consecuencia pueden alterar el resultado de la prueba en ausencia de la enfermedad, tales como: administración de algunos medicamentos antihipertensivos, betabloqueadores, diuréticos tiazídicos, glucocorticoides, preparados que contienen Oa la prueba), ácido nicotínico, fenitoína, catecolaminas, así como situaciones de estrés psicológico o condicionado por otras enfermedades. También puede influir la restricción marcada en la ingestión de carbohidratos o la inactividad física prolongada.

1.1.6) Complicaciones asociadas a la enfermedad.

Un mal control metabólico de la diabetes provoca síntomas característicos como la cetoacidosis y alteraciones progresivas en los capilares generales y retinianos, lesiones en los nervios periféricos y propensión a la ateromatosis. Entre sus efectos

a corto plazo se encuentran: la cetoacidosis; la acidosis láctica, las infecciones recurrentes, y pérdida de peso. Sus efectos a largo plazo se traducen en graves complicaciones, entre ellas las enfermedades oculares, que pueden desembocar en ceguera, específicamente la retinopatía diabética; las nefropatías, que pueden tener como resultado un fallo total de los riñones; las neuropatías, que en combinación con los problemas de circulación sanguínea, pueden producir úlceras de las piernas y de los pies y también gangrena; y las enfermedades cardiovasculares, que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos.

Las complicaciones que pueden aparecer a causa de la diabetes pueden ser agudas y crónicas o a largo plazo (American Diabetes Association, 2007). Dentro de las agudas se encuentran: Coma Diabético, Hiperosmolar, Acidosis Láctica y Coma Hipoglucocémico; y dentro de las crónicas: macrovasculares como Enfermedad Izquémica Cardíaca, Accidentes Vasculares Encefálicos y Vasculares Periféricas; y microvasculares como Nefropatía, Retinopatía, y la Neuropatía Diabética que afecta los nervios, especialmente de las extremidades y también origina daños a las arterias que nutren al corazón, al cerebro y a las extremidades, y disminuye las defensas contra las infecciones.

En la diabetes tipo-I las complicaciones agudas más comunes son: hipoglucemia, cetoacidosis diabética y disminución en agudeza visual; mientras que en la tipo-II la más común o frecuente es el coma hiperosmolar. Mientras que las complicaciones crónicas más frecuentes, en ambos casos, son: retinopatía, nefropatía, neuropatía, y complicaciones cardiovasculares. Estas pueden ser de carácter irreversible.

La *hipoglucemia* ocurre cuando hay muy poca glucosa en la sangre lo cual puede ocurrir por exceso de insulina, insuficiente comida o ejercicio excesivo. Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en pulso, palpaciones cardíacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos. Algunos síntomas asociados a la respuesta del cerebro a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo. Si no se trata con rapidez, la hipoglucemia puede ocasionar un estado de inconsciencia (Chavey y Dávila, 2007).

La *hiperglucemia* es una complicación común, causada por falta de insulina y/o ingestión excesiva de alimentos. Algunos síntomas de hiperglucemia son letargo, sed, poliuria y visión borrosa. La hiperglucemia crónica puede incurrir en cetoacidosis diabética la complicación aguda más seria. Una de las mayores consecuencias fisiopatológicas de la hiperglucemia es la excesiva interacción de la glucosa con las proteínas, induciéndola a unirse a ellas sin ayuda de enzimas, estos procesos de glucosilaciones se han observado en diferentes estructuras biológicas del organismo, por ejemplo: membrana eritrocitaria, hemoglobina, cristalino, membrana basal glomerular, mielina, tubulina, proteínas de diferentes tejidos, etc. Todos estos procesos pudieran dejar secuelas invalidantes como son: ceguera, insuficiencia renal, insuficiencia arterial periférica, etc. Así los productos finales de las glucosilaciones no enzimáticas están muy relacionados, in vivo, con alguna de las complicaciones a largo plazo de la Diabetes Mellitus.

La *cetoacidosis diabética* consiste en un desorden metabólico expresado en la carencia relativa o absoluta de insulina junto a una elevación en hormonas de estrés que, en cambio, aumentan los niveles de glucosa y cetonas en la sangre, que puede provocar coma hiperosmolar y resultar fatal de no tratarse. Algunos síntomas de cetoacidosis son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, fatiga, letargo, debilidad, deshidratación e hiperventilación. La cetoacidosis requiere hospitalización y tratamiento intensivo de supervisión médica continua. El paciente puede estar despierto, soñoliento o alcanzar un estado comatoso. La complicación más seria del tratamiento es el edema cerebral y otros daños al sistema nervioso central.

Las complicaciones crónicas o a largo plazo aumentan en severidad dependiendo del nivel de control de glucosa que la persona ha mantenido a través de su enfermedad. De igual modo, las amputaciones, las enfermedades dentales, las complicaciones en el embarazo y la disfunción sexual son relacionadas al diagnóstico de diabetes. (Chavey y Dávila, 2007)

El *Diabetes Complications and Control Trial* (DCCT) ha determinado que casi el 100% de los pacientes afectados con diabetes mellitus desarrollarán complicaciones que comprometen la integridad morfo-funcional de los tejidos y órganos de la economía. Las complicaciones clínicas en los pacientes diabéticos, imponen consecuencias devastadoras a lo largo del curso de la enfermedad de base. A su vez, estas complicaciones constituyen un factor de riesgo para la vida.

Se plantea que entre el 10-15% de los pacientes diabéticos desarrolla una úlcera del pie diabético (UPD) en algún momento de sus vidas y de éstos, aproximadamente entre el 10-15% termina en una amputación. De la población de amputados, cerca del 50% puede sufrir una segunda amputación de la extremidad contra-lateral en un período de 2-5 años, afectando considerablemente la calidad de vida de estos pacientes, además de los cuantiosos gastos para los sistemas de salud.

Según la revista *DIABETES VOICE*, de junio 2005, cada 30 segundos en algún lugar del mundo se lleva a cabo una amputación debida a la diabetes, situación ésta que absorbe el 40% de los recursos sanitarios disponibles en los países en desarrollo. Con este dato puede tenerse una idea de la magnitud del problema que representan hoy las complicaciones de este padecimiento.

1.1.7) Tratamiento, control metabólico y calidad de vida.

En la actualidad el abordaje de la diabetes se basa en lograr una atención integral de la persona afectada en una búsqueda constante por mejorar su calidad de vida, al evitar la aparición a corto o largo plazo de complicaciones, y poder garantizar así el desarrollo normal de sus actividades diarias. Para ello, es necesario mantener cifras normales de glucosa en sangre mediante un tratamiento adecuado otorgándosele el protagonismo al propio paciente. De su nivel de comprensión, motivación y destrezas prácticas para afrontar las exigencias del autocuidado diario dependerá el éxito o el fracaso de cualquier indicación terapéutica, por lo que hoy los especialistas ponen el

énfasis de un buen tratamiento en el componente educativo, no existiendo tratamiento eficaz de la diabetes sin educación y entrenamiento del mismo.

El tratamiento debe partir de la realización de una evaluación médica completa, ya que la enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga al diseño de un plan de manejo individual con base en la edad, presencia de otras enfermedades, estilo de vida, restricciones económicas, habilidades aprendidas de automonitorización, nivel de motivación del paciente y la participación de la familia en la atención de la enfermedad.

El inicio del tratamiento lo constituye la educación diabetológica (individual, familiar y grupal) y la motivación. El enfoque tradicional para el control de la diabetes comienza con *dieta y ejercicio físico*, seguidos de la suma de una *medicación* simple si la persona con esta enfermedad no está bien controlada; después se aumenta la dosis de esta medicación y, finalmente, se orienta una terapia combinada si el paciente no alcanza los objetivos glucémicos recomendados. Este enfoque “paso a paso” suele generar retrasos inaceptables en la búsqueda del control glucémico. El reiterado fracaso de esta estrategia puede llevar a los pacientes a pensar que los tratamientos existentes son ineficaces, lo cual afecta considerablemente las tasas de adherencia. Sin embargo, suele ser más frecuente que los tratamientos se estén utilizando de modo inapropiado.

Criterios de control: como partimos de la base que un buen control metabólico es la medida más eficaz conocida para evitar o posponer las complicaciones, se catalogarán a los pacientes de la manera siguiente:

- 1) Bien controlados:
 - a) Sin síntomas clínicos de hiperglicemia.
 - b) Glicemia en ayunas y/o posprandial menores de 140 mg/dL (7,8 mmol/L) en plasma venoso, en el 80% de las veces que se evalúen.
 - c) Los análisis realizados: aglucosúricos durante 24 h, y colesterol menor que 240 mg/dL (6,2 mmol/L).
- 2) Descontrol ligero:
 - a) Sin síntomas de hiperglicemia.
 - b) Glicemia en ayunas y/o posprandial menores de 180 mg/dL (10 mmol/L) en plasma venoso, en el 80% de las veces que se evalúen.
 - c) Glucosuria de 24 h menor que 5% de carbohidratos ingeridos -el 80% de las glucosurias parciales negativas-.
 - d) Colesterol menor que 240 mg/dL (6,2 mmol/L).
- 3) Descontrol grave: Incluye el resto de los casos. Si el control metabólico (glicemia) del diabético no se logra adecuadamente con hipoglucemiantes orales y no hay elementos que lo expliquen -como infecciones, transgresiones dietéticas, trastornos psíquicos, etc.- se realizará interconsulta para valorar el inicio del tratamiento con insulina.

En el caso de Cuba, el equipo de salud se debe basar en siete elementos claves para el tratamiento de la Diabetes Mellitus:

1. Educación diabetológica continuada.

2. Práctica sistemática de ejercicios físicos.
3. Conocimiento y práctica de una nutrición adecuada.
4. Alcanzar un estilo de vida nuevo con chequeos periódicos y autocontrol (automonitorización): incorporar a su comportamiento medidas higiénicas que van desde evitar o erradicar el hábito de fumar, asistir regularmente a consulta, velar por el aseo personal, el cuidado de los pies y la higiene bucal. Además de asumir una adecuada postura emocional respecto a la salud.
5. Tratamiento específico -compuestos orales e insulina-.
6. Tratamiento de los factores de riesgo y complicaciones asociadas.
7. Establecimiento de una permanente y comprensiva (aunque no tolerante) relación profesional de salud-paciente.

El seguimiento al paciente afectado con esta dolencia se basa en la evaluación de aspectos referidos a la adaptación psicológica y social, el cumplimiento de la dieta indicada, la práctica sistemática de ejercicios físicos, comprobar los métodos y monitoreo sistemático de la glucosuria (o glicemia), la preparación de la inyección de insulina, así como la forma de conservación de esta sustancia, los conocimientos alcanzados por parte del paciente y su familia acerca de todos estos aspectos señalados además de identificación y conducta ante hiperglicemia, hipoglicemia, cuidado de los pies y la higiene en general, y por último la comprobación de ausencia de hábitos de fumar y consumo excesivo de alcohol.

1.1.7-a) Tratamiento dietético

Los principios nutricionales del diabético son los mismos que en los no diabéticos:

1. La proporción de calorías aportada por los principales nutrientes son: carbohidratos 55%, proteínas 15% y grasa 30%.
2. Restringir grasa saturada rica en colesterol (grasa animal) a menos del 10%, ácidos poliinsaturados hasta 10% y el resto en ácidos grasos monoinsaturados (aceite vegetal).
3. Recomendar el consumo de carbohidratos en forma de azúcares no refinados.
4. Asegurar el consumo de alimentos ricos en fibras.
5. Asegurar el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales (vegetales).

Idealmente la dieta requiere ser alta en fibra pues el consumo elevado de fibra soluble tiene un efecto benéfico en las concentraciones de lípidos en la sangre. Por lo que se debe preferir cereales integrales y leguminosas en la dieta. La persona con diagnóstico de diabetes no necesita consumir alimentos especiales, sino aprender a comer los alimentos y productos alimentarios comunes, en un orden y proporción determinados, que dependerá de su ritmo de vida, necesidades energéticas y gustos personales, armonizando los momentos de comida con la insulina aplicada y/o con los hipoglucemiantes orales.

La dieta a cumplir por el paciente diabético responde a modelos preestablecidos de 1200 a 3000 calorías, que sirven de guía para preparar el menú, según los gustos y preferencias de cada paciente. (Manual de Dietas para Diabéticos. Obesos e Hiperlipoproteinemias). Dicha dieta se establece a través del cálculo aproximado del total de calorías por el peso ideal (peso y talla), de acuerdo con la actividad física que realiza el paciente.

1.1.7-b) Tratamiento farmacológico

El tratamiento a través de los hipoglucemiantes orales sólo está indicado en *diabéticos no insulino dependientes o tipo II*, después de 2 semanas con tratamiento dietético sin lograr el control metabólico adecuado, o de entrada, si existen niveles muy elevados de glicemia. Se utilizan por orden de elección:

2. *Glibenclamida* (daonil o euglucon) tab. de 5 mg.
3. *Tolbutamida* (diabetón, orinase, rastinon). Tab. de 0,5 g. A utilizarse fundamentalmente en diabéticos adultos mayores no insulino dependientes.
4. *Metformin* o *buformín*: este grupo de biguanidinas es de utilidad muy restringida; sólo se usa en diabéticos obesos, menores de 50 años, con buen estado general y en ausencia de complicaciones hipoxémicas – enfermedades renal, hepática, respiratoria o cardiovascular-, previa interconsulta, y en pacientes en que no se controla su peso con glibenclamida o Tolbutamida y que además no necesitan insulina.

En el tratamiento clínico se utilizan tres tipos de insulina: lenta, moderada y rápida.

1.1.7-c) El ejercicio físico

El ejercicio físico es una de las recomendaciones a cumplir por cualquier portador de diabetes porque como se consume mucha energía la actividad física contribuye a regular o bajar los niveles energéticos del organismo. En la diabetes la ejercitación ayuda a controlar el peso corporal, a disminuir los niveles de glucosa en sangre y a incrementar la eficacia de la insulina, también reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, una condición frecuente en este padecimiento. Además, el ejercicio también contribuye a mejorar el bienestar personal y la salud en general.

Los expertos recomiendan realizar cualquier tipo de ejercicio aeróbico (más de 20 minutos), deben ser sistemáticos, regulares, en función de la edad y el estado del paciente. No se recomiendan deportes de riesgo como escalada, submarinismo, vuelo sin motor, paracaidismo, etc. Los ejercicios recomendados son aquellos que utilicen varios grupos musculares (caminar, correr, nadar, ciclismo, esquí de fondo, bailar, patinar, remar, etc...)

La intensidad del ejercicio debería estar un 60-80% de la frecuencia cardiaca máxima, con una duración de 20-60 minutos, y una frecuencia de 4-6 días a la semana o mejor diariamente. Realizar calentamiento y recuperación; el calentamiento de 5-10 minutos con ejercicios gimnásticos suaves y el enfriamiento con ejercicios de estiramientos. El mejor momento para realizar el ejercicio es siempre a la misma hora y sobre todo en el transcurso de la media mañana, antes de la inyección de la comida, en el caso de los diabéticos tipo 1. Pero en cualquier otro horario la hora de realizar ejercicios no debe coincidir con los picos de máxima acción de la insulina. En el caso del diabético tipo 2 sin tratamiento de insulina no se debe mantener una precaución especial sobre la hora de realizar ejercicio, es más importante el valorar la respuesta glucémica al ejercicio según la medicación que mantenga el paciente.

Uno de los senderos más alentadores en el tratamiento de la Diabetes hoy avanza en el campo de la ingeniería genética y la biotecnología, de manera particular despunta el uso de la *Nanotecnología* a través de la cual las últimas investigaciones han desarrollado una «nanovacuna» que de forma selectiva fortalece las células T débiles y les permite contrarrestar los daños causados por las células T activadas en exceso, revertiendo con éxito la diabetes en un modelo de ratón de la enfermedad, lo cual revela aspectos de la respuesta autoinmune que podrían dar lugar a un método terapéutico para múltiples trastornos autoinmunes. (Europa Press, 9 Abril 2009)

También sobresale como avance en el abordaje de esta enfermedad la introducción del uso de la insulina inhalada para el tratamiento tanto de la diabetes tipo-I como la tipo-II. La insulina inhalada supondrá para miles de personas el fin de los pinchazos de automonitoreo de la glucemia y las inyecciones, y dará respuesta a aquellos que presentan alergias subcutáneas, fobias a los pinchazos o problemas de atrofia del tejido subcutáneo, aspectos que tradicionalmente han contribuido a reforzar las bajas tasas de cumplimiento terapéutico en la diabetes. (Europa Press, 29 Enero de 2006)

En Cuba, uno de los esfuerzos en aras de mejorar el tratamiento a la diabetes lo constituye el medicamento Heberprot-P, producido en el mundo sólo por el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología cubano. Dicho producto está destinado al tratamiento de úlceras profundas derivadas de pie diabético, complicación que provoca la gangrena, y que es motivo frecuente de amputaciones.

Algo que aparentemente salta a la vista de especialistas e investigadores, es que el tratamiento al paciente diabético debe individualizarse, y para ello ha de partirse del hecho que existen múltiples factores y variables demográficas capaces de modificar el tratamiento, tales como: sexo, peso corporal, nivel intelectual, tipo de actividad física y laboral, hábitos y estilos de vida en general, características de personalidad, presencia de complicaciones o enfermedades intercurrentes y, por supuesto, el tipo de diabetes que se padezca. Y otro aspecto a considerar, es el papel de la familia en el cuidado y la educación de la persona afectada, su contribución a que esta adquiera habilidades y conocimientos específicos que la conviertan en el verdadero protagonista y conductor de los cambios en relación a su padecimiento crónico.

En este empeño por reducir el impacto negativo de esta patología, ha ido surgiendo a nivel internacional con el decursar de los años todo un entramado de organizaciones, instituciones y programas especializados en el tema de la Diabetes Mellitus, que entre otras funciones tienen la de aunar esfuerzos y voluntades políticas por parte de los gobiernos para diseñar normas y evaluar la calidad de la atención que se brinda hoy a esta dolencia. Por sólo mencionar algunas, la 42 Asamblea Mundial de la Salud de 1989, en su Resolución WAH 42.36 insta a los estados miembros a determinar la importancia nacional de la diabetes, estableciendo acciones concretas de salud pública al respecto. También están los programas establecidos por organismos regionales como el de la Oficina Regional de la OMS para Europa y la Federación Internacional de Diabetes, la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA) instituida por las sociedades de Diabetes del continente americano, entre otras. (Alleyne, 1996). Específicamente para la región de América latina y el

Caribe se implementó QUALIDIAB, Programa Piloto de Control de la Calidad de la Atención a personas con Diabetes Mellitus.

En Cuba desde 1975, el Instituto Nacional de Endocrinología, elaboró el “Programa Nacional de Atención Integral al Paciente Diabético”, el cual se ha sometido a actualización a lo largo de estos años y cuyo propósito siempre ha estado centrado en disminuir los efectos de la Diabetes Mellitus sobre la población cubana, por medio del cual se definen las acciones de la Salud Pública en el país en torno al tema en todos los niveles de atención sanitaria. (Díaz, 1999)

Actualmente el concepto de calidad de atención referido a la persona diabética pasa por tres aspectos básicos:

- ♣ Conocimientos, actitudes y práctica clínica para el control de la Diabetes Mellitus, y suficiente motivación en el equipo de salud.
- ♣ Acceso del paciente a la atención, a la insulina, fármacos, tiras reactivas, y otros elementos necesarios para su control y tratamiento.
- ♣ Motivación, adherencia y participación activa de los pacientes en el control y tratamiento de su enfermedad.

Países como Cuba, disponen de niveles de acceso y cobertura suficientes que asegura, según estos parámetros antes mencionados, una atención gratuita y con calidad al enfermo diabético. Una de estas últimas iniciativas en el país ha consistido en la ejecución de un proyecto nacional dirigido a la creación de una red de centros de atención y educación al paciente diabético. Sin embargo en el presente siglo el panorama que presenta la Diabetes Mellitus resulta desalentador al situarse como una de las principales causas de morbilidad de las sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo.

1.1.8) Algunos factores psicosociales de la Diabetes.

Los factores psicológicos y sociales ocupan también un espacio importante a la hora de clasificar y considerar las determinantes de una enfermedad y su tratamiento. En el caso específico de la Diabetes Mellitus resulta imprescindible tomar en consideración estos factores teniendo en cuenta que en esta dolencia las variables cognitivos-comportamentales y los modelos de aprendizaje son decisivos en su aparición.

La relación de las emociones y la salud es bidireccional, es decir; las emociones pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos, pero a su vez la presencia de determinados trastornos generará la aparición de determinadas emociones según el carácter de la enfermedad (grave, crónico, agudo, etc) y la significación que el paciente le atribuya al mismo a partir de su valoración, lo cual resulta determinante en el proceso de afrontamiento a la enfermedad. (Castillo, 2008)

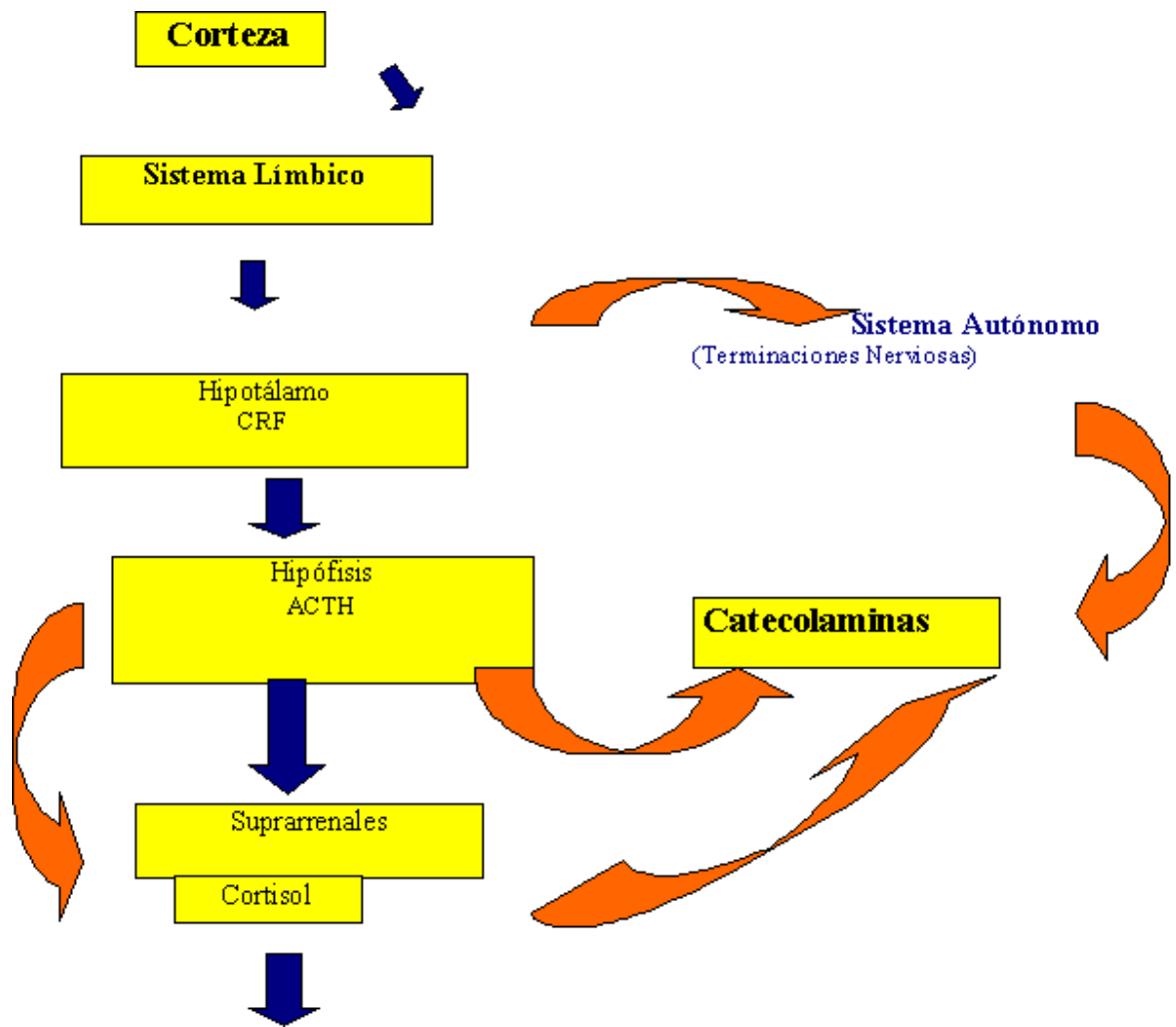
El simple hecho de comunicar el diagnóstico de la diabetes siempre produce crisis emocionales, y genera un impacto sobre la personalidad del enfermo. Los comportamientos, creencias y emociones derivadas de esta condición crónica,

modulan en gran medida el impacto que tendrá sobre la calidad de vida del paciente. Cuando se produce en la etapa infantil provoca disfuncionalidad familiar, en los niños no genera déficit intelectual, pero sí una respuesta conductual inadecuada por parte de la familia, quien está obligada a brindar el adecuado apoyo al sujeto enfermo. En este sentido afloran sentimientos de culpa, ansiedad y depresión, sentimientos de minusvalía e incompetencia, temores frente a futuras complicaciones y probabilidad de muerte temprana. En los adolescentes, la aparición de esta enfermedad es mucho más complicada porque acentúa el cuadro típico emocional de esta etapa, aumenta el control sobre el sujeto afectado y generalmente aparece un daño visible en la autovaloración. En los adultos la respuesta adaptativa pasa por varias etapas que van desde la forma en que se le comunicó el diagnóstico, la aceptación de la enfermedad, la búsqueda de información sobre la misma y de vías para compensar su nuevo status crónico, el temor a complicaciones, y el cumplimiento del tratamiento.

También la reacción emocional que produce tener conocimiento de que se padece una enfermedad incurable como la diabetes, que durará toda la vida, conduce y obliga al sujeto a realizar importantes ajustes en su estilo de vida. A su vez, la interrupción de determinadas actividades, la posibilidad de afrontar la hospitalización y alejarse de seres queridos, la obligación vital de cumplir un tratamiento, los cambios posibles en su aspecto corporal, la visión de un futuro inseguro, y hasta la posibilidad de la muerte modulan la respuesta emocional y el comportamiento del sujeto diabético.

Hoy nadie pondría en duda el importante papel que juegan los factores emocionales en el control de la diabetes. De hecho está demostrado que las situaciones estresantes producen fluctuaciones de los valores de glucosa. Para comprender el efecto directo del estrés sobre el control de la diabetes baste mencionar la secreción de catecolaminas y glucocorticoides ante una situación de estrés o amenaza y su efecto sobre el metabolismo de la glucosa con el consiguiente aumento de la glucosa en sangre (Surwit y Schneider, 1993).

La relación «Estrés-Diabetes Mellitus» es estrecha (Véase Gráfico. 1). Los mecanismos fisiológicos directamente vinculados a la respuesta de estrés inciden desfavorablemente sobre la diabetes por 2 vías: Por un lado las hormonas de la respuesta de estrés provocan que los triglicéridos se descompongan en las células adiposas y se descarguen ácidos grasos al torrente circulatorio, que el glucógeno se degrade en glucosa y se vierta en la sangre y que las proteínas se vuelvan a convertir en aminoácidos. Por otra parte, ante la situación de estrés el organismo, en concreto, el páncreas, inhibe la secreción de insulina, y desde el córtex, la orden de liberación de glucocorticoides permite que estos actúen sobre las células adiposas de todo el organismo, generando insulinoresistencia. Por lo tanto, el estrés crónico de una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y de edad avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante de suma importancia de cara a la concreción de esta enfermedad.



1. **Aumento de glucosa en sangre**
2. **Deprime sistema inmune**
3. **Antinflamatorio**
4. **Disminuye las concentraciones de insulina en sangre**
5. **Aumenta los niveles de ácidos grasos libres y TAG**
6. **Aumenta las secreciones de pepsina y ácido clorhídrico**

Gráfico 1. Relación Estrés-Diabetes Mellitus.

Desde el punto de vista psicológico, existen circunstancias y eventos vitales que generan estrés emocional y agravan los síntomas clínicos por los mecanismos fisiológicos y hormonales que su respuesta desencadena, lo que no quiere decir que exista la diabetes emotiva. La hospitalización, los fracasos ante la obtención de una respuesta terapéutica deseable, y las complicaciones de la diabetes constituyen otra previsible fuente de estrés, en ocasiones los pacientes temen más a esas complicaciones que a la propia enfermedad.

La complejidad y las demandas diarias del tratamiento devienen primera causa que puede generar estrés en un individuo diabético. Hunter, Hamera, O'Connell y Heilman (1985) informaron que 92 de los 100 sujetos que tomaron parte en su

estudio afirmaron sentir algún grado de estrés con su régimen de tratamiento. El grado de responsabilidad que se le exige al diabético respecto al manejo de su enfermedad, el dominio de distintas destrezas que ello implica y la exigencia de puntualidad en la realización de las mismas suponen tareas difíciles de afrontar. Sin olvidar que estas tareas han de llevarse a cabo en un contexto social cuyas condiciones, en muchas ocasiones, suponen un obstáculo para que el diabético siga su tratamiento (Glasgow, McCaul y Schafer, 1986). El individuo diabético tiene que hacer frente a diversas presiones y "tentaciones" sociales para no cumplir el tratamiento, sobre todo en determinadas etapas de la vida como la adolescencia.

Por otro lado, el estrés de la vida moderna obliga a vivir demasiado a prisa, tanto es así, que con frecuencia se dispone de muy poco tiempo para cumplir con determinados tratamientos, más aún, si estos deben ser para toda la vida como sucede con esta enfermedad.

Se reconoce entonces que el estrés puede:

- *Contribuir al comienzo de la enfermedad:* Incrementando directamente los niveles de glucosa en sangre a través de la secreción de ciertas hormonas (adrenalina, noradrenalina y acetilcolina). Sucesos importantes como la pérdida de un ser querido, separación o divorcio, problemas familiares desencadenados a partir de una enfermedad física o psicológica severa están fuertemente asociados con el diagnóstico de la Diabetes Tipo I.

- *Agravar la enfermedad:* Existe mayor acuerdo entre los investigadores para considerar el estrés como un factor que incide negativamente en el incremento de los niveles de glucosa en sangre y por lo tanto en el agravamiento de la diabetes.

- *Provenir de la misma enfermedad:* Recientemente se ha planteado la posibilidad de que la diabetes misma sea un «estresor». Es decir, que dicha enfermedad conllevaría a la presencia de algunos factores psicológicos, tales como la baja autoestima, la pérdida del autocontrol y la sintomatología depresiva. Todos estos aspectos influyen a en la posibilidad que los pacientes tengan una mala adherencia al tratamiento y no consigan un buen control metabólico.

La crisis de la enfermedad dependerá de la forma en que el paciente perciba la misma; si es interpretada como dañina, perjudicial o desafiante, es experimentada como un evento estresante que muestra generalmente una valencia negativa en cuanto significación de daño o pérdida (material o funcional), objetiva y socialmente valorada como tal, y en ocasiones impredecible y percibida como incontrolable por el paciente. (Ballester, 1993 citado por Vinaccia 2004)

Entonces, los aspectos psicológicos son los primeros a observar y reforzar: el equilibrio metabólico llegará con el tiempo, pero sólo si la adaptación psicológica se cumple. Si un paciente bien medicado experimenta una crisis vital o un trastorno anímico, todo su equilibrio metabólico varía. En estos casos, aún utilizando la misma dosis de medicamentos o insulina, puede haber una sobredosis o una dosis insuficiente. En las transgresiones severas -que llevan a descompensaciones- casi siempre hay descuidos donde lo emocional está presente e impide al diabético reconocer -cosa que habitualmente realiza de forma instantánea- los síntomas de una posible descompensación.

Aunque la diabetes aún no es curable, se puede controlar en la mayoría de los casos. Ella es un claro ejemplo de enfermedad metabólica cuyo control depende del comportamiento de la persona que la padece, de modo que en gran medida su evolución estará en función de la adhesión del paciente al tratamiento, aspecto que constituye un reto para la praxis del profesional de la Psicología.

1.1.9 La investigación psicológica en la Diabetes

Hoy se reconoce que las investigaciones sobre el problema de la diabetes por parte de la disciplina psicológica son realmente escasas, sin embargo, las que existen pueden proporcionar un modelo con el cual explorar los efectos que la conducta ejerce sobre el control metabólico del organismo y, además, puede servir como ejemplo para utilizar la intervención conductual en el tratamiento y control de esta enfermedad.

En este sentido se sostiene que los primeros intentos por explicar la relación entre los factores psicológicos y la diabetes se encuentran reseñados en documentos de los siglos XVII y XIX, aunque no es sino hasta la década de los cuarenta del pasado siglo que se retoma el tema, tratando de encontrar una personalidad del diabético.

Por otra parte, desde la década de los ochenta del siglo pasado, los psicólogos han identificado la forma en que pueden afectar el funcionamiento biológico algunas de las variables psicológicas, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés. En otro orden de cosas, una perspectiva que ha contribuido a un mayor interés de la investigación psicológica en relación al tratamiento de la diabetes, es la que asocia al estrés con el desarrollo y la evolución de esta enfermedad. La noción de una conexión entre el estrés y la diabetes no es nueva, Thomas Willis comentó la capacidad de los humores nerviosos de afectar a la diabetes en el siglo XVII y William Osler, en el XIX. En este sentido se sabe que existe una estrecha vinculación entre el Sistema Endocrino y el Sistema Nervioso Autónomo, ambos sistemas se encuentran relacionados entre sí a través de una compleja red de neuropéptidos, neurotransmisores y hormonas. Esta relación se establece por medio de los receptores adrenérgicos que pueden estimular o inhibir el funcionamiento pancreático, y en donde se observa que la respuesta de estrés puede alterar este funcionamiento provocando el descontrol metabólico. Al respecto se han encontrado evidencias de que estímulos físicos como el dolor, los traumatismos, las infecciones, la cirugía, la hipoxia, y la enfermedad cardiovascular, han mostrado producir intolerancia a la glucosa. De igual manera, estímulos psicológicos, entre los que se incluyen entrevistas estresantes, exámenes, eventos vitales indeseables y tensión diaria, pueden modificar el metabolismo de la glucosa.

Algunos de los aportes de las investigaciones en el área psicológica han demostrado la posibilidad de utilizar elementos como: el auto-monitoreo, el auto-registro, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento, entre otros, como técnicas de modificación conductual en el tratamiento de la diabetes, con la finalidad de mejorar la habilidad de los pacientes para continuar con su tratamiento. La nueva visión de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a

que, en el caso de la diabetes en particular, y de las enfermedades crónico-degenerativas en general, se utilicen estrategias psicológicas encaminadas a incrementar el impacto terapéutico sobre los enfermos. Esta visión de la psicología cuenta, entre sus técnicas, aquellas que fomentan el cumplimiento del régimen de tratamiento mediante el uso de la tecnología conductual; esto último debido a que una gran cantidad de sujetos presentan dificultades en el cumplimiento del tratamiento.

Por otra parte, no existe un acuerdo absoluto sobre los límites "normales" de glucosa en la sangre; algunos autores sostienen de 65 a 110 mg de glucosa por cada 100 ml de sangre, otros de 70 a 120 mg, y algunos más de 70 a 140 mg. Los valores obtenidos por abajo o por arriba de estos rangos son considerados hipo o hiperglucemia, respectivamente.

Cada una de las aproximaciones del control de la diabetes ha mostrado alguna validez; sin embargo, los factores aislados no proveen una explicación completa del fenómeno, por lo que se hace necesario un modelo multifactorial, interdisciplinario y de tipo holístico, que incorpore aportaciones de cada aproximación para aclarar la relación entre las variables psicológicas y sociales y sus efectos en el proceso biológico y sus resultados.

Finalmente, existe consenso en que la diabetes es una enfermedad que plantea grandes desafíos al paciente y también a los profesionales de la salud. Su complejidad, tanto desde el punto de vista estrictamente médico-biológico, como desde el punto de vista de los cambios que impone en el estilo de vida de las personas afectadas y de aquellos que las rodean, unida a otros factores, dificulta sobremanera que el individuo con diabetes asimile de forma saludable su nueva situación. Todo lo cual demuestra la urgencia que, desde la problemática que representa hoy la Diabetes Mellitus, adquiere cualquier incursión científica en torno a la misma. Algo está claro, «no hay diabetes, sino diabéticos», esto deja abierto para la ciencia psicológica en especial, una senda muy amplia para la investigación pues los reiterados fracasos en los tratamientos y las bajas tasas de adherencia obligan a buscar respuestas en áreas tan fascinantes como el de las ideas del enfermo.

1.2 Adherencia Terapéutica o Cumplimiento Terapéutico de las prescripciones. Factores relacionados. Principales Modelos explicativos.

Actualmente uno de los retos fundamentales de la intervención psicológica en la Diabetes Mellitus lo constituye el abordaje específico de aquellos factores que modulan, no sólo el control metabólico, sino también la adherencia terapéutica al tratamiento.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones y prescripciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea. (Rodríguez-Marín, 1995)

En este orden de cosas, la diabetes es una enfermedad paradigmática en cuanto al cúmulo de factores que potencialmente puede obstaculizar el seguimiento del tratamiento (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Beléndez y Méndez, 1995; Gil y Vilchez, 1993; Sihillitoe, 1988; Wing, Epstein, Nowalk y Lamparski, 1986; Wysocki, Hough, Ward y Green, 1992). Se trata de una enfermedad que puede permanecer asintomática durante mucho tiempo y es una enfermedad crónica que necesita tratamiento durante toda la vida. Un tratamiento que además es especialmente complejo, origina importantes cambios en el estilo de vida del paciente y a veces hasta en el estilo de vida de la familia, requiere la colaboración de la misma y la adquisición de habilidades y conocimientos específicos, además de que puede dar lugar a efectos secundarios indeseables. Por otra parte, las complicaciones de la enfermedad ocurren a largo plazo, lo cual dificulta el establecimiento de una contingencia directa entre el comportamiento actual del paciente y los posteriores problemas de salud, así como entre el seguimiento del tratamiento y los beneficios asociados al mismo (a excepción de situaciones graves). Incluso puede haber ocasiones en las que el seguimiento del tratamiento puede ser más aversivo para el paciente que la posibilidad de desarrollar futuras complicaciones. Según distintos autores (Beléndez y Méndez, 1995; Wing, Epstein, Nowalk y Lamparski, 1986), las barreras más importantes para la adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos son, entre otras:

1. La complejidad del régimen terapéutico.
2. El importante cambio en las actividades cotidianas del paciente.
3. El escaso conocimiento y habilidades para el manejo de la diabetes.

Pero existen otros factores que pueden incidir negativamente en el mantenimiento de la adhesión, entre los que destacan los relacionados con la interacción con el personal sanitario (Glasgow, McCaul y Schafer, 1987; Johnson, Tomer, Cunningham y Henreta, 1990; Orme y Binik, 1989).

Más allá de la discusión teórica en torno al concepto de adherencia terapéutica, las dificultades se presentan en el plano práctico desde el propio proceso de evaluación. Las técnicas más empleadas son los autoinformes (incluyendo los autorregistros), la entrevista a familiares, el recuento de comprimidos y las pruebas bioquímicas. Sin embargo cada una de ellas adolece de limitaciones que hacen de la evaluación del cumplimiento terapéutico un proceso complejo y en numerosas oportunidades poco confiable.

Diversos estudios demuestran los efectos positivos de la correcta adhesión al tratamiento. En investigaciones realizadas con pacientes que padecen diabetes tipo-2 se encontró que la buena adherencia al tratamiento, incluidas las modificaciones higiénicas y dietéticas y las medidas de autocuidado, reducen las complicaciones y la discapacidad, a la par que mejoran la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

Históricamente ya Hipócrates, 450 años A.C., advertía acerca de la carencia de fiabilidad de los informes de los pacientes sobre su ejecución de los regímenes terapéuticos prescritos, pues consideraba que los enfermos con objeto de evitar las recriminaciones de sus médicos daban una respuesta más socialmente deseable que veraz. A pesar de lo temprano de tales alertas para la medicina moderna, este tema no recibió la debida atención hasta la década de 1970.

Por esta razón, actualmente la cuestión del cumplimiento de las prescripciones ha cobrado especial relevancia en tanto se reconoce que la eficacia de un tratamiento depende en gran medida de que el paciente siga las indicaciones del médico. El incumplimiento terapéutico repercute en la pérdida de los beneficios que la indicación terapéutica puede aportar, incrementa el costo de las intervenciones al aumentar el número de visitas médicas, propicia cambios innecesarios en el tratamiento, y puede generar frustración tanto en el médico como en el paciente. (Ferrer, 1995)

En la literatura científica suelen emplearse diferentes términos para hacer referencia a la puesta en práctica de dichas recomendaciones de salud y/o terapéuticas: cumplimiento, *compliance*, adherencia, observancia, apego, adaptabilidad e incluso alianza terapéutica. Entre ellos los más empleados son “cumplimiento” y “adherencia terapéutica”.

En los últimos años existen discrepancias en relación a la conceptualización de estos términos y su connotación e implicaciones. A continuación haremos mención de algunas de las definiciones utilizadas para calificar el fenómeno, y finalmente asumiremos una postura al respecto.

La definición de cumplimiento más clásica y frecuentemente recogida y aceptada es la enunciada por Haynes en 1979 quien lo define como “el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación, seguir una dieta y efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas e higiénico-sanitarias que se le han dado”. (citado por Merino y Gil, 2001)

Coincidimos con Karoly al considerar que la definición dada por Haynes presenta importantes limitaciones porque tiende a ser unidimensional, considerando a las personas cumplidoras contra no cumplidoras a pesar de las múltiples posibilidades, está centrada en el profesional de la salud y en su modelo representacional de salud. Es además reduccionista porque tan solo tiene en cuenta el aspecto relacional centrado en lograr una estabilidad comportamental sin considerar los aspectos motivacionales.

Galperin define el cumplimiento como la medida en la que el paciente responde a las indicaciones médicas y las hace suyas, existiendo diferentes motivaciones por parte del paciente que explican los grados de adhesión a las distintas indicaciones. (citado por Merino y Gil, 2001)

Raven había apuntado que, ya que habitualmente implica un cambio de conducta, el cumplimiento podría entenderse como un proceso de influencia social que puede ocurrir o no acompañado por los cambios en las creencias y actitudes de las personas. (citado por Ferrer, 1995)

Para Boza cumplir es el entendimiento razonable, por parte del enfermo de las necesidades de tratamiento y de sus diferentes posibilidades, seguido de la acción apropiada. (citado por Merino y Gil, 2001)

Ewart considera que el cumplimiento tiene tres componentes: la conducta, la meta de la intervención, un proceso a través del cual la conducta cambia y un producto conductual del contexto en el cual ha ocurrido el proceso de cambio conductual. (citado por Ferrer, 1995)

Por nuestra parte, coincidimos con diversos autores cuando refieren que el término cumplimiento, visto de esta manera, presenta limitaciones pues ello sugiere otorgar un rol pasivo y sumiso al enfermo el cual sería incapaz de tomar sus propias decisiones, y porque sugiere además un cierto autoritarismo paternalista de los profesionales hacia el paciente al conducirlo a seguir fielmente las directrices que aquellos les proporcionan.

Tampoco coincidimos con aquellos autores que estrictamente reserven el término de cumplimiento o adherencia para el caso de las recomendaciones estrictamente farmacológicas, pues ello constituye a nuestro juicio un punto de miras reduccionista acerca de la acción prescriptiva profesional.

Con un enfoque diferente Germán califica como cumplimiento al grado de cooperación y acuerdo entre el médico y el paciente en cuanto al régimen terapéutico, caracterizado por la comprensión y adhesión del paciente al régimen, incluida una adecuada comunicación con el médico. (citado por Merino y Gil, 2001)

Kristeller y Rodin aportan una nueva dimensión al considerar que no es posible incluir bajo una única denominación lo que en realidad es un complejo proceso de autorregulación que puede dividirse en tres etapas:

- a) El cumplimiento o acuerdo inicial con y seguimiento de prescripciones por parte del paciente.
- b) La adherencia o seguimiento continuado de un plan de tratamiento negociado bajo supervisión.
- c) El mantenimiento o incorporación al estilo de vida de una serie de conductas relacionadas con la salud y no supervisadas.

Consideramos pues que en el orden metodológico para el estudio y abordaje de este fenómeno es necesario tener en cuenta que existen varias posturas en relación a la terminología, algunos autores prefieren el término cumplimiento (Rodríguez-Marín, 1990), otros lo hacen por adhesión o adherencia (Barón y Graña, 1990), otros consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia (Macía y Méndez, 1996) y aún otros emplean indistintamente los conceptos de cumplimiento o adherencia (Fajardo y Cruz, 1995; Herruzo, 1990). En espera de un consenso al respecto y dada la tendencia más generalizada emplearemos de manera indistinta y como sinónimos los términos de adherencia y cumplimiento siempre y cuando la definición se refiera a:

“una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mútuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico o deseado”. (DiMatteo y Dinicola, 1982)

Nos adscribimos a esta definición porque presupone y define una actitud del paciente que refleja un compromiso con respecto a todas las indicaciones que, con carácter ético-terapéutico, son prescritas por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico (ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y, simultáneamente implicación activa del paciente en las mismas) frente a cualquier postura que le infiera al paciente un papel más pasivo.

Sostenemos lo planteado por Zaldívar al referir que la adherencia terapéutica no puede verse como el seguimiento ciego por parte del paciente de las indicaciones que le han sido dadas. Es necesario buscar el acuerdo del paciente con el plan que se le propone y de ser posible, algún grado de participación en su elaboración lo que aumentaría la posibilidad de su ejecución, (2001). Se hace necesario significar que son términos antónimos, y por ende se usan en sentido negativo los de incumplimiento, falta de adherencia, falta de adhesión, inobservancia o falta de adaptabilidad. En los últimos años, dado que el cumplimiento favorece la falta de continuidad de los tratamientos se han introducido los términos de no adherencia o incumplimiento para hacer referencia al mismo donde además no debe considerarse como incumplimiento o no adherencia la comprensión inadecuada por parte del paciente de las indicaciones, ni las prescripciones inadecuadas o incorrectas del profesional.

La adherencia terapéutica constituye un fenómeno múltiple y complejo al implicar una diversidad de conductas. Puede hacer referencia a conductas de salud cuando la prescripción o recomendación del profesional pretenda eliminar comportamientos de riesgo del sujeto y/o que esta ponga en práctica recomendaciones de salud generales (no beber, no fumar, hacer ejercicios, dieta equilibrada, etc.) O referirse a conductas de enfermedad cuando la prescripción o recomendación del profesional pretenda desarrollar en la persona acciones encaminadas a reducir su sintomatología.

La adherencia terapéutica y, por ende, la no adherencia o incumplimiento se circunscribe sobre cualquiera de las fases del proceso clínico.

Otra característica que distingue al cumplimiento o la adherencia terapéutica es que es un concepto dinámico multidimensional, no unitario. Así pues el enfermo modifica sus comportamientos en el tiempo e incluso no se adhiere de igual modo a la toma de fármacos que a la dieta, al ejercicio físico o a la asistencia a consultas, algo muy común en la diabetes mellitus. (Zaldívar, 2001)

Por ello, en la actualidad reconocemos que se requiere un enfoque de sistemas. La idea del cumplimiento o adherencia también se asocia estrechamente con la culpa, ya sea del personal sanitario o de los pacientes, y el concepto de la adherencia terapéutica se convierte entonces en una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante períodos prolongados para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas.

La adherencia terapéutica es un contenido del rol de enfermo, que se debe adoptar después que la persona asimila su condición de enfermo. De ese modo, la adherencia terapéutica puede tener un “papel protector”, pues es un comportamiento

que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud. Es un componente del proceso de enfermar, que puede adquirir, a su vez, carácter salutogénico.

Se hace necesario hacer mención a determinadas clasificaciones que esclarecen el trabajo sobre este fenómeno:

En este sentido Rudd ha definido el incumplimiento parcial como el grado de concordancia subóptima por encima o por debajo del nivel prescrito (citado por Merino y Gil, 2001)

Otro concepto a definir es el incumplimiento de bata blanca que se refiere a que las mejorías en el cumplimiento en las fechas que preceden no siguen a las citas médicas concertadas.

Autores como Merino y Gil hacen referencia a las vacaciones farmacológicas como los períodos en los que el paciente no toma la medicación, dándose con más frecuencia en los tratamientos a largo plazo; y la cobertura terapéutica como la capacidad de un fármaco para mantener su eficacia a pesar de un incorrecto cumplimiento terapéutico.

Se hace mención en la literatura de dos modalidades posibles atendiendo a las causas para clasificar la no adherencia. Estas serían involuntarias, o intencionales o voluntarias; siendo estas últimas las más frecuentes.

Como causas involuntarias encontramos que en algunos estudios el porcentaje de pacientes que interpretan mal la prescripción del profesional alcanza tasas del 60%, llegando al 68% (Merino y Gil, 2001)

La no adherencia involuntaria incluye también el olvido de alguna toma, aunque debe valorarse con reservas pues pudieran entrar en juego respuestas inconscientes de un conflicto psíquico del paciente ante la enfermedad, el seguimiento del tratamiento o el rechazo a la autoridad.

Debe señalarse que una forma voluntaria de incumplimiento o no adherencia es también el incumplimiento razonado en la que el paciente altera las indicaciones prescritas habitualmente disminuyendo las dosis por entender que con ellas no obtiene beneficios para su enfermedad. (Merino y Gil, 2001)

Cuando estamos ante el caso de pacientes que no llegan siquiera a iniciar el tratamiento nos referimos al incumplimiento primario. Estos generalmente no llegan a retirar el fármaco de la farmacia. Según algunos suponen entre el 2% y el 20% de las prescripciones realizadas (Merino y Gil, 2001)

Blackwell a su vez ha clasificado las formas de incumplimiento o no adherencia en cinco categorías: por omisión que incluye lo que sería el incumplimiento involuntario o no intencional, de propósito, es decir, tomar o no la medicación por razones equivocadas; de errores en la dosificación, por confusión temporal y por uso de medicaciones no prescritas.

Lo innegable es que la adherencia, cumplimiento o adhesión terapéutica es un constructo de difícil definición; en países de Europa, como España, se utiliza para el

caso de la Diabetes la propuesta de Beléndez y Méndez (1995, p. 66), quienes definen la adhesión como: «*la realización de las conductas de autocuidado implicadas en los componentes del tratamiento de la diabetes: insulina, hipoglucemiantes, dieta y ejercicio, según los niveles que requiera el individuo en cada momento determinado, de acuerdo con los resultados de la evaluación de su condición glucémica, con el objetivo de optimizar al máximo los recursos ofrecidos por el tratamiento*». Pero esta referencia no pasa de ser una ilustración de cómo suele verse en la práctica este fenómeno asociado al caso específico de la patología objeto de la investigación, por lo cual no dejamos de reconocer limitaciones en tal adecuación conceptual.

Al igual que en otros “trastornos psicofisiológicos”, en la Diabetes Mellitus, la no adherencia terapéutica o incumplimiento terapéutico al ser un fenómeno complejo puede estar relacionado con la presencia de diferentes factores. Aparecen así un repertorio de características o conductas las cuales propician este fenómeno y que, en última instancia, favorecen la aparición del descontrol metabólico.

1.2.1) Factores relacionados con la Adherencia o Cumplimiento Terapéutico:

Haynes (1976, 1979) realizó una revisión en la que identificó más de 200 factores que podrían relacionarse con el cumplimiento terapéutico: características demográficas, socioconductuales de los enfermos, aspectos de la interacción profesional de la salud-enfermo, rasgos de la enfermedad, regímenes terapéuticos o el esquema terapéutico, características de la institución que presta el servicio. (citado por Ferrer, 1995)

Se ha dicho que el incumplimiento es mayor en las edades extremas, algunos adscriben a la mujer un mejor cumplimiento. Otro dato encontrado en la literatura vinculado a los factores demográficos aparece en resultados donde los niveles socioeconómicos bajos, y de instrucción baja tienden a relacionarse con un peor cumplimiento. Se refiere en estos estudios que los trastornos de personalidad, trastornos del ánimo como la ansiedad y depresión afectan negativamente la adherencia terapéutica. (Merino y Gil, 2001)

Es útil señalar muy vinculado con los factores derivados de las indicaciones terapéuticas como en investigaciones de Masser (1977) han arrojado posibles causas de la no adherencia terapéutica, especialmente en lo referente a la ingestión de fármacos al producir efectos secundarios desagradables. La mayoría de estos efectos secundarios, refieren, se reducen a medida que el organismo se adapta a la droga, pero encontraron que este aspecto no siempre se le informa al paciente. Semejantes resultados encontraron Muldow, Waldstein y Jeining en 1995. (citado por Samper y Ballesteros, 1999)

Se ha demostrado, además, por diferentes autores que determinados factores de la estructura sanitaria están relacionados con el incumplimiento: La inaccesibilidad a los cuidados, el tiempo de espera, burocratización asistencial, discontinuidad de los cuidados por el mismo profesional, las citas poco frecuentes, el costo de esa atención y el pago por los medicamentos son barreras que influyen negativamente. (citado por Merino y Gil, 2001).

A lo anterior es justo agregar, tomando en cuenta la triada del tratamiento diabético básico (medicación, dieta, ejercicio físico) factores asociados al entorno inmediato donde se desenvuelve el enfermo, como las posibilidades reales para poner en práctica una dieta específica, y las posibilidades reales para ejercitarse físicamente. Tampoco resultarían despreciables todos aquellos factores que permitan al diabético autoresponsabilizarse con su enfermedad, no es desacertado entonces pensar en cómo el estilo de vida del diabético puede modular la respuesta al cumplimiento de las indicaciones médicas:

a) Hábitos dietéticos de base y el régimen dietético impuesto: aporte calórico, distribución de las ingestas, equilibrio nutricional, preferencias alimentarias, horarios, lugares donde come, hasta quién prepara la comida,...

b) Profesión: tipo de trabajo, horarios, situación fija o temporal, stress profesional, etc...

c) Actividad física: tipo, frecuencia: regular o esporádica, horarios, intensidad, etc...

d) Ocio o tiempo libre: hobbies, salidas nocturnas, inclinaciones artísticas, etc...

En resumen estos factores anteriormente mencionados como las características demográficas y socio-culturales, las características de la enfermedad y los regímenes terapéuticos tampoco han permitido arribar a resultados concluyentes (Serafino, 1990).

Es evidente que la Psicología como ciencia no puede explicar todo el secreto de la determinación de la conducta, porque esta no es sólo del orden de lo psicológico; pero resulta imprescindible para analizar e intervenir en la problemática de la adherencia terapéutica, a través de la ciencia psicológica, detenernos en el sujeto; "como ente activo-portador" donde se produce este fenómeno. En este sentido delimitaremos los principales **factores psicológicos y sociales vinculados a este fenómeno**.

Entre los factores psicológicos y sociales anteriormente mencionados se encuentran: las creencias del paciente, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad, los estilos de afrontamiento, el apoyo social, y la relación médico-paciente.

Los enfoque cognitivos han dado una gran relevancia a las creencias que los sujetos desarrollen sobre determinada cuestión o situación como elemento activador de determinados estados emocionales y de ciertos comportamientos.

Definimos las creencias como ciertas proposiciones emocionalmente aceptadas, y que suponen una referencia explicativa. Cada ser humano tiene creencias acerca de la realidad, de sí mismo y de los demás. Ellas se conforman desde tres núcleos de determinación: sociohistórico o cultural, grupales y comunitarios, individual. (Calviño, 2001)

En el caso de la adherencia terapéutica se ha planteado por Bandura y otros autores (Bandura, 1986; Rosenstock, 1984; Houchbaum, 1958) que existen cinco grupos de creencias que tienen que ver con la práctica de las conductas de salud:

Primer grupo: relacionado con las creencias, valores generales de salud o motivación para la salud, incluyendo el interés de la persona en la salud y en lo relacionado con ella.

Segundo grupo: parece relacionarse con la severidad percibida de la enfermedad o la percepción de que la amenaza a la salud o las consecuencias ocasionadas por una enfermedad son importantes.

Existen diferencias en la percepción de la severidad cuando es valorada por los profesionales de la salud y cuando es valorada por el enfermo. Así en el primer caso, cuando es valorada por los facultativos, los enfermos con problemas graves no muestran tasas de adherencia más elevadas que aquellos otros con problemas moderadamente graves (Becker y Rosenstock, 1984; Haynes, 1979) En cambio cuando la severidad percibida es valorada por el enfermo aparece una relación directa entre la severidad y la tasa de adherencia a prescripciones de salud o terapéuticas en distintos problemas (Meichenbaum y Turk, 1987; Becker y Rosenstock, 1984)

Tercer grupo: lo constituye la vulnerabilidad personal ante la enfermedad o vulnerabilidad percibida. En este caso las personas subestiman su propio riesgo ante la enfermedad y otros acontecimientos vitales que pueden tener consecuencias negativas e importantes en su salud; mientras las creencias sobre una mayor susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad se asocian a un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas.

Cuarto grupo: constituido por la autoeficacia percibida o la creencia en que uno es capaz de ejecutar la respuesta necesaria para reducir la amenaza; o sea, las expectativas que tenemos en cuanto a nuestra capacidad para enfrentar y modificar la amenaza a partir de la ejecución de las acciones correspondientes.

En este sentido se han relacionado expectativas de autoeficacia y la adherencia terapéutica en diferentes pacientes crónicos. Villamarín apunta en una revisión sobre el tema que parece que este factor podría ser un predictor de la adherencia.

Quinto grupo: incluye la utilidad percibida que significaría en que la respuesta sería más eficaz para superar la amenaza que costos ocasionados. Estas creencias se relacionan con el beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento. En opinión de autores como Fishbein y Azjen en 1975 y 1980 las creencias forman la base de las actitudes. De esta manera, de acuerdo, con las propuestas del modelo de creencias de salud y la Teoría de Acción Razonada las creencias y las actitudes de las personas en relación con la salud y la enfermedad y en relación con una enfermedad particular son factores moduladores importantes de la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas y/o de salud. (citado por Ferrer, 1995)

Las actitudes o convicciones constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas o grupos. Son el producto del largo proceso de socialización por el que atraviesa el hombre y resultado del aprendizaje, de la experiencia. Estas se diferencian notablemente de las opiniones donde al no implicar un compromiso afectivo son fáciles de cambiar. La actitud comprende una dimensión y es más difícil de modificar. Estas tienen en sí tres componentes el afectivo que le da el carácter emocional, el cognoscitivo que son los conocimientos que se poseen del objeto de la actitud y el conativo que constituye lo que el sujeto hace, su forma de actuar, este ayuda si está a favor y arremete si está en contra.

En las actitudes se aprecian tres aspectos esenciales:

- **El objeto:** aquello frente a lo cual el sujeto reacciona, pueden ser personas, instituciones, ideas, objetos.
- **Dirección:** va desde la aceptación total hasta el rechazo más profundo, indica si es a favor o en contra de algo.
- **Intensidad:** implica la fuerza de la dirección.

Las actitudes no se transforman tan fácilmente y esta se explica por el proceso de selectividad perceptual, donde tendemos a percibir lo que está en consonancia con nuestras características educativas, personales, y el proceso de retirada, donde el individuo tiende a retirarse a no participar de aquellas situaciones que para él tienen un significado desagradable o doloroso. En este sentido consideramos al prejuicio como el anquilosamiento de la actitud. Tanto el prejuicio como la actitud son diversos en el campo de la salud y estos pueden favorecer o entorpecer el proceso de adherencia.

Las explicaciones en torno a las causas de una enfermedad específicas o atribuciones causales puede ser otro factor que influye sobre la adherencia terapéutica (Leventhal, Krasnegor, Epstein, Bennett-Johnson, y Yaffe 1993)

Construida sobre el trabajo de Heider (1958), quien propuso que los conceptos que poseen las personas sobre la causalidad afectan su conducta social, la Teoría de la Atribución se ha convertido en un área del pensamiento e investigación psicológica y social, así como objeto de discusión. Weiner ha extendido esta teoría a la emoción, razonando que la forma en que el individuo explica sus éxitos y sus fracasos no sólo afecta a la conducta destinada a su consecución, sino también a los sentimientos que se experimentan después del esfuerzo. Por ejemplo uno puede atribuir su éxito a la naturaleza de la labor que realiza, o bien factores internos como el esfuerzo o la habilidad personal; más tarde estas diversas atribuciones influirán sobre la reacción emocional. (Lazarus y Folkman, 1986)

Las atribuciones de causalidad son percepciones frías o cogniciones; son simples afirmaciones sobre la forma en que funcionan las cosas. Son importantes para las emociones, pero no equivalen a la evaluación cognitiva, lo cual, además añade la dimensión de importancia de la atribución para el bienestar del individuo. La atribución de que el esfuerzo o la persistencia es lo que explica sus éxitos en lugar de ser su propia capacidad o su carencia explica sus fracasos, esto puede tener un efecto deprimente como evaluación, puesto que plantea dudas sobre su capacidad para continuar el esfuerzo necesario para el éxito. En el mismo sentido, la atribución de que necesita una capacidad superior para conseguir puede ser amenazante si tiene dudas sobre su propia capacidad. Las atribuciones deben ser interpretadas por el individuo en cuanto a su significado personal, de acuerdo a sus valores y compromisos de éstos.

Actualmente con relación a la Adherencia terapéutica no se cuenta con resultados concluyentes. Se ha constatado la existencia de errores atribucionales sobre la base del efecto actor-observador. Así mientras los pacientes hacen autoatribuciones externas sobre las causas de los fallos de la adherencia al tratamiento (ejemplo los efectos secundarios), los profesionales de la salud hacen heteroatribuciones internas a los pacientes refiriendo como problemas la pereza, falta de motivación, etc.

Investigaciones de King en 1983, Rodin en 1978 constatan lo planteado. (citado por Ferrer, 1995)

Merino y Gil realizaron una revisión de estudios entre 1992-1998 sobre las causas de incumplimiento de la hipertensión arterial encontrando que los comportamientos no son similares donde los índices de porcentaje de incumplimiento son diferentes en cada estudio para las causales. (2001)

La aplicación al campo de la salud está planteando nuevas expectativas donde parece ser que estas explicaciones en torno a las causas de una enfermedad específica pueden influir sobre las conductas de salud y la adherencia a prescripciones y recomendaciones de salud.

La representación mental de la enfermedad, concepto desarrollado por Leventhal y colaboradores (1980) es otro de los factores relacionados con el cumplimiento-incumplimiento terapéutico o la adherencia-no adherencia terapéutica.

Este concepto se refiere a que las personas tienen representaciones o modelos de sentido común sobre enfermedades específicas y en ellos se incluyen creencias expectativas y explicaciones sobre la causa de su enfermedad y su propia responsabilidad en ella; sobre las características, sintomatología, curso, duración de la enfermedad, sobre el tratamiento, su responsabilidad en el, su posible respuesta al mismo y sobre las consecuencias de la enfermedad.

Los factores socioeconómicos y en particular los relacionados con el medio familiar juegan un rol central en la representación mental de los sujetos. Así el modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad brinda una explicación de las posibles causas de su responsabilidad en la misma, y también de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución.

En este sentido la concordancia o no entre el modelo y representación mental del enfermo y la explicación o instrucciones sobre la enfermedad que se le proporcionan determinarían la conducta de la enfermedad posterior y en consecuencia podría contribuir a modificar las tasas de adherencia. Mientras mayor correspondencia mayor adherencia.

En Cuba un estudio sobre la respuesta adaptativa a la diabetes arrojó la existencia de un patrón de respuesta a la enfermedad común en más del 90 % de los pacientes, caracterizado por la valoración de la enfermedad como un padecimiento severo, la existencia de barreras para el cumplimiento del tratamiento, una tendencia a mejorar la conducta de salud y un aceptable funcionamiento de las redes de apoyo social. (Pérez Martínez, 2004)

Algunas investigaciones sugieren que la representación mental de las medicinas podría ser un factor en el afrontamiento y en la ejecución de conductas promotoras de salud, entre las que se incluye la adherencia o cumplimiento terapéutico. (Echevarría, San Juan y Ozoniz, 1992)

Otro factor que aparece es el locus de control. En la literatura revisada se insiste en restar importancia a la medición de esta variable por sí sola. Sin embargo, se reporta la clara relación que existe entre ésta y algunas otras variables como autoestima, valores, creencias, etc.

El locus de control es la percepción del sector de la realidad personal y social que controla las contingencias que actúan sobre la conducta, y que puede ser percibida por uno mismo o por entidades del exterior, su exploración permite conocer expectativas del sujeto acerca de cómo sus acciones pueden influir o no controlando el ambiente y valorar los mecanismos regulativos del mismo.

El locus de control expresa el grado de responsabilidad que el sujeto asume por lo que le acontece. Puede ser externo o interno según la responsabilidad sea depositada en el propio sujeto o fuera de él. De esta manera:

1. El locus de control interno, cuando las personas creen que pueden controlar los resultados o sus destinos en virtud de sus esfuerzos.
2. El locus de control externo, cuando creen que el destino, la suerte o poderes externos controlan sus resultados.

En locus de control, es decir, cuando existe internalidad en el control y los sujetos consideran que los acontecimientos se deben a sus acciones personales y de esta forma controlados por ella, favorece el ajuste personal y la buena afectividad ante acontecimientos vitales, negativos, ambiguos, inesperados y poco controlables que se relacionan significativamente con trastornos psicológicos, todo lo contrario ocurre cuando lo que predomina es el locus de control externo, o sea la externalidad en el control, donde los sujetos consideran que los acontecimientos no están relacionados con su propia conducta, y por lo tanto escapan a su control personal, de esta manera se dificulta la capacidad de adaptación ante las diferentes demandas, se relacionan con la inmadurez, la subvaloración y la baja autoestima. (Escobar y Cobas, 2000).

Algunas investigaciones sugieren que lo que esconde el locus de control es el concepto de “uno mismo como agente”. Se ha intentado establecer relaciones entre el locus de control interno y externo y adherencia terapéutica pero los resultados a pesar de que existen indicios de que personas con locus de control externo tienen menos probabilidades de tomar correctamente medicación prescrita o de seguir programas de tratamiento no son definitivos. (Davidson, 2003; Serafino, 1990; Becker y Rosenstock, 1984).

En el momento actual se sigue analizando factores como el estilo de afrontamiento que podría también desempeñar un papel modulador de la adherencia o cumplimiento terapéutico. El afrontamiento es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo.

El afrontamiento, para Lazarus y Folkman, se define como los esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Casals, 2001; Lazarus y Folkman, 1986).

Afrontar no significa dominar ni tampoco fracasar en la búsqueda de estrategias para lograr un resultado determinado ante una situación. Afrontamiento no es dominio del entorno, los diferentes tipos no son ni buenos ni malos, ni eficaces para una situación u otra en otro momento, el que una persona utilice unas formas no quiere

decir que actúe mejor, solo controla la situación de una forma diferente. (Lazarus y Folkman. 1986)

Puede ser primario o secundario. El primario es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenaza, puede ser irrelevante, benigno o estresante, esta última puede producir daño o pérdida, amenaza o desafío. El secundario es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza potencial, valoración dirigida a determinar qué puede hacerse frente al afrontamiento, para luego ejecutar esa respuesta la cual es el afrontamiento en sí mismo. (Lazarus y Folkman, 1986)

En el afrontamiento se distinguen dos estrategias: cómo vemos las cosas y cómo pensamos resolverlas. Cohen y Lazarus plantean que las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos tanto intrapsíquicos como los orientados hacia la acción destinada a manejar las demandas ambientales desbordantes de los recursos individuales.

Diversos autores señalan en este sentido como estrategias el afrontamiento dirigido hacia el problema y el afrontamiento dirigido hacia la emoción. Las estrategias dirigidas hacia el problema se centran en la búsqueda de soluciones, y consideran aspectos relativos a la resolución de problemas, como la consideración de diferentes alternativas, la posibilidad de aplicar las soluciones, que hacen referencia tanto al entorno como al individuo mismo. El afrontamiento dirigido hacia las emociones está centrado en la regulación emocional, a disminuir o aumentar el grado de bienestar, a modificar la forma de vivir la situación. (Casals, 2001)

En la eficacia de los afrontamientos intervienen factores como: la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, el nivel cultural. Las características personales (autoestima), edad, sexo, posición social, inteligencia, madurez, religión, la valoración social (identidad), normas, expectativas y el apoyo social. (Lazarus y Folkman, 1986)

Un elemento importante en los afrontamientos es la valoración, en la cual influyen factores de tipo personal, como las creencias y los compromisos; y los de tipo situacional, como la novedad, la cronología de los sucesos en la cual se analiza la ocurrencia fuera de tiempo y la relación entre acontecimientos; también se encuentran las de carácter temporal como la inminencia, la duración y la incertidumbre personal.

En la valoración juega un papel fundamental el nivel de compromisos, los cuales expresan lo que es importante para el individuo. Los compromisos deciden el carácter estresante o no de la situación, así como las alternativas que el sujeto tiene para conservar sus ideales y conseguir determinados objetivos.

Muchas de las investigaciones actuales se basan en las escalas desarrolladas por Lazarus y Folkman (Ways of Coping Chcklist, y Ways of Coping Questionnaire), de las cuales las dimensiones más popularizadas son las siguientes: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva.

Los tipos distanciamiento, autocontrol, aceptación de las responsabilidades y reevaluación positiva se corresponden con el afrontamiento dirigido al problema, los tipos confrontación, planificación y huida-avoidancia se corresponden con el afrontamiento dirigido a las emociones, y el tipo planificación sirve para ambos afrontamientos. (Lazarus y Folkman, 1986)

Namir y colaboradores, en relación a las formas de afrontamiento ante la enfermedad, señalaron tres dimensiones:

1. Afectivo-cognitivo, que recoge la evaluación de la fuente de la enfermedad e incluye aspectos sobre las creencias, actitudes y pensamientos ante la misma,
2. Activo-conductual, que implica un comportamiento directo sobre el problema y la búsqueda de apoyo emocional, informativo e instrumental, y
3. Método de evitación, que hace alusión a la no confrontación del problema a través de estrategias de negación.

Bermúdez también señala que existe un apreciable consenso en agrupar las diferentes estrategias en dos amplias categorías: estrategias centradas en la emoción y estrategias centradas en el problema. Ambas funciones incluyen estrategias cognitivas y comportamentales sin que, a priori, unas sean consideradas más eficaces que otras. En el concepto de afrontamiento estos autores no incluyen la valoración de la eficacia. Esta dependerá de los resultados a corto plazo pero no forma parte del propio concepto. Además ambas funciones pueden relacionarse de diferentes modos: pueden facilitarse una a la otra o, por el contrario, pueden dificultarse mutuamente. Por otra parte la cantidad de esfuerzo que el individuo ponga en cada función dependerá de su percepción de la situación. Si ésta se percibe de forma que es posible el control sobre ella, el afrontamiento centrado en el problema será mayor que si se percibe con pocas posibilidades de control. En este último caso cabría esperar mayores niveles de afrontamiento centrado en los aspectos emocionales del problema. (1996)

Con el objetivo de conocer cuáles son las estrategias o estilos de afrontamiento más empleados por los sujetos, se han realizado un sin número de investigaciones. Castro y González (2001) constataron que en pacientes hipertensos estudiados se apreció un predominio de estilos de afrontamiento centrados en la emoción (77.5%), siendo los estilos de afrontamiento utilizados con mayor frecuencia la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, mientras que en menor medida la confrontación, la planificación, el distanciamiento y la aceptación de la responsabilidad. Los empleados fueron el autocontrol (3.88) y la huída evitación.

Núñez de Villavicencio, refiere que el entrenamiento dirigido a la utilización de ambos tipos de estrategias es más efectivo que el dirigido sólo hacia la emoción, o sólo hacia el problema, y el enfocado hacia la emoción únicamente es el menos efectivo.

La cuestión clave quizás no sea cuáles estrategias de afrontamiento usa un individuo, sino más bien cuántas hay en su repertorio o cuán flexible es la persona en el empleo de diferentes estrategias. (Casals, 2001)

El apoyo social puede contribuir a incrementar o disminuir, también, la ejecución de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas.

Este factor se define, según Kaplan (1974) como “un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes que desempeñan una función notable en el mantenimiento de la integridad psicológica y física del individuo en el transcurso del tiempo. Los diferentes elementos del sistema de apoyo social pueden ser espontáneos, es decir, no organizados en forma planificada por alguien interesado en estimular la salud del individuo y de las respuestas biosociales naturales de los individuos, de su comunidad, o a partir de los valores, las tradiciones de su cultura y sociedad.”(citado por Nuñez, 2001)

Encontramos también útil la definición de Fernández-Ballesteros (1992) en la que el apoyo social es la ayuda emocional e instrumental que para el individuo se deriva de un entramado o red social. Las redes sociales indican las características estructurales (dimensión o cantidad de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad, etc) de las relaciones mantenidas por una persona.

Los sistemas de apoyo social se clasifican en formales e informales. La participación social posibilita el desarrollo de distintos roles que pueden incrementar la sensación de poder y la autoestima, con las consecuencias positivas para el bienestar que ello lleva consigo. La sensación de pertenencia incrementa el bienestar. (Martínez, 1993) Tener una red social no es un sinónimo de un sistema de apoyo. El apoyo se da cuando el compromiso de las personas entre sí se extiende a un nivel de preocupación e “involucración”. Las cualidades que parecen ser esencialmente relevantes implican el intercambio de comunicaciones íntimas y la presencia de solidaridad y confianza.

Una faceta muy importante en el apoyo social ha sido definida por Irwin y Sarason cuando señalan que “la percepción del apoyo social podría considerarse como una característica de personalidad. Esta característica de la personalidad a la que estos autores han denominado sentimiento de apoyo estaría relacionada con la percepción de la disponibilidad y con la predisposición a interpretar una conducta como apoyo”. (citado por Núñez, 2001)

La literatura recoge variabilidad de tipos de apoyo social existentes, sin que exista un total acuerdo.

Fernández-Ballesteros tiende a utilizar la clasificación de apoyo instrumental y apoyo emocional. El instrumento se da por la ayuda financiera y doméstica, puede incluir préstamos, regalos, así como, prestación de servicios. El apoyo emocional incluye el apego, el conseguir seguridad y ser capaz de confiar en otros todo lo cual contribuye al sentimiento de ser querido y valorado lo que puede estimular a una persona a mantener, redoblar o abandonar esfuerzos de enfrentamiento que aumenten la posibilidad de manejar o dominar las tensiones. Refiere que el apoyo informativo puede afectar los resultados y sugerir soluciones o alternativas a un problema, o sea, es brindar información, orientación y retroalimentación de la conducta. (citado por Núñez, 2001)

Se definen seis funciones para el apoyo: instrumental dado por el apoyo tangible y material; el emocional por el afectivo, expresivo y sustento emocional; el de estima, el cual incluye la valoración, reconocimiento y afirmación; el informativo que consiste en enseñar, guiar, orientar y aconsejar; el de compañía, donde está presente la proximidad, la disposición e interacción social positiva; y el motivacional que consiste en animar estimular y reafirmar. (Misutu, 1994)

Según Kornegay (1999) el apoyo social puede ser beneficioso en determinadas circunstancias. Generalmente, el apoyo social se consideraba beneficioso para la presión sanguínea sólo ante bajos niveles de hostilidad, pero no era efectivo ante altos niveles de hostilidad. Este autor sugiere, a la vista de sus resultados, que la dosificación en la expresión de la rabia puede ser más beneficiosa que el apoyo social.

Por su parte Uchino y Cols, (1999), Collins (1999) y Steptoe (2000) sugieren que para que el apoyo emocional sea un factor modelador de las situaciones, el sujeto debe buscar ese apoyo durante las situaciones de estrés. (Cea Ugarte, et al, 2001)

Se ha demostrado que el apoyo social del grupo de referencia administrado a la ejecución de conductas de salud es una estrategia eficaz para abandonar conductas de riesgo, pues es capaz de compensar las consecuencias inmediatas placenteras de las conductas de riesgo (Ferrer, 1995). Este puede contribuir a incrementar la ejecución de prescripciones terapéuticas al animar al enfermo a mantener el régimen y ejecutar acciones para volver a la vida normal, contrastando la salud suya con la buena de otros que le motive a poner en práctica lo pautado.

Si bien en términos generales, el apoyo social constituye una fuente de bienestar subjetivo, contribuye al autodesarrollo y a la realización personal, promueve la autoestima, facilita la presencia en el sujeto de modos exitosos de afrontamiento ante las tensiones de la vida, promueve los sentimientos de control de la realidad, y por ende, las personas que sienten que “poseen” apoyo de los otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones que otros con menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento social. No es menos cierto, que el apoyo social también puede interferir con la adherencia a prescripciones de salud y/o terapéuticas. Pudiéramos encontrar que algunos aspectos del tratamiento pueden dificultar la vida de los amigos, familiares del paciente y estos al expresar su incomodidad o malestar pueden interferir en el incumplimiento. Se puede encontrar que el contraste entre el estado del enfermo y la salud de los que le rodean puede servir para incrementar la adherencia pero también para disminuirla si el paciente valora como pobre al compararse los avances o se deprime.

Es de señalarse también, como en enfermedades crónicas el apoyo social puede contribuir a perpetuar la dependencia o rol del enfermo; así como ciertas pautas de salud o tratamiento innecesarias. Sucede otro tanto cuando el apoyo social interfiere en la adherencia si las prescripciones van contra valores, conductas o pautas de conducta de la familia. En relación con esta problemática encontramos trabajos que apoyan lo planteado: Becker y Rosenstock, 1984; Christensen et al, 1992; Di Matteo Di Nicola, 1992; Di Matteo y Hays, 1981; Sarafino, 1990. (citado por Ferrer, 1995)

Uno de los factores más importantes para la marcha del proceso terapéutico y sus resultados está en el tipo de relación que se establece entre el paciente y su terapeuta (médico, psicólogo, etc.)

La relación paciente-terapeuta es una relación interpersonal laboral de prestación de servicio. (González, 1984)

Anteriormente el incumplimiento o no adherencia era considerado una falla del paciente y el profesional de la salud sólo registraba el hecho como un problema más que, por otra parte, explicaba la eventual mala evolución del problema deslindando

así su responsabilidad. Hoy es sabido que la calidad de esta relación es un factor clave que influye en la conducta del paciente pudiendo tomar modos acorde con las conductas del profesional. Este no es un mero observador de la conducta del paciente sino que es un componente importante en las decisiones que toma el paciente.

El comportamiento del profesional es cardinal para que un paciente siga las instrucciones y se adhiera al tratamiento. El paciente tiene que percibirlo como una persona competente, confiable, empática. La competencia estaría dada en el nivel de preparación y reputación del profesional, la confiabilidad por la seguridad que muestre, la pertinencia y claridad de criterios y sugerencias que emita y la empatía se relaciona con el trato que brinde y el interés que demuestre el facultativo por ayudar y comprender a su paciente.

Es necesario para que exista una buena adherencia terapéutica una activa participación del paciente tanto en el plano intelectual como afectivo. Se ha observado que el tono afectivo negativo en la interacción o relación entre el profesional de la salud y el enfermo aumenta la probabilidad de que ocurran fallos en la adherencia (Davis, 1968), mientras que la satisfacción del enfermo con esta relación aumenta la probabilidad del cumplimiento. (Haynes, 1979; Rosenstock, 1984)

Algunos estudios han estimado que el 80% de las dificultades encontradas para que los pacientes sigan los tratamientos prescritos se deben a la forma en que se transmite la información. El éxito o fracaso del tratamiento depende en gran medida de que los pacientes sean capaces de llevar a la práctica las instrucciones dadas por su educador. Numerosos trabajos apuntan a que el 60% de ellos comprenden erróneamente las indicaciones verbales referentes a cómo debían seguir sus tratamientos. (OMS, 2004)

Junto con la eficacia de la comunicación y su tono afectivo se han estudiado también, en la relación profesional de la salud-enfermo; aspectos como el intercambio social, la influencia social o el poder social y su relación con la adherencia implica un cierto cambio de conducta por parte del enfermo, pudiendo entonces considerarla como un proceso de influencia social, entonces cabría analizar el tipo de poder social que pone en práctica el profesional de la salud, como agente inductor.

Se concluye que si el profesional de la salud suele emplear un poder de experto coercitivo o de recompensa, hace que los enfermos perciban esos cambios como obediencia a normas externas. Por el contrario para que el enfermo internalice las prescripciones de salud y las ponga en marcha aún en ausencia del profesional de la salud este debería poner en práctica un poder referente.

En concordancia con lo planteado es vital concebir la relación entre profesional de la salud-enfermo en el mantenimiento de la adherencia terapéutica como un vínculo en el que ambos se conciben como que están o pueden estar en un acto único de naturaleza determinada (subjética y objetiva, del orden de lo real y lo imaginario). Esta relación tiene que ser, al decir de Vigostky, un lugar de unidad en el que se preserva un espacio personal que para el profesional significa la posibilidad de "mirar" a esa relación y analizarla y para el enfermo significa el cuánto él va a aportar a esa relación para acometer la tarea.

Para un buen cumplimiento terapéutico es necesario que en esta relación exista un tipo de vínculo en el que haya contacto, entendido este como implicación emocional, intelectual y actitudinal entre las personas, suponiendo compromisos y acuerdos, interés mutuo en un objetivo o tarea común.

Por último, es necesario mencionar que **las características de los regímenes terapéuticos** que parecen modular la adherencia son su complejidad, dosificación, duración y efectos secundarios.

En relación a la complejidad del régimen terapéutico, se ha encontrado que las posibilidades de fallos o problemas en la adherencia se incrementa cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan (Haynes, 1979), cuánto más incompatibles sean las actividades diarias o hábitos de la persona con la emisión de respuestas de adherencia (Herruzo, 1990) y cuánto más complejo sea este régimen (varios medicamentos, varios horarios) (Haynes, 1979; Kirscht y Rosenstock, 1979)

En el caso de la dosificación del tratamiento, se ha relacionado el número de dosis con el nivel de adherencia. Se ha considerado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, pero aún no parece haber muchos estudios clínicos destinados a demostrar esta hipótesis. (Rodríguez-Marín, 1990)

En cuanto a la duración del tratamiento, tras una revisión de estudios sobre el tema, Haynes (1976) concluyó que la adherencia disminuía a medida que la terapia se alargaba. Sin embargo, es imposible extraer conclusiones taxativas al respecto puesto que muchos tratamientos de larga duración son profilácticos y/o destinados al tratamiento de enfermedades asintomáticas, con lo que no queda claro si es la duración del tratamiento o las características del problema de salud al que va dirigido lo que modula la adherencia en estos casos (Rodríguez-Marín, 1990; Serafino, 1990)

Por otra parte se ha dicho que los efectos secundarios indeseados provocan disminuciones en la tasa de adherencia. Sin embargo, no se ha constatado una relación importante entre estas variables (DiMatteo y DiNicola, 1982; Haynes, 1979; Sackett y Haynes, 1976), pudiendo de nuevo hablarse de las características de la enfermedad como un intermediador importante para establecer relaciones entre los efectos secundarios de un tratamiento y la adherencia al mismo. (citado por Ferrer, 1995)

En lo que se refiere a las características de la enfermedad, cabe señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia.

El paciente que presenta una enfermedad asintomática, no sólo no dispone de las claves internas para la acción, sino que además su conducta de seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo (o si lo recibe no es inmediato), con lo cual su probabilidad de ocurrencia disminuye (citado por Ferrer, 1995).

Consideramos que estos factores psicológicos y sociales que intervienen en la adherencia terapéutica son sinérgicos, no aditivos, pudiendo variar de unas prescripciones terapéuticas a otras y de unas recomendaciones de salud a otras modulando la adherencia en un sentido positivo o negativo. No es concebible hablar

de factores que intervienen en este fenómeno sin mencionar la participación directa o indirecta de estos factores psicológicos y sociales los cuales constituyen parte consustancial del equipo biológico del hombre y un componente determinante de la adherencia; y por consiguiente, de la salud y la enfermedad.

1.2.2) Modelos explicativos sobre la Adherencia o Cumplimiento Terapéutico:

Al intentar explicar el fenómeno de la adherencia o no adherencia terapéutica, en tanto conducta de salud, se han empleado diversos modelos propuestos también para explicar otras conductas de salud. Así, uno de los primeros centró su atención en factores situacionales o de personalidad con lo que daba prioridad a aquellos elementos relativamente estables y difíciles de modificar. Estas explicaciones resultaron inadecuadas e insuficientes para explicar la adherencia y sus problemas. En sus momentos los modelos operantes (Reforzamiento operante) gozaron de gran popularidad por su relativa mayor eficacia pero sus explicaciones también resultaron inadecuadas e insuficientes para explicar el fenómeno.

En la actualidad, se encuentran los modelos cognitivos conductuales los cuales se emplean como herramienta conceptual para explicar e investigar sobre los factores determinantes de la adherencia terapéutica.

Según Leventhal (1993) a partir de estos modelos cognitivos-conductuales se han intentado tres explicaciones: los modelos de comunicación, con su mayor expresión en los programas y medios de comunicación y en el desarrollo de materiales educativos, los modelos de aprendizaje social y los modelos cognitivos de decisión dentro de los que se incluyen el **Modelo de Creencias de Salud** y la **Teoría de Acción Razonada**, siendo estos los más empleados actualmente para explicar la adherencia terapéutica.

1.2.2-a) Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de Creencias de Salud (MCS o Health Belief Model) constituye una de las teorías más utilizadas en promoción de salud con un importante componente cognitivo-perceptivo. Este modelo desarrollado por Becker y Maimon (1975) fue desarrollado en los años 50 del pasado siglo por un grupo de especialistas en Psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1984).

Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes o el uso del tabaco.

En su origen el Modelo de Creencias de Salud se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje. En particular, en la conductista que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones E-R (Estímulo-Respuesta) elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva que justifica el comportamiento como resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que produzca el resultado deseado. Aunque los defensores de ambas teorías

consideran que el reforzamiento es un factor condicionante, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. El Modelo de Creencias de Salud es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (*value expectancy*). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa, la creencia en que una acción posible a realizar prevendrá o mejorará el proceso. Actualmente como resultado de la evolución experimentada por la Teoría desde su aparición se otorga a esa expectativa un sentido más amplio, lo que facilita la aparición práctica de este en educación de la salud. La hipótesis original del Modelo de Creencias de Salud postula que los individuos no llevarán a cabo conductas de salud (prevención, participación, de adherencia o de rehabilitación) si no:

- a) Tienen unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para la salud. (motivación de salud)
- b) Se ven a sí mismos como vulnerables o potencialmente susceptibles de padecer esa enfermedad (vulnerabilidad percibida).
- c) Ven la condición de enfermedad como potencialmente amenazante o grave (gravedad percibida).
- d) Están convencidos de la eficacia de la intervención (valoración diferencial de costos y beneficios).
- e) Ven pocas dificultades para poner en marcha la acción considerando eficaces las medidas concretas para reducir la amenaza (claves para la acción, que pueden ser internas, como los síntomas, o externas, como las prescripciones). Los tres primeros formarían parte de la percepción de amenazas contra la salud y las dos últimas de las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza.

De acuerdo con el Modelo de Creencias de Salud la concurrencia de estos factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta que en nuestro caso serían conducentes a conservar, mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo, prevenir enfermedades, mantener la adherencia terapéutica. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual lo que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento, ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, no por ello se debe postergar por poco razonable o práctico. El Modelo de Creencias de Salud puede tener utilidad y son importantes los factores en que se basa la hipótesis.

Presenta el Modelo de Creencias de Salud ciertas limitaciones derivadas del pequeño número de trabajos de investigación que contemplan simultáneamente todas las variables propuestas en él, que analicen su estabilidad en el tiempo o las condiciones en las que se adquieren las conductas de salud, (Ferrer, 1995). Este ha sido considerado como un modelo adecuado para predecir el cumplimiento de la medicación. Constituye uno de los modelos que encontramos útiles en el tratamiento del tema, sus resultados pueden ajustarse a un enfoque psicológico y contextualizado.

1.2.2- b) Teoría de Acción Razonada

Otro de los modelos explicativos de la adherencia terapéutica lo constituye la Teoría de Acción Razonada (TAR). (Ajzen y Fishbein, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980; citado por Ferrer, 1995).

Este modelo constituye un referente teórico que pretende explicar el comportamiento humano. La Teoría de Acción Razonada define factores que anteceden a la intención de realizar una conducta.

Para la Teoría de Acción Razonada el ser humano es un ser racional que procesa y utiliza permanente y sistemáticamente la información de que dispone a fin de juzgar, evaluar y llegar a la toma de decisiones frente a un objeto. Esta información constituye sus creencias y actitudes en torno al objeto. Para los teóricos de la Teoría de Acción Razonada el comportamiento humano se explica como resultado de creencias y actitudes e intenciones. Supone enlace causal entre la base informativa fundamental o creencias, las actitudes, las cuales se forman a partir de las creencias sobresalientes que se tienen en relación con el objeto y las intenciones, basados en un determinante de carácter personal y otro de índole social. La ejecución o no de la conducta está basada en la intención, ésta en la actitud y en la norma y éstas en las creencias conductuales y normativas. La realización de ciertas conductas produce nuevas creencias y el ciclo se reinicia.

En la Teoría de Acción Razonada se identifica la intención como el más inmediato determinante de la conducta y constituye un modelo secuencial donde se estudian distintas variables que se organizan suponiendo una profundización progresiva en la comprensión de dichas determinantes.

En este modelo el primer paso para predecir la conducta de un individuo es identificarla y medirla. A continuación se identifican los factores que determinan la intención: un factor de naturaleza personal o actitud de la persona hacia esa acción que depende de las creencias sobre los resultados más probables de la conducta en cuestión (creencias conductuales) y de la valoración que la persona hace de esos resultados, y las normas subjetivas, que están determinadas por las creencias en que otras personas o grupos específicos piensan que ella debería o no realizar tal acción (creencias normativas) y por la motivación de la persona para cumplir con cada una de esas personas, factor que refleja la influencia social y la percepción que la persona tiene de las presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la acción. Cada uno de estos factores tiene un valor relativo que hay que determinar y que depende de la acción y de la persona en cuestión. (Ferrer, 1995)

Coincidimos con Serafino cuando plantea que este modelo no explica adecuadamente las decisiones irracionales que las personas toman a menudo sobre su salud, no tienen en cuenta que en ocasiones las intenciones o la experiencia previa sólo están moderadamente relacionadas.

En sentido general, todos los modelos consideran diversos factores del individuo o del medio ambiente que pueden intervenir en un mayor o menor grado en el cumplimiento. Estos factores descritos son productores débiles cuando se consideran aisladamente. En las investigaciones sobre adherencia terapéutica en las enfermedades, un tiempo llamadas psicofisiológicas, como la hipertensión arterial al utilizar como referentes teóricos y metodológicos estos modelos, el proceder más frecuente ha sido cruzar variables sin contemplar la historia natural de la enfermedad, las diferencias individuales ni la interacción que esas variables desempeñan en un proceso sistemático; lo que facilita que se hipertrofie el papel de las variables así como los conocimientos o expectativas que se deriven de ellos.

Por todo lo anteriormente abordado en este recorrido y acercamiento teórico al fenómeno objeto del presente estudio, en nuestra investigación asumimos como substrato conceptual algunos de los fundamentos básicos de la **“Concepción Histórico-Cultural del Desarrollo Psíquico”** planteada por L.S. Vigotsky y sus seguidores, así como otras aportaciones contemporáneas que explican el desarrollo integral del hombre, determinado en lo fundamental por la experiencia sociohistórica, por la interacción social del individuo con sus semejantes.

1.2.2-c) Concepción Histórico-Cultural del Desarrollo Psíquico

Este enfoque tiene como base filosófica el materialismo dialéctico e histórico, asimilados por este autor de manera creadora y consecuente, en el estudio del origen y desarrollo de las funciones psíquicas superiores, pues para Vigotsky lo psíquico es una función del ser corporal, histórico y social que es el hombre (Febles y Canfux, 2001).

Para L.S. Vigotsky (1896-1934) la comprensión y esclarecimiento de los aspectos referidos al desarrollo de la Personalidad y la constatación de los indicadores subjetivos en el proceso de autorregulación deben considerarse a partir del desarrollo condicionado histórico y socialmente del hombre, o sea lo que definió este autor como “el origen social de las funciones psíquicas superiores”(1987, p97).

Le otorga en su concepción a lo psíquico un carácter procesal y de medición y al decir de M. Shuare “en el conjunto arquitectónico de la teoría de Vigotsky el eje que como espiral dialéctica organiza y genera todos los demás conceptos es el historicismo... introduce la psiquis en el tiempo, este no es el devenir externo que se adosa como duración del curso de los fenómenos por naturaleza intemporales, es el vector que define la esencia humana”. (1990, p59)

Para un abordaje verdaderamente científico de esta temática que nos permita comprender la relación que establece el sujeto y el entorno que le rodea, sobre todo el social, es necesario acudir a un concepto clave en la Teoría Histórico-Cultural introducida por Vigotsky: la categoría “Situación Social de Desarrollo”. Constituye el punto de partida de todos los cambios dinámicos que se producen en el desarrollo. La personalidad en el momento cualitativo de su evolución responde tanto a adquisiciones logradas en etapas anteriores como a la influencia social específica de la nueva etapa.

Podemos definir la Situación Social de Desarrollo como aquella relación peculiar, única, especial e irrepetible entre el sujeto y su entorno que va a determinar las líneas de desarrollo, la forma y trayectoria que permiten al individuo adquirir nuevas propiedades de la personalidad, considerando a la realidad social como la primera fuente de desarrollo, la posibilidad de que lo social se transforme en individual...” es un estado en el que están representados por un lado el medio, es decir lo experimentado por el niño, y por el otro lo que el propio niño aporta a esa vivencia teniendo en cuenta el nivel de desarrollo ya alcanzado por él anteriormente” (Vigotsky, 1995, p264)

La situación social de desarrollo tiene como unidad de análisis, decía Vigotsky, a la vivencia. Esta se reconoce como...”aquella simple unidad sobre la cual es difícil

decir qué representa la influencia del medio sobre el sujeto o qué aporta como peculiaridad del propio menor". (Vigotsky, 1996, p383)

La vivencia no es más que la relación afectiva del individuo con el medio, aquello que integra lo adquirido hasta el momento con lo externo. Constituye pues unidad psicológica de análisis de la vida psíquica, en la cual se expresa lo que el sujeto experimenta en función de las influencias que recibe y lo que el propio sujeto aporta en función del nivel de desarrollo que ha alcanzado la personalidad.

Resulta un camino importante en la trayectoria de la investigación vigotskyana la comprensión de la necesidad de considerar como tarea central a la afectividad. Se refirió al pensamiento como síntesis de aspectos intelectuales y emocionales, destacando así la necesidad de que las influencias externas se conviertan en vivencias para el desarrollo.

El sujeto inmerso en una etapa de desarrollo se encuentra en una unidad de elementos personales y ambientales, posee vivencias que guarda de una forma u otra en su memoria, de manera latente, a la vez que experimenta otras nuevas provenientes de sus relaciones con el mundo real dinámico, del medio que interactúa y que se transforma constantemente, como resultado del carácter de las relaciones sociales.

Después de esto es que puede ocurrir la reconstrucción o reestructuración en la subjetividad del individuo, ocasionando movimientos en las relaciones y dependencias interfuncionales de la personalidad o de la subjetividad del individuo existente. Por tanto la esencia de toda crisis reside en la reestructuración de toda la vivencia interior, reestructuración que radica en el cambio del momento esencial que determina la relación del individuo con el medio; el cambio del sentido de sus necesidades y motivos, que son los que determinan la relación.

De esta manera se establecía uno de los problemas teóricos metodológicos centrales para la ciencia psicológica: La unidad entre lo afectivo y lo cognitivo; contextualizada esta relación en la situación social de desarrollo, donde se atribuye a la "relación afectiva" del sujeto con el entorno categoría de enlace.

Según Vigotsky, las funciones psíquicas superiores están mediatizadas en la conciencia, por los signos, símbolos que posibilitan una representación de la realidad. Aparece aquí la conciencia como sistema psicológico, complejo, integral donde se estructuran procesos psicológicos en la regulación de la conducta. Esta consideración resulta esencial en la comprensión de la unidad cognitivo-afectiva, aspecto esencial en la función reguladora y autorreguladora de la personalidades niveles de elevada complejidad en los cuales la reflexión altamente comprometida es la que aparece en el dinamismo del comportamiento.

Otro aspecto no menos importante del origen o génesis del desarrollo psíquico está muy vinculado a los cambios entre una edad y otra. Esta búsqueda del origen del desarrollo del niño, y por ende, del sujeto está muy vinculada a las nuevas formas propias de la edad que Vigotsky resumió bajo el concepto de neoformación como el nuevo tipo de estructura de la personalidad y de su actividad, los cambios psíquicos y sociales que se producen por vez primera en cada edad determinan en el aspecto más importante la conciencia del niño, su relación con el medio, su vida interna y externa, todo el curso de su desarrollo en el período dado. (Vigotsky, 1996, p254-255).

Con posterioridad, A. Leontiev y D. Elkonin, siguiendo estas ideas de Vigotsky identificaron en las neoformaciones el nuevo tipo de actividad y las transformaciones psicológicas centrales que surgen por primera vez en esta actividad. Tal separación

permitió determinar las diferentes funciones de la sustitución de una actividad por otra. (Guerra, 2001)

Investigar las consecuencias que se deducen de esas nuevas formaciones para la edad, presupone abordar el análisis de toda la vida del sujeto, la manera en que él percibe su vida interior, así como sus funciones psíquicas que a nuestro juicio sólo pueden ser viables a través de un enfoque integrador y dinámico del sujeto en desarrollo. (Guerra, 2001)

De hecho, la fuente principal del desarrollo es la acción mútua de las contradicciones internas inherentes al fenómeno. Aquí nos encontramos con otra categoría introducida por Vigotsky: la zona de desarrollo próximo. En ella se expresan las potencialidades del desarrollo y se define por la distancia que existe entre las tareas o posibilidades que el niño tiene para realizarlas independientemente (desarrollo actual) o para realizarlas en colaboración con un adulto o un contemporáneo más capaz (desarrollo potencial).

Ahora bien, son premisas indispensables que garantizan realmente al individuo constituirse en resultado de la interacción de los procesos internos y externos, la mediatización, la interiorización, la concientización y el dominio de las funciones; las que han sido consideradas como leyes o tesis básicas de este enfoque.

Estas tesis de Vigotsky son formuladas por Febles y Canfux (2001) de la siguiente manera:

1. Las funciones psíquicas superiores son el resultado de un proceso de desarrollo histórico-cultural, por lo que en su surgimiento juegan un papel esencial las relaciones sociales con los otros, pasando forzosamente por un período externo.
2. Las funciones psíquicas se interiorizan del plano interpsicológico al intrapsicológico (de afuera hacia adentro, de lo social a lo individual).
3. Las funciones psíquicas superiores tienen un carácter mediatizado. (signo, palabra, número, acción, gesto, otros; 2001)

Para Vigotsky, la interiorización es el proceso que permite que contenidos (llámese funciones, acciones, estados emocionales) externos, es decir, herencias sociales portadas por objetos u otros hombres por planos externos, lleguen a ser internas, del plano interpsicológico al intrapsicológico, de esta forma el hombre recibe una herencia cultural en su interrelación con la sociedad. Esto se da en las relaciones sociales, en la participación del sujeto en las actividades realizadas con otros. "Toda función psíquica superior pasa necesariamente en su desarrollo por el estadio externo" (Vigotsky, 1987, p88).

Este proceso de interiorización permite a través de los símbolos y signos, que constituyen la forma en que tiene lugar esta interiorización; no sólo la asimilación de las interrelaciones sociales, de la experiencia histórico-cultural acumulada por la humanidad, sino en consecuencia la formación y desarrollo de su individualidad, de su subjetividad; siendo el estudio de la actividad psíquica una vía para analizar la interiorización.

Los signos para él son instrumentos interiorizados, medios de dominio del comportamiento y su interiorización, vistos como el resultado de saltos, reconstrucciones de la conciencia que se expresan en cambios de las relaciones interfuncionales. Privilegió al lenguaje como el signo que mayor importancia tiene para el desarrollo, de la actividad psíquica.

Para Vigotsky la interiorización no significa que lo que está afuera pasa a un plano interno de la conciencia que precede, sino que en este proceso se va formando la propia conciencia individual.

Este análisis nos permite comprender que toda función surge en el uso de los signos y de los fenómenos semióticos, en particular el lenguaje humano. La palabra ha sido valorada como el medio de comunicación fundamental que permite la transmisión racional de la experiencia y el pensamiento, la forma de comunicación entre los hombres.

A modo de resumen para el desarrollo de la presente investigación asumiremos los principios teóricos siguientes:

1. Principio de la unidad e interrelación Actividad-Comunicación.
2. Principio de la interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico.
3. Principio de la naturaleza histórico-social de la psiquis.
4. Principio de la interrelación dialéctica entre enseñanza y desarrollo.
5. Principio de la mediatización.
6. Asumir de forma individualizada y holística el análisis de cada paciente.
7. Abordar el problema de la "Adherencia Terapéutica" desde la Situación Social de Desarrollo.

Resulta entonces necesario tomar postura apuntando a una concepción holística de la que partió Vigotsky.

Como requerimiento de nuestra investigación se hace necesario reconocer que las manifestaciones cualitativas que se producen en el individuo, en la vida de una persona en cualquier momento dado donde se incorporan tanto aspectos externos como internos marcan inevitablemente la existencia de etapas evolutivas.

En este sentido, una etapa evolutiva no se define en términos de acontecimientos demarcadores, sino por una serie de cambios que se inician en el interior. La delimitación de estas etapas evolutivas constituye uno de los problemas centrales y de gran actualidad en la ciencia psicológica.

Nos apoyamos en lo planteado por Vigotsky cuando al referirse a la periodización de las edades, la concebía como formaciones globales y dinámicas. Decía: «*la edad es una estructura que determina el papel y el peso específico de cada línea de desarrollo*». Esto lo concibió inmerso en dos líneas, una central relacionada con los procesos de las nuevas formaciones principales y otra accesoria vinculada a los demás procesos parciales. La línea central de desarrollo constituye condición esencial para la dinámica de la edad, a diferencia de la accesoria. En el permanente pasaje de un eslabón evolutivo a otro, sólo las crisis y los virajes en su curso pueden darnos la clave para caracterizar las edades. (1996. p 262)

Se hace imprescindible sobre la base del análisis de este proceso de desarrollo psíquico detenernos en la caracterización de la adultez, etapa evolutiva, por la que transitan algunos sujetos de la presente investigación. Urge la necesidad de realizar esta mirada porque facilitará ganar en claridad sobre el funcionamiento psicológico del sujeto en cuestión.

La adultez se extiende entre los 28 años y los 59 años, identificándose la madurez con esta etapa evolutiva. Esta se define de un autoconcepto adecuado, además de mayor precisión y adecuación en cuanto al autoconocimiento, la autocomprensión y el autorrespeto. Se caracteriza por el desarrollo y empleo óptimo de las capacidades

y potencialidades personalógicas y, por el enfrentamiento a la realidad y preocupación por los demás sin tensiones excesivas.

En la adultez media o edad de la madurez aparece la autoconciencia reflexiva, una auténtica formación de la identidad y el autoconocimiento. Es una etapa de aceptación y de cambios. Los adultos tienen una participación más creativa en su entorno. Una de las diferencias más significativas entre el desarrollo del niño y el adulto reside en el hecho de que los adultos están más directamente afectados por el contexto sociohistórico, estos se ven más expuestos a influencias económicas, políticas, sociales, etc., lo cual no implica afirmar que los niños no se vean «expuestos» a estos eventos, sino que sus experiencias están «amortiguadas» por los adultos.

El estilo de vida en la adultez dependerá en gran medida de cómo reaccione ante los cambios físicos, sociales, psíquicos y profesionales que se producen en esta etapa. El enfrentamiento a conflictos se realiza mediante estrategias más racionales y creadoras.

Precisamente en la primera etapa de la adultez (28 años a 45 años), edad abordada en la presente investigación, van apareciendo indicios de cambios que se concretarán más adelante. Ocurre así una gradual declinación de las capacidades físicas sobre todo a partir de los 40 años; al igual que la aparición de enfermedades. En el plano social los cambios están determinados por la ampliación que, en los contextos de interacción acarrea la vida laboral y social, lo cual amplía los sistemas de comunicación y enriquece los roles de género. Se asumen, por lo general, los roles de padre y madre con todos los compromisos y responsabilidades que conlleva. Se han vinculado profesionalmente y comienzan a estabilizarse en su puesto de trabajo, representando un nuevo estilo de vida, con nuevas exigencias, y nuevos campos de realización.

1.2.3) El problema de la evaluación de *la Adherencia o Cumplimiento Terapéutico*:

Uno de los problemas que atraviesa la investigación del fenómeno del cumplimiento de las prescripciones tiene que ver precisamente con la evaluación del fenómeno en cuestión. Inevitablemente los problemas teóricos sobre la adherencia conducen a problemas en el terreno metodológico (Grau y Martín, 2004).

En este sentido se identifican problemas de naturaleza teórica y también en el aparato metodológico, sobre todo en cuanto a diseños para su estudio y recursos instrumentales válidos y confiables que garanticen buenas mediciones de la adherencia al tratamiento. Por esta problemática ha atravesado el diseño de esta investigación y la selección de los instrumentos para la evaluación del fenómeno en estudio. Pese a ello, no hemos soslayado este acercamiento a la problemática teórico metodológica de la adherencia.

Los problemas metodológicos podríamos resumirlos en:

- Relativo al diseño de los estudios para medir la adherencia terapéutica.
- La confiabilidad y validez de los recursos instrumentales para medir este fenómeno.
- Relativo a las estrategias para intervenir el fenómeno de la adherencia terapéutica.

A estos tres problemas metodológicos nos atrevemos agregar lo que consideramos un error semántico encontrado de manera reiterada en la literatura científica revisada, el cual afecta la comprensión de esta categoría, y es que dados los problemas descritos resulta más coherente hablar de “evaluar” en vez de “medir” la adherencia o cumplimiento de las prescripciones. La razón es sencilla, el cumplir o seguir de manera adecuada un tratamiento es un proceso complejamente subjetivo en el que intervienen múltiples factores psicológicos y sociales los cuales exigen del investigador una postura más “evaluadora” que el hecho mismo de aspirar a obtener mediciones hasta hoy no logradas, debido en parte a las limitaciones metodológicas descritas anteriormente.

El cumplimiento es un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico. Aspirar a “*Medir*” el grado de cumplimiento es muy difícil, incluso etiquetar a un enfermo de cumplidor o no cumplidor quizás no corresponda a la realidad ya que existen circunstancias personales y particulares del tratamiento, del médico, de la información que posee que son temporales y por tanto modificables. (Grupo de Trabajo en Hipertensión, 1996)

Cómo realizar la evaluación? Actualmente existen varios métodos para evaluar la adhesión al tratamiento, aceptándose que todos tienen limitaciones. Pero vale la pena enfatizar en que no se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento.

La literatura propone diversos sistemas de métodos como: Los autoinformes, los autorregistros de los pacientes, la medición del consumo de medicamentos, el conteo de píldoras, y las mediciones bioquímicas. (Amigo y cols., 1998; Basterra, 1999; Ferrer, 1995; Vargas y Robles, 1996).

En sí mismo ninguno de estos métodos proporciona una información lo suficientemente fiable, por lo que se sugiere la utilización de más de uno (Ferrer, 1995), o el uso simultáneo de por lo menos dos métodos combinados para superar este problema. (Farmer, 1999). No obstante, tampoco son vías que permitan explorar la verdadera esencia del fenómeno que se investiga, al menos en su dimensión psicológica comportamental. Estos instrumentos sólo miden el cumplimiento del tratamiento y su aspecto medicamentoso, sin detenerse en aquellas indicaciones que sugieren un cambio de hábitos y en el estilo de vida del enfermo. (Grau y Martín, 2004).

Por ello nos enfrentamos a otro problema, el de la necesidad de diseñar instrumentos para medir la adherencia que aumenten la validez y confiabilidad de la información. Se describen como los instrumentos más usados los llamados “indirectos” (Macía y Méndez, 1996). Sobresaliendo la entrevista y la estimación a partir de resultados clínicos. También la simple estimación subjetiva por parte del terapeuta y la entrevista sobresalen como los métodos más empleados para medir cumplimiento del tratamiento con un valor predictivo positivo. Dicha estimación se realiza evaluando de modo indirecto la adhesión considerando como indicador la desaparición o mantenimiento de los síntomas. Además se usan métodos directos

como las medidas directas “encubiertas” o de “marcadores”, la observación por terceros, y la evaluación bioquímica. (Macía y Méndez, 1996)

Por su parte las medidas derivadas de autorreportes también corren riesgos de ser sesgadas por las particularidades intrínsecas de estas técnicas. Se sabe que puede haber errores que atentan contra la validez de las autoobservaciones, como los errores en el cálculo del tiempo y de interpretación, reactividad, descenso en la precisión por fatiga, sesgos individuales por expectativas, demandas y otros.

Sin embargo, la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece estar bastante ajustada a la realidad y, en consecuencia, puede considerarse confiable a los fines de la investigación. (Barra, 2003, Basterra, 1999)

Otros autores plantean que el problema de la evaluación de la adherencia no requiere tanto para su solución de una mayor sofisticación de los procedimientos disponibles en la actualidad, sino más bien el desarrollo de procedimientos alternativos, a lo cual se podría añadir aquí la verificación contrastante con diferentes criterios; así la utilización de criterios externos podría ser entonces una forma de validar la información obtenida; la cuestión de cuáles serían los más adecuados constituye también un reto metodológico. (Labrador y Castro, 1987, citado en Grau y Martín, 2004)

Coincidimos con: La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar sus comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. (Zaldívar, 2001)

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica comprende el realizar una serie de tareas que requieren *saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer*. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferentes grados de complejidad. (Amigo y cols., 1998)

Conscientes de los desafíos, cuestionamientos y de las inevitables limitaciones que resulten del intentar su esclarecimiento es que decidimos emprender el estudio sobre la adherencia en la diabetes, por demás, una enfermedad en la que el tratamiento incluye cumplir con indicaciones de muy variado contenido para la conducta del paciente.

Capítulo 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En el capítulo se describe la concepción metodológica que sustenta la investigación. En el mismo se analizan las características de la muestra y los criterios empleados para su selección. De igual manera, se ofrece información sobre las técnicas empleadas para su evaluación. Finalmente se define el procedimiento utilizado para el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos y los principios éticos de la investigación.

Diseño Metodológico.

Teniendo en cuenta los presupuestos teóricos abordados, los cuales constituyen directrices referenciales en la búsqueda de respuesta al problema científico planteado, así como las tareas de investigación trazadas para su cumplimiento, se concibió la investigación desde un paradigma mixto, cuali-cuantitativo, en el que se combinan de forma enriquecedora el análisis cuantitativo de los resultados y valoraciones cualitativas de la información obtenida a partir de los instrumentos de recogida de datos utilizados. El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema.

Desde esta perspectiva, se decidió realizar un estudio descriptivo de tipo transversal tomando como unidades de análisis los pacientes con diabetes mellitus que acuden al “Centro de Atención y Educación del Diabético de Villa Clara” en el período comprendido de abril de 2009 a abril de 2010.

Estrategia General de Trabajo

1. Revisión de la literatura existente sobre el objeto de estudio y elaboración de los fundamentos teóricos y metodológicos de la problemática a investigar.
2. Diseño, aplicación e interpretación del criterio de profesionales.
3. Selección de la muestra.
4. Diseño y ejecución de la metodología de evaluación para la caracterización de la adherencia terapéutica en la muestra seleccionada.
5. Análisis de los resultados de la investigación.

6. Elaboración de conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados de nuestro estudio científico.

2.1 Selección de la muestra

Para dar cumplimiento a la tarea No. 1 de la investigación, consistente en “Analizar criterios de profesionales vinculados al diagnóstico de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus”, al proceder a seleccionar los profesionales a encuestar se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico donde en una primera etapa, de una lista de unidades asistenciales de salud pertenecientes a los niveles de atención primario y secundario del municipio Santa Clara vinculadas a la atención del paciente diabético, se seleccionaron por muestreo simple aleatorio 4 unidades o centros de salud: el Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, el Centro de Atención y Educación al Diabético de Villa Clara, y los policlínicos “Capitán Roberto Fleites” y “Chiqui Gómez Lubián”. Y en una segunda etapa, de estas 4 unidades seleccionadas en la primera etapa, se seleccionaron a su vez por muestreo simple aleatorio 10 profesionales de cada una, los cuales cumplían con los criterios de inclusión siguientes:

- ♣ Profesionales vinculados a la atención directa al paciente diabético tanto en los niveles de atención primario como secundario de salud.
- ♣ Profesionales con más de 5 años de experiencia laboral.

Tabla 4. Localización y distribución por etapas de la muestra de profesionales seleccionada.

ETAPAS	SELECCIÓN	LUGAR DE MUESTREO	CANTIDAD PROFESIONALES
1ra Etapa	4 Unidades de Salud	Hospital “Arnaldo Milián Castro”	
		Policlínico “Capitán Roberto Fleites”	
		Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”	
		Centro de Atención y Educación al Diabético	
2da Etapa	40 profesionales	Hospital “Arnaldo Milián Castro”	10
		Policlínico “Capitán Roberto Fleites”	10
		Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”	10
		Centro de Atención y Educación al Diabético	10

De esta manera la muestra quedó conformada por un total de 40 profesionales.

Para dar cumplimiento a la tarea No. 2 de la investigación, consistente en “Caracterizar la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos estudiados”, se asumió como universo de trabajo de la investigación el total de pacientes atendidos (5053 pacientes) en el “Centro de Atención y Educación del Diabético” de la provincia Villa Clara en el período comprendido de abril de 2009 a abril de 2010, de esta manera se procedió a la selección de la muestra mediante un muestreo probabilístico sistemático, para lo cual se tuvieron en cuenta los criterios siguientes:

Criterios de Inclusión

- *Diagnóstico clínico:* pacientes incluidos en el Programa de Enfermedades (Crónicas) No Trasmisibles, subprograma de Diabetes Mellitus. Sujetos con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus.
- *Nivel de escolaridad:* En aras de garantizar la comprensión por parte de los pacientes de las técnicas a utilizar, se estableció como nivel mínimo «sexto grado».
- *Consentimiento informado:* según las tendencias bioéticas actuales en la investigación se procuró la voluntariedad y disposición de los sujetos para participar en la misma, siendo requisito previo la explicación de los objetivos, la importancia de esta y la solicitud de su colaboración por escrito.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con *diagnóstico* de otras enfermedades crónicas degenerativas.
- Pacientes con secuelas perturbadoras propias de la diabetes (amputaciones, ceguera, insuficiencia renal crónica, etc).
- Pacientes bajo tratamiento psicofarmacológico previendo que los efectos del mismo puedan viciar los resultados.
- Sujetos con nivel de funcionamiento neurótico, psicótico, o defectual con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados y evitar el sesgo.
- Sujetos menores de veinte años: teniendo en cuenta la estructuración y desarrollo de la personalidad.

De esta manera la muestra quedó conformada por un total de 50 pacientes con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus cuya caracterización sociodemográfica se describe a continuación:

Tabla 5. Distribución muestral según el sexo.

SEXO	CANTIDAD	PORCIENTO
Femenino	31	62
Masculino	19	38
TOTAL	50	100 %

Fuente: Historia Clínica.

Tabla 6. Distribución muestral según la edad.

GRUPO ETÁREO	CANTIDAD	PORCIENTO
Menores de 40 años	12	24
Entre 41 y 60 años	29	58
Entre 61 y 80 años	9	18
TOTAL	50	100 %

Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente

Tabla 7. Distribución muestral según el grado de escolaridad.

ESCOLARIDAD	CANTIDAD	PORCIENTO
Nivel universitario	11	22
12mo grado	18	36
9no grado	16	32
6to grado	5	10
Total	50	100 %

Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente

Tabla 8. Distribución muestral según la ocupación.

OCUPACIÓN	CANTIDAD	PORCIENTO
Profesional	9	18
Técnico	7	14
Administrativo	3	6
Obrero	5	10
Trabajador por cuenta propia	3	6

Jubilado	12	24
Ama de casa	11	22
Total	50	100 %

Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente.

Tabla 9. Distribución muestral según el tiempo de evolución de la enfermedad.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	CANTIDAD	PORCIENTO
De 12 meses a 3 años	25	50
De 4 a 6 años	11	22
De 7 a 9 años	9	18
10 años y más	5	10
Total	50	100 %

Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente

Tabla 10. Distribución muestral según estado conyugal.

ESTADO CONYUGAL	CANTIDAD	PORCIENTO
Casado	29	58
Divorciado	7	14
Concubinato	5	10
Soltero	6	12
Viudo	3	6
Total	50	100 %

Fuente: Historia Clínica y entrevista al paciente

2.2 Operacionalización de la variable de estudio:

Variables:

Ψ Diabetes Mellitus: enfermedad endocrina y metabólica, crónico-degenerativa de origen multifactorial caracterizada porque el páncreas no produce insulina suficiente o porque el organismo no la puede utilizar eficazmente, constituyendo un proceso hiperglucémico crónico en cuya aparición intervienen factores de riesgo genéticos, ambientales, e inmunológicos que con frecuencia actúan simultáneamente.

- Ψ Adherencia o cumplimiento terapéutico: una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mútuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico o deseado.

- Ψ Aceptación convenida del tratamiento: entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

- Ψ Participación activa en el cumplimiento: Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

- Ψ Incumplimiento terapéutico o no adherencia en la diabetes: cuando, a pesar de cumplirse lo implícito en el concepto de la adherencia, el paciente no consume sus dosis de medicación ya sea de modo intencionado o involuntario, o la consume parcial o erradamente alterando los horarios de ingesta y/o dosificación. Cuando además, no realiza ajustes en su estilo de vida que incluyen seguir una dieta y practicar ejercicios físicos.

- Ψ Cumplimiento terapéutico en la diabetes: considerar lo contrario a lo descrito en el concepto de incumplimiento.

- Ψ Conocimiento de la enfermedad: correspondencia entre los criterios y valoraciones del sujeto sobre su enfermedad y el criterio científico con relación a la realidad objetiva de la enfermedad y el propio paciente. El conocimiento será abundante o escaso mientras mayor o menor resulte respectivamente la correspondencia entre estos criterios.

- Ψ Actitud ante la enfermedad: forma organizada de pensar, sentir y actuar ante la enfermedad, la postura con respecto a sus síntomas vivenciados. Incluye el rol activo o pasivo respecto al tratamiento. Esta será adecuada o inadecuada.

Ψ Visión de la enfermedad: se refiere al criterio que el paciente posee de su enfermedad luego de haber tomado conciencia sobre sus riesgos y haber arribado a conclusiones sobre su pronóstico. Esta será favorable o desfavorable a los efectos de los resultados esperados del tratamiento.

2.3 Descripción de las técnicas e instrumentos de investigación utilizados para cada tarea.

1. Encuesta a profesionales. (Véase Anexo 1)
2. Entrevista al Paciente. (Véase Anexo 4)
3. Entrevista al Familiar. (Véase Anexo 5)
4. Entrevista al Médico. (Véase Anexo 6)
5. Técnicas de comunicación del autocumplimiento. (Véase Anexo 7)
 - 5.1)- Metodología de Hayness-Sackett
 - 5.2)- Cuestionario de Morisky-Green
 - 5.3)- Test de Batalla
6. Cuestionario de Actitud ante la enfermedad. (Véase Anexo 8)

Para realizar la tarea de investigación No. 1: “Analizar criterios de profesionales vinculados al diagnóstico de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus”.

Para la planificación de la metodología y análisis de los resultados, se consideró necesario, utilizar criterios de profesionales de Salud Pública, con los objetivos siguientes:

- ✦ Constatar los conocimientos de que disponen los profesionales de la salud acerca del fenómeno de la adherencia o cumplimiento terapéutico, que nos permitan realizar aproximaciones metodológicas válidas al caracterizar la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus.
- ✦ Evaluar la importancia que le atribuyen los profesionales en el campo asistencial e investigativo, así como el conocimiento sobre la existencia de trabajos similares en el ámbito nacional (Cuba) y en el extranjero.

- ✦ Evaluar la percepción de los profesionales encuestados acerca de la posibilidad de mantener un tratamiento de por vida.

Primeramente se seleccionó una muestra de profesionales a los que se les aplicó la técnica de la «encuesta» para la recogida de la información. En la misma se utilizaron algunas preguntas validadas en investigaciones revisadas (Guerra, 2001; Ramos, 2006)

Encuesta a profesionales

La encuesta constituye un método auxiliar que tiene un cuestionario o formulario dirigido a la búsqueda de información que se recoge a través de criterios, valoraciones, etc. de grupos de sujetos. Se caracteriza porque se puede aplicar de forma masiva. Resulta muy útil porque posibilita obtener información variada y extensa sobre los fenómenos estudiados con economía de tiempo y recursos, facilita establecer inferencia, elementos que consideramos para su aplicación, con independencia de sus desventajas.

Para la realización de la encuesta utilizamos el método de formulación de preguntas a manera de cuestionario. Consta de 8 preguntas abiertas y cerradas y en ella se recogen además los datos identificatorios de los encuestados.

Materiales: Hojas de papel con la encuesta. (Véase anexo # 1)

Procedimiento: A cada sujeto encuestado se le entregó una hoja con el protocolo de la encuesta solicitando sus criterios y valoraciones del tema en cuestión.

Calificación e interpretación: En su análisis se contemplan las frecuencias de respuestas jugándose con una valoración cualitativa de la información obtenida en las diferentes interrogantes confeccionadas según los propios encuestados.

Para realizar la tarea de investigación No. 2: “Caracterizar la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos estudiados”.

Se utilizaron métodos indirectos que valoran el cumplimiento por medición de características o rasgos que el paciente aporta o midiendo características de la evolución de la enfermedad, sobre la base de que esos hallazgos se relacionan de forma indirecta con el cumplimiento del enfermo. Constituyen los métodos de elección en la Atención Primaria de Salud.

Son métodos que en general tienen la ventaja de ser sencillos y habitualmente económicos. Por el hecho de que habitualmente ninguno de estos métodos indirectos utilizados alcanza una sensibilidad y especificidad superior al 80%, atendiendo a recomendaciones de la literatura científica (Ferrer, 1995) decidimos emplear de manera asociada varios de ellos para la identificación del cumplidor y el no cumplidor.

A continuación, describimos los métodos indirectos empleados:

Técnicas de comunicación del cumplimiento

La base de estas técnicas radica en preguntar al enfermo «cómo cumple». Se realiza solicitando al mismo que informe sobre su grado de cumplimiento. Para ello se utilizan preguntas directas o cuestionarios cerrados. Son por lo general métodos sencillos que nos permiten profundizar acerca de las causas de la mala cumplimentación cuando el enfermo confiesa haber cumplido mal.

Metodología de Hayness-Sackett: en la cual se le pregunta directamente al paciente haciéndole ver que el entrevistador entiende la dificultad de realizar bien el tratamiento. (Véase anexo # 7)

Se aplica la fórmula siguiente:

$$PC.= \frac{\text{No. de comprimidos tomados por el paciente}}{\text{No. de comprimidos prescritos por el médico}} \times 100$$

PC.= Porcentaje de cumplimiento

Una vez realizados los cálculos se considera incumplidor, en cuanto a la medicación, el paciente cuyo PC sea menor de 80% (incumplimiento por defecto) o mayor de 100% (incumplimiento por exceso). Se consideran buenos cumplidores de la medicación aquellos que han obtenido entre 80-100%. Si se realiza bien facilita que a continuación se pregunte sobre las razones del incumplimiento y los factores predictores que permiten identificar los pacientes incumplidores.

Cuestionario de Morisky-Green: basado en valorar las actitudes del enfermo de cara a su enfermedad. (Véase anexo # 7)

Se ha sugerido que cuando el enfermo adopta actitudes adecuadas respecto a ciertos contenidos de la enfermedad, este cumple mejor las indicaciones terapéuticas que se le dan. Este es el fundamento del Test de Morisky-Green, ha sido validado por Ferran y Vall en la población española. Es un cuestionario corto, de fácil aplicación y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Consta de cuatro preguntas y considera incumplidores a aquellos que contestan erradamente a dos o más de las interrogantes. Este test presenta una alta especificidad recogida en diversos estudios revisados con valor predictivo positivo.

Test de Batalla: es uno de los instrumentos empleados el cual se fundamenta en el criterio sostenido por algunos autores acerca de que «el cumplimiento mejora si aumentan los conocimientos que el enfermo posee de su enfermedad». Con esta premisa el autor, Batalla, elaboró este cuestionario con el objetivo de medir los conocimientos del paciente acerca de su enfermedad. Consta de tres preguntas (Véase anexo # 7)

Si la respuesta es afirmativa en la pregunta 1 y 2 y cita al menos 2 órganos en la tercera interrogante, este test considera que el enfermo que tiene buenos conocimientos, realiza mejor el tratamiento.

Además de las técnicas de comunicación del cumplimiento descritas, para realizar la tarea de investigación No. 2: “Caracterizar la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos estudiados”, también se utilizó la entrevista como otro de los métodos indirectos de elección:

Entrevista psicológica

La entrevista es una técnica de investigación que constituye una de las herramientas más poderosas de que dispone el psicólogo en su quehacer profesional. Su importancia está dada por la riqueza de datos que ofrece, por su flexibilidad para acomodarse al propósito de la interacción y su eficiencia en una interacción natural rostro a rostro. La misma es ese proceso en la que una persona (entrevistador) solicita información, de otra o de un grupo (entrevistado), para obtener datos sobre

un problema determinado que se constituye en meta o propósito, presupone al menos la existencia de dos personas con posibilidad de interacción verbal y extraverbal.

Dicha técnica no se instituye en una simple conversación, sino que es un intercambio comunicativo con una meta o propósito. El psicólogo debe tener clara cuál es la intencionalidad que persigue, por lo que el proceso de la entrevista debe ser planeado por el profesional con anterioridad a su encuentro con el sujeto y así dispondrá de un sentido que a su vez servirá de hilo conductor para todo el proceso, con independencia de la flexibilidad con que esta pueda ser manejada.

Procedimiento: La esencia de este método consiste en una conversación, lo más natural posible con el entrevistado sobre las cuestiones que le interese explorar al investigador.

De acuerdo con la forma en que se realiza la entrevista, esta puede ser estructurada, semiestructurada y no estructurada. En la investigación elegimos la modalidad de entrevista semiestructurada porque, aun cuando se tiene una guía de temas a tratar, ofrece la flexibilidad necesaria en el primer encuentro. De esta forma, el intercambio se elabora de manera individualizada buscando motivar y comprometer con la investigación.

Los objetivos de la misma fueron: lograr establecer una relación empática, comunicar los objetivos de la investigación enfatizando en los beneficios que la misma puede reportar al paciente en particular (Véase anexo # 4), a los investigadores y de manera general al avance de la ciencia. También fue un propósito de este intercambio obtener el consentimiento informado de los pacientes para participar en la investigación, conocer acerca de las características de personalidad, acerca del conocimiento de la enfermedad, principales conflictos psicológicos y síntomas emocionales vivenciales, el tipo de tratamiento que sigue, interrogar directamente al paciente sobre su grado de adherencia y sus consideraciones personales acerca de las barreras y factores que llevan al incumplimiento terapéutico. Así como conocer la percepción por parte del sujeto del apoyo social que recibe.

Entrevista al familiar (Véase anexo # 5): los objetivos son conocer qué criterios tiene el familiar sobre la enfermedad del paciente, cuánta información posee y cómo ha reaccionado ante la misma. Además de explorar la historia de la enfermedad actual

del paciente, sus antecedentes patológicos familiares, aporta datos que pueden resultar significativos en la caracterización de la adherencia terapéutica, etc.

Entrevista al médico (Véase anexo # 6): está dirigida a conocer las características generales de la diabetes como enfermedad crónica y el afrontamiento de los pacientes a la misma; la situación clínica de cada paciente, algunos elementos relacionados con su pronóstico y la conducta a seguir, así como la estimación subjetiva que posee el médico sobre el grado de cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

Calificación: En todos los casos el análisis se realiza de forma cualitativa y sus permiten corroborar la información obtenida en otras técnicas, tomándose en cuenta la frecuencia de las respuestas que coinciden en una cantidad significativa de sujetos.

Cuestionario de Actitud ante la Enfermedad

Este cuestionario fue confeccionado y aplicado por Carlos A. Cabrera en el trabajo de diploma “Estudio del cuadro interno de la enfermedad en pacientes que han sufrido infarto del miocardio”. Este modelo del cuestionario se ha aplicado en el hospital “Arnaldo Milián Castro” con resultados positivos, así como en tesis de maestrías y tesis de diploma.

El cuestionario se estructura por esferas:

- I) Conocimiento de la enfermedad.
- II) Síntomas emocionales y vivenciales.
- III) Visión de la enfermedad.

Objetivo: esclarecer y profundizar en los aspectos vivenciales y sentimentales de los sujetos que se incluyen en la muestra como son: conocimiento de la enfermedad, síntomas vivenciales o emocionales, frecuencia con que hablan de la enfermedad, actitud ante la vida (incluye actitud ante sí mismo, amigos, familia, valoración del futuro).

Materiales: Protocolo con el cuestionario en hoja de respuesta, y lápiz. (Véase anexo # 8)

Procedimiento: se le entrega el cuestionario al paciente para ser respondido, previa explicación, a manera de encuesta. Debe marcar con una (x) la respuesta que corresponda a su opinión admitiéndose en algunas esferas más de una respuesta.

Posteriormente se realiza una entrevista retest para profundizar en aspectos de mayor importancia.

Calificación e interpretación: se realiza un estudio personalizado de cada caso recogiendo las respuestas dadas a cada esfera con el propósito de conocer la incidencia del proceso de enfermedad en el mundo subjetivo del paciente.

2.4 Procedimientos de la investigación.

La investigación se realizó en cuatro sesiones de trabajo. La inclusión de los instrumentos de recogida de datos en cada sesión se realizó previendo la posible duración de estas y el respeto al sujeto. La distribución de las sesiones de trabajo se programó buscando garantizar la triangulación de la información y de esta manera cumplir con lo sugerido por la literatura en cuanto a procurar la verificación contrastante al evaluar la adherencia terapéutica. (Labrador y Castro, 1987)

Como primer momento se procuró el criterio de profesionales acerca de la adherencia. Posteriormente se aplicaron entrevistas al paciente, los familiares, y al personal médico en un momento final; teniendo en cuenta que la entrevista y la simple estimación subjetiva por parte del terapeuta han sido los procedimientos más empleados para comprobar si el paciente cumple o no con las prescripciones. (Martín y Grau, 2004), y que la observación del cumplimiento por terceros, como los familiares, también arroja beneficios en la evaluación de la adherencia. (Macía y Méndez, 1996)

A los 50 pacientes que integran la muestra seleccionada se les administraron técnicas de comunicación del autocumplimiento ampliamente empleadas en las investigaciones científicas. (Roca-Cusachs, 2001). Tomando en cuenta que evaluar la adherencia es difícil y ningún método sea directo o indirecto está exento de limitaciones, se realizó una utilización combinada de tres métodos indirectos lo cual cumple con lo sugerido por la literatura científica (Ferrer, 1995) pues tal procedimiento resulta factible, económico y útil a la hora de buscar la efectividad al evaluar el cumplimiento terapéutico, además de que se estima que los métodos

indirectos tienden a sobre estimar el cumplimiento. El cuestionario de Morisky-Green fue aplicado a modo de retest o verificación contrastante en la cuarta sesión, tomando en cuenta la similitud de uno de sus ítems con lo evaluado en la metodología de Hayness-Sackett, cumpliéndose así con lo sugerido por Labrador y Castro (1987) en la búsqueda de la fiabilidad al evaluar la adherencia. Finalmente se aplicó el Cuestionario de Actitud ante la Enfermedad para explorar la dimensión psicológica comportamental del fenómeno estudiado.

La distribución de técnicas por sesiones se describe a continuación:

Primera Sesión:

- ◆ Encuesta a profesionales.

Segunda Sesión:

- ◆ Entrevista al Paciente.
- ◆ Entrevista al Familiar.

Tercera Sesión: Técnicas de comunicación del autocumplimiento.

- ◆ Metodología de Hayness-Sackett.
- ◆ Test de Batalla

Cuarta Sesión:

- ◆ Cuestionario de Morisky-Green.
- ◆ Cuestionario de Actitud ante la Enfermedad.
- ◆ Entrevista al Médico.

2.5 Procesamiento de los datos.

Una vez aplicados todos los instrumentos y técnicas para la recogida de información se procedió al análisis de los resultados según los criterios propios de calificación e interpretación de cada una de las técnicas empleadas agregando a cada análisis

valoraciones cualitativas de información recogida directamente en las entrevistas aplicadas.

Análisis estadístico matemático.

El análisis cuantitativo de los datos se realizó mediante el empleo del software de procesamiento estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 15.5 para *Windows*. A partir de los criterios evaluativos de las pruebas aplicadas, los datos obtenidos fueron incorporados a la base de datos del SPSS, donde se obtuvieron los resultados y se resumieron en tablas y gráficos estadísticos. Se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes) en las distribuciones de frecuencia conformadas, además se utilizaron la media aritmética (promedio), y la mediana como medidas resumen de tendencia central y la amplitud o rango como medida de dispersión, para variables cuantitativas.

Tabla 11. Pruebas estadísticas aplicadas en el análisis de los resultados.

PRUEBAS	OBJETIVOS
Chi Cuadrado	Prueba no paramétrica utilizada para comparar muestras independientes. Se utilizó al comparar la muestra de pacientes diabéticos cumplidores con los no cumplidores buscando si existían diferencias significativas entre las variables cualitativas (Sexo, Tipo de diabetes, Ocupación, y Nivel de escolaridad)
U de Mann Whitney	Prueba no paramétrica utilizada para comparar muestras independientes. Se utilizó al comparar la muestra de pacientes diabéticos cumplidores con los no cumplidores buscando si existían diferencias significativas entre las variables cuantitativas (Edad, y Tiempo de evolución)
Prueba de Cochran	Prueba no paramétrica utilizada para comparar muestras independientes.

Como resultado de estas pruebas se mostró la significación (p) asociada a su estadígrafo de cálculo. Para su interpretación se tomaron los siguientes criterios:

- ◆ Si $p < 0,05$ la diferencia es significativa.
- ◆ Si $p < 0,01$ la diferencia es altamente significativa.
- ◆ Si $p > 0,05$ no existen diferencias significativas.

Análisis cualitativo de los datos.

Se realizaron interpretaciones cualitativas de las técnicas con el objetivo de completar y hacer más profundo y enriquecedor los análisis, aprovechándose toda la información aportada por los participantes en la investigación durante los intercambios sostenidos.

Principios éticos considerados en la investigación.

Durante el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos de la ciencia psicológica. El trabajo partió de explicar a los pacientes los objetivos e intenciones de la investigación, solicitando su consentimiento para vincularlos a la experiencia investigativa. En todo momento fue respetada la confidencialidad de toda la información aportada por los pacientes y se aseguró que en ninguno de los registros de información empleados figuraran sus nombres u otros datos personales.

Capítulo 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el capítulo se muestran los principales resultados obtenidos. Cada tarea de investigación se ha presentado en forma de epígrafe en el que se exponen los resultados que dan respuesta a la misma.

3.1 Análisis de los resultados de la tarea de investigación No. 1: “Analizar criterios de profesionales vinculados al diagnóstico de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus”.

Se encuestó un total de 40 profesionales que laboran en centros asistenciales de salud del municipio Santa Clara, cuya caracterización sociodemográfica se describe a continuación:

Tabla 12. Distribución muestral de los profesionales según el sexo.

SEXO	CANTIDAD	PORCIENTO
Femenino	23	57,5
Masculino	17	42,5
TOTAL	40	100 %

Tabla 13. Distribución muestral de los profesionales según la edad.

GRUPO ETÁREO	CANTIDAD	PORCIENTO
Menores de 40 años	13	32,5
Entre 41 y 60 años	27	67,5
TOTAL	40	100 %

Tabla 14. Distribución muestral según la profesión.

PROFESIÓN	CANTIDAD	PORCIENTO
-----------	----------	-----------

Médico	25	62,5
Psicólogo	8	20
Licenciado en Enfermería	5	12,5
Licenciado en Farmacia	2	5
Total	40	100 %

Tabla 15. Distribución muestral de los profesionales según la especialidad.

ESPECIALIDAD	CANTIDAD	PORCIENTO
Medicina General Integral	15	37,5
Endocrinología	2	5
Medicina Interna	2	5
Oftalmología	1	2,5
Angiología	1	2,5
Nefrología	1	2,5
Cardiología	1	2,5
Medicina Intensiva	1	2,5
Laboratorio clínico	1	2,5
Psicología	8	20
Licenciatura en Enfermería	5	12,5
Licenciatura en Farmacia	2	5
Total	40	100 %

El tiempo de experiencia laboral de la muestra de profesionales seleccionada osciló en un rango entre 5 y 25 años de experiencia para un promedio de 10 años de experiencia laboral.

Los profesionales encuestados a la hora de conceptualizar la Adherencia Terapéutica la definen atendiendo a dos tendencias:

Tabla 16. Análisis resultante a partir de la conceptualización de la Adherencia

Terapéutica por parte de los profesionales.

CANTIDAD DE PROFESIONALES	PORCIENTO	ANÁLISIS CUALITATIVO
29	72.5 %	<p>Expresaron un concepto vinculado a una postura más clásica y unidimensional del cumplimiento, centrada en el facultativo que prescribe, predominando en ellos una visión autoritaria y reduccionista y otorgando al paciente un rol pasivo y sumiso. Conciben el cumplimiento de las prescripciones dentro de un esquema mecánico de autoridad-obediencia. Vinculan el concepto a la disciplina y la responsabilidad por parte del paciente.</p> <p>Esta visión se relaciona con el grado en el cual la conducta de un paciente coincide con las recomendaciones médicas e higiénico-sanitarias que se le han orientado, es decir, en esta percepción el paciente debe cumplir, los profesionales ordenar y la medicación y el resto de las indicaciones facultativas producir los efectos bioquímicos u orgánicos esperados, sin entrar a considerar el componente motivacional (seguimiento ciego de las indicaciones).</p>
11	27.5 %	<p>Se vinculan a otra postura o tendencia donde definen el término "adherencia o cumplimiento" de manera más adecuada en función de los roles que le compete tanto a la persona en tratamiento como al profesional, y al hecho de que toda prescripción (medicamento, dieta, ejercicio físico, etc) implica además de una posible mejora para la salud, una intrusión en el organismo de quien debe asimilarla pues demanda de este un cambio de comportamiento y la realización de determinados esfuerzos adaptativos. Aquí valoran el concepto atendiendo a una relación entre el paciente y los profesionales de la salud con implicación activa del paciente, de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado de manera sistemática y permanente. Por lo cual este grupo de profesionales avanza más en la comprensión de la naturaleza psicológica de la «Adherencia».</p>

En el análisis de los «criterios referidos por parte de los profesionales para diagnosticar la adherencia» no hacen mención a la existencia de métodos directos e

indirectos que posibiliten detectar la presencia de adherencia o incumplimiento terapéutico.

- ◆ El 85% de los encuestados (34 profesionales) utiliza como criterios el juicio clínico que estos hacen derivado del conocimiento previo que tienen sobre su paciente y estiman de forma subjetiva cuál puede ser su cumplimiento, siendo este un método poco confiable e inexacto.
- ◆ El 72.5% de los encuestados (29 profesionales) diagnostica el cumplimiento partiendo del tiempo en que los pacientes mantienen controlados sus niveles de glicemia y la mejoría progresiva de su estado de salud. Sobrevaloran el estar compensado metabólicamente como criterio diagnóstico de la adherencia apoyándose principalmente en criterios clínicos como el peso, y el resultado de exámenes complementarios.

Si valoramos según Merino y Gil que una parte de los pacientes están bien controlados y son buenos cumplidores, una parte están mal controlados y son buenos cumplidores, una parte están bien controlados y son malos cumplidores y una parte están mal controlados y son malos cumplidores (2001), esto nos alude a que el cumplimiento- incumplimiento terapéutico no guarda una relación directamente proporcional a buen o mal control, por tanto este criterio es erróneo en los encuestados. Puede considerarse un indicador indirecto de buen cumplimiento cuando existe una estrecha relación entre control y cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, es decir, la toma correcta del fármaco y/o cambios en el estilo de vida y el control de la enfermedad. Esto se ve limitado ya que en muchas ocasiones las indicaciones son parcialmente eficaces y otras veces el éxito terapéutico se logra a pesar del incumplimiento terapéutico. Los encuestados perciben el grado de control y la mejoría del enfermo como relación directamente proporcional a la adherencia.

- ◆ Por otra parte, El 67.5% de los encuestados (27 profesionales) se apoya en la ausencia de complicaciones para diagnosticar el cumplimiento.
- ◆ El 32.5% de los encuestados (13 profesionales) toma como criterio para diagnosticar la adherencia la satisfacción del paciente con su tratamiento.
- ◆ El 25% (10 sujetos) mencionan como criterio la información resultante del interrogatorio al enfermo acerca de cómo cumple. Si bien poseen total desconocimiento de la nominación de esto como técnica de comunicación de

autocumplimiento, valoran la importancia de su eficacia donde a pesar de ser un método que puede sobrevalorar el cumplimiento, a su vez ayuda a conocer la presencia o no de esta.

Al interrogárseles sobre las posibles causas de incumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus los profesionales mencionan:

Tabla 17. Causas de incumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus referidas por profesionales de la salud.

CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	%	Cantidad de encuestados
Escasa conciencia del paciente acerca de la importancia del tratamiento	87.5	35
Mal manejo general por parte del personal de salud	80	32
Complejidad del régimen terapéutico	75	30
Irresponsabilidad personal y confianza indebida por el paciente (Escasa percepción de riesgo)	65	26
Percepción de mejoría en el estado de salud (sentirse bien)	55	22
Caprichos y gustos alimentarios	52.5	21
Escaso conocimiento de la enfermedad	47.5	19
Sentimiento de agobio personal y monotonía del tratamiento	37.5	15
No comprensión de las indicaciones (Tratamientos fraccionados)	35	14
Olvido	27.5	11
Miedo a inyectarse	17.5	7
Desconfianza acerca de la efectividad del tratamiento	10	4
Falta de apoyo familiar	7.5	3
Intención de beber alcohol	2.5	1

Se evidencia que las causas más referidas por los profesionales fueron:

Escasa conciencia por parte del paciente acerca de la importancia del tratamiento, el mal manejo general por parte del personal de salud resaltando la inadecuada relación profesional de la salud-paciente, la complejidad del régimen terapéutico, la irresponsabilidad personal y confianza indebida por parte del paciente evidenciada

en una escasa percepción de riesgo, y la percepción de mejoría en el estado de salud; resultados estos que coinciden con lo obtenido en investigaciones sobre la adherencia terapéutica en otras enfermedades crónicas los cuales aparecen reseñados en la literatura científica consultada. (Roca-Cussach, 2002; Ramos Rangel, 2006)

El 77,5 % de los encuestados (31 profesionales) refieren que no recibieron temas sobre la adherencia terapéutica durante sus estudios de pregrado, mientras que el 22,5% (9 profesionales) ante la misma interrogante responden afirmativamente.

El 97.5% de los encuestados (39 profesionales) expresa no conocer de otras investigaciones que se estén realizando sobre el tema de la adherencia, mientras que el 2.5% (un profesional) refiere tener conocimiento acerca de una investigación sobre el tema en Cuba en el área de la Farmacología.

- ◆ El 100% de los encuestados lo considera un tema “insuficientemente tratado”.
- ◆ El 87.5% (35 profesionales) considera la adherencia terapéutica un tema “muy importante”, mientras que el 12.5% (5 sujetos) lo considera un tema “importante”, ninguno de los encuestados consideró el tema como “poco importante”.

En cuanto a si ha trabajado este tema durante su labor profesional en el manejo del paciente diabético:

- ◆ El 52.5% (21 profesionales) expresa que “siempre” ha trabajado el tema, el 35% (14 profesionales) expresa que “a veces”, y el 12.5% (5 profesionales) expresa que “casi nunca” lo han abordado; mientras que ningún encuestado manifiesta que “nunca” ha trabajado el tema en el manejo del paciente diabético durante su labor profesional.

Analizando la información aportada por los encuestados podemos deducir que pese a que el tema de la adherencia no es suficientemente abordado en los programas curriculares de pregrado, este es percibido como muy importante y por tanto necesario en la labor profesional resultando imprescindible en la práctica para el manejo del paciente diabético.

Finalmente, al analizar las acciones que pudiera hacer el profesional para evitar el incumplimiento terapéutico en los pacientes diabéticos las acciones expresadas con más frecuencia fueron:

- ◆ Educar al paciente diabético de manera individualizada sobre su enfermedad, importancia del tratamiento, complicaciones, responsabilidad en el autocuidado y monitoreo de la glicemia en aras del control metabólico. (Educación diabetológica continuada).
- ◆ Mejorar la relación profesional de la salud-paciente garantizando la empatía, confianza, y el apoyo necesario.
- ◆ Incrementar las labores de educación para la salud haciendo énfasis en la importancia del tratamiento.
- ◆ Perfeccionar las capacidades de los profesionales sobre el fenómeno de la adherencia.
- ◆ Incrementar la divulgación del fenómeno del incumplimiento y sus repercusiones.
- ◆ Cumplir con el seguimiento y evaluación sistemática de estos pacientes en los tres niveles de atención sanitaria.
- ◆ Incrementar el trabajo psicoeducativo con la familia.
- ◆ Incentivar las investigaciones científicas acerca de este fenómeno.

Valorando las acciones recomendadas constatamos que la mayoría de los encuestados sugieren acciones en dos direcciones: las dirigidas a los pacientes y las acciones dirigidas al personal de salud, cuestión que evidencia que los encuestados no responsabilizan sólo al paciente en la tarea de evitar el incumplimiento terapéutico, sino que también atribuyen parte de esta responsabilidad a los profesionales encargados de la atención a esta dolencia crónica, aspecto este que expresa una contradicción con el concepto de cumplimiento terapéutico que teóricamente tiene el 72.5% de los encuestados.

Por otro lado, aún cuando los encuestados no dominan teóricamente las acciones que en este sentido refieren, una parte considerable de estos de manera empírica alerta sobre la necesidad de desarrollar labores educativas con los pacientes, y

perfeccionar las capacidades del personal de salud en cuanto al manejo integral de esta enfermedad desde todos los niveles de atención sanitaria. Por último llama la atención que a la hora de proponer acciones para evitar el incumplimiento todos los encuestados coinciden indirectamente en la importancia de los aspectos motivacionales a la hora de educar, y en la urgencia de propiciar la participación activa del sujeto en los procesos de cambio de conducta y de búsqueda de la responsabilidad personal en torno a su estado de salud.

Estos resultados nos permiten trabajar mejor teórica y metodológicamente el tema de la adherencia terapéutica en la diabetes a partir de disponer con anterioridad de una identificación de importantes aspectos organizativos concernientes al sistema de salud que están interfiriendo la conducta de cumplimiento de las prescripciones, aspectos que sin lugar a dudas constituyen brechas de dicho sistema sanitario, que de ser correctamente atendidas, pueden contribuir a perfeccionar el proceso de atención a la diabetes mellitus y a optimizar los costos en relación a este padecimiento crónico.

En este sentido resulta oportuno tomar en cuenta el llamado a la acción por parte de la OMS (2004), al expresar que cualquier intento en aras de «incrementar la efectividad de las intervenciones para reforzar la Adherencia puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos».

3.2 Análisis de los resultados de la tarea de investigación No. 2: “Caracterizar la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos estudiados”.

Para llevar a cabo esta tarea de investigación a los 50 pacientes que integran la muestra seleccionada se les administraron técnicas de comunicación del autocumplimiento ampliamente empleadas en las investigaciones científicas (Roca-Cusachs, 2001), realizándose una utilización combinada de tres métodos indirectos

considerando que este procedimiento es el sugerido por la literatura científica. (Ferrer, 1995)

En los ítems que indagan sobre el cumplimiento del tratamiento medicamentoso se consideró también a la insulina como uno de los componentes del tratamiento farmacológico en la diabetes.

Seguidamente se muestran los resultados de los métodos analizados aisladamente.

Metodología de Hayness y Sackett.

En el análisis de la metodología de Hayness-Sackett la proporción global de pacientes que no resultaron cumplidores es superior a los que cumplen con las prescripciones, considerándose no cumplidor el 58% (29 pacientes) y cumplidor el 42% (21 pacientes). El incumplimiento según esta prueba se caracteriza por ser un «*incumplimiento por defecto*» quedando siempre por debajo del porcentaje de 80% mínimo establecido, lo que se explica debido a que los pacientes incumplen porque olvidan tomar la medicación, no por el hecho de sobregirarse en el consumo de sus tratamientos. Por su parte los pacientes cumplidores se encuentran dentro del porcentaje de cumplimiento establecido en esta prueba, entre 80 y 100%.

Test de Batalla.

El análisis del test de Batalla mostró el 100% de cumplimiento en la muestra de 50 pacientes a la que se aplicó dicha prueba. De modo específico todos los sujetos consideraron que la diabetes es una enfermedad para toda la vida, e igualmente respondieron afirmativamente considerando que la diabetes se puede controlar con dieta, ejercicio físico y medicación. Llama la atención que el 12% (6 sujetos) al responder esta interrogante no se limita sólo a afirmar, sino que agregan otros aspectos del tratamiento que tienen que ver con el autocuidado, refiriendo en sus propias palabras: el “cuidarse los pies”, “no faltar al médico”, y hacerse análisis periódico de “la azúcar” (glicemia), lo cual denota que esta cifra de pacientes considera que el control metabólico de la diabetes reposa en gran medida en la

propia responsabilidad del enfermo, consideración que coincide con el llamado realizado por organismos internacionales donde se insta a considerar al paciente como el miembro “de lujo” más importante del equipo de trabajo en el tratamiento. (Skovlund, 2004)

Respecto al conocimiento de los órganos que pueden afectarse debido a la falta de control metabólico en la diabetes, los ojos y la visión en general, más que un órgano, resulta la parte funcional que con más frecuencia se menciona como susceptible de afectarse, la cual es mencionada por el 92% (46 sujetos). A ello siguen los riñones, mencionados por 44 sujetos lo cual representa el 88% de la muestra. 41 sujetos que representa el 82 % de la muestra mencionan “los pies”, las extremidades inferiores o la circulación como otro de los órganos que llega a afectarse. El 72% (36 sujetos) mencionaron el corazón, sólo el 38% (19 sujetos) hizo mención al cerebro. 2 sujetos, que representa el 4% de la muestra, mencionaron el órgano reproductor masculino como órgano que puede afectarse debido a la diabetes, e igualmente 2 sujetos hicieron mención al páncreas entre los órganos que sufren lesiones. En general todos los encuestados mencionaron 2 o más órganos que llegan a afectarse. La cantidad máxima de órganos referida por un sujeto, mencionada por el 20% de la muestra (10 sujetos), fue de 4 órganos. Estas consideraciones permiten concluir que los sujetos poseen conocimiento de los órganos que pueden afectarse debido a la falta de control metabólico en la diabetes.

Cuestionario de Morisky-Green.

En el test de Morisky-Green la proporción global de pacientes que no resultaron cumplidores también superó a los cumplidores. En esta prueba los no cumplidores del tratamiento representan el 54% (27 pacientes) de la muestra, mientras que los cumplidores el 46% (23 pacientes).

Referente a las preguntas, el 58% (29 sujetos) expresó olvidar alguna vez la medicación frente al 42% (21 sujetos) que refirió no olvidarla.

El 56% (28 sujetos) expresó tomar la medicación a la hora indicada por el facultativo, mientras que el 44% (22 sujetos) expresó lo contrario.

El 24% (12 sujetos) refirió dejar de consumir la medicación cuando se sienten bien, mientras que el 76% (38 sujetos) expresó no dejar de hacerlo aún sintiéndose bien. Por último el 32% (16 sujetos) de la muestra respondió que sí deja de consumir la medicación cuando le sientan mal las pastillas, frente a un 68 % (34 sujetos) que refirió no asumir esta conducta.

Análisis integral de los tres métodos utilizados

En el análisis integral de los métodos utilizados se constató que un resultado que habla a favor de la utilidad del empleo combinado de estos tests, como lo sugiere la literatura científica (Ferrer, 1995), es apreciable al comparar lo obtenido en la metodología de Hayness-Sackett donde el 58% (29 pacientes) reconoció olvidar alguna vez consumir la medicación, lo cual coincide con el porcentaje que se obtuvo en el cuestionario de Morisky-Green al interrogar a los sujetos sobre el mismo aspecto.

Por otro lado, el análisis global para estimar si existen diferencias significativas en la frecuencia de respuestas afirmativas y negativas entre los tests de comunicación del autocumplimiento, reveló que éstas son altamente significativas (Véase **Tabla. 19**). Un análisis detallado de la frecuencia de las respuestas hizo evidente este contraste al analizar las diferencias de respuestas positivas observadas en el ítem 2 del Test de Morisky- Green (¿Toma la medicación o se inyecta la insulina a la hora que le dijo el médico?) y la cifra de sujetos que respondió afirmativamente el Test de Batalla con relación a las respuestas negativas predominantes en el resto. (Véase **Tabla. 18**)

Tabla. 18 Prueba de Cochran. Frecuencias.

Frecuencias		
	Valor	
	Sí	No
Metodología de Hayness-Sackett		
1.- ¿Se olvida usted alguna vez de tomar las medicinas?	17	33
Morisky-Green 1.- ¿Se olvida alguna vez de tomar las medicinas o de inyectarse la insulina?	18	32

Morisky-Green 2.- ¿Toma la medicación o se inyecta la insulina a la hora que le dijo el médico?	47	3
Morisky-Green 3.- ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar la medicación o de inyectarse la insulina?	11	39
Morisky-Green 4.- ¿Si le sientan mal las pastillas o la insulina deja Ud de tomarlas o de inyectársela?	15	35
Test de Batalla 1.- ¿Estima que la Diabetes Mellitus es una enfermedad para toda la vida?	50	0
Test de Batalla 2.- ¿Cree que la Diabetes se puede controlar con dieta, ejercicio físico o con medicación?	50	0

Tabla. 19 Prueba de Cochran. Estadísticos de contraste.

Estadísticos de contraste	
N	50
Q de Cochran	165.619 ^a
gl	6
Sig. asintót.	.000

a. 2 se trata como un éxito.

Al integrar los resultados de los tests se obtuvo que el 42% (21 sujetos) resultó adherido al “tratamiento farmacológico”, mientras que el 58% (29 sujetos) no se adhiere a tales prescripciones. (Véase Anexo. 10)

Tabla 20. Resultados de la evaluación de la Adherencia según método utilizado.

Método	Adherencia Hayness-Sackett	Adherencia Morisky-Green	Adherencia Batalla	Adherencia Terapéutica
Total cumplen	21	23	50	21
%	42%	46%	100%	42%
Total incumplen	29	27	0	29
%	58%	54%	0%	58%

Aunque se observan más sujetos que incumplen el tratamiento (29 sujetos) que los que cumplen con el mismo (21 sujetos), no se aprecian diferencias significativas entre la proporción de cumplidores e incumplidores del tratamiento farmacológico. (Véase Anexo. 11)

Al analizar estos resultados del cumplimiento terapéutico en relación con las variables socio-demográficas se obtuvo:

En cuanto al sexo se observa que el porcentaje incumplimiento es mayor en el sexo femenino con un 67,7% de incumplimiento frente a un 42,1% en el sexo masculino, no existiendo diferencias significativas entre uno y otro sexo en relación al cumplimiento de las prescripciones. (Véase Anexo. 14, Tabla 21)

En la literatura científica se informa que algunas variables demográficas, como la edad y el sexo, no parecen ser decisivas para la adherencia al tratamiento (Márquez Contreras, Gil, 2004), sin embargo este estudio mostró una baja adherencia en el sexo femenino y en el grupo de edad de 36 a 50 años.

Referente al tipo de diabetes los resultados demuestran que existen diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre los pacientes diabéticos tipo-I, que alcanzan un porcentaje de cumplimiento de 83,3%, y los diabéticos tipo-II que logran apenas un 36,4% de cumplimiento. (Véase Anexo. 14, Tabla 22)

Tal resultado se relaciona favorablemente con el régimen terapéutico a que están sometidos los diabéticos tipo-I, cuyo control metabólico depende principalmente de la auto administración de insulina exógena inyectable, a su vez estas cifras de adherencia resultan tan atractivas en la práctica cuando valoramos que este tipo de tratamiento, además de ser más invasivo y doloroso, exige del paciente insulino dependiente mayores esfuerzos, una dieta muy rígida, cambios profundos en el estilo de vida, y adoptar estilos de afrontamiento adecuados para aceptar y convivir en su nueva situación.

Al analizar el nivel de escolaridad observamos que existen diferencias significativas entre cumplidores y no cumplidores y uno y otro nivel de instrucción (Véase Anexo. 14, Tabla 23). El incumplimiento se incrementa a medida que aumenta el nivel de instrucción de la muestra, constatándose un 100% de cumplimiento en los sujetos de nivel de escolaridad primario, y el mayor porcentaje de no adherencia en los sujetos de nivel pre-universitario quienes alcanzan un 66,7% de incumplimiento frente a un 33,3% de adherencia.

Este resultado coincide con lo obtenido respecto a la edad donde se registran las mejores tasas de adherencia en las personas entre 66 y 80 años pues son precisamente estos sujetos los que menor nivel de escolaridad poseen.

La literatura consultada registra mejor apego a las prescripciones en el nivel universitario como consecuencia de que es lógico exista en este grupo mayor posibilidad de comprender las orientaciones sanitarias (Márquez Contreras, Gil, Martell, de la Figuera, Cusado, 2005), sin embargo los resultados de este estudio no coinciden con tal estimación, lo cual confirma lo planteado por Serafino (1990) cuando refiere que las características demográficas y socio-culturales no han permitido arribar a resultados concluyentes en su relación con la adherencia.

Al analizar la variable ocupación observamos que no existen diferencias significativas entre cumplidores y no cumplidores del tratamiento y dicha variable (Véase Anexo. 14, Tabla 24). En este sentido se aprecia que el mayor porcentaje de incumplimiento terapéutico lo alcanzan los trabajadores por cuenta propia con un 100% de no adherencia, seguidos por los técnicos con un 85,7% frente a sólo 14,3% de adherencia; a esta cifra le siguen las amas de casa que alcanzan un 72,7% de incumplimiento frente a un 27,3% de seguimiento a las prescripciones facultativas.

Por su parte los jubilados alcanzan el mejor porcentaje de adherencia al tratamiento con un 75% de seguimiento a las prescripciones frente a un 25% de incumplimiento. Este indicador guarda relación directa con la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad, variables que a medida que aumentan arrojan un mayor porcentaje de adherencia por parte de los sujetos, y porque coincidentemente son los jubilados las

personas de mayor edad en la muestra seleccionada y los que más tiempo llevan conviviendo con la diabetes.

Respecto al estado conyugal no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre cumplidores y no cumplidores del tratamiento (Véase Anexo. 14, Tabla 25), no obstante se aprecia que el cumplimiento terapéutico se ve afectado en: los pacientes en concubinato con un 100% de incumplimiento, en los pacientes divorciados donde el 71,4% incumple, y en los pacientes casados donde el 55,2% no sigue las prescripciones. En cuanto a los pacientes solteros no se constatan diferencias en su comportamiento de cumplimiento pues coincide la cifra de cumplidores e incumplidores.

Detectándose finalmente el mejor porcentaje de cumplimiento (100%) en los pacientes viudos, también estos sujetos resultan los de mayor edad en la muestra seleccionada y los que más tiempo llevan conviviendo con la diabetes.

En cuanto a la edad se aprecia que existen diferencias significativas entre cumplidores y no cumplidores del tratamiento y un grupo etáreo y otro (Véase Anexo. 14, Tabla 26). El mayor porcentaje de incumplimiento recae en el grupo de edad de 36 a 50 años con un 79,2% de incumplimiento frente un porcentaje de adherencia de 20,8%. Mientras que logran un mejor cumplimiento de las prescripciones los sujetos de 66 a 80 años, cuestión esta que pudiese atribuirse a la toma de conciencia que en torno a los aspectos de la salud se adquiere en la tercera edad donde el anciano convive en ocasiones con varios padecimientos, hay una presencia más cercana al tema de la muerte y a sufrir complicaciones debido a la diabetes, y unido al declive característico de las reservas funcionales aparecen quejas de muy variadas causas, y la necesidad de la medicación y los cuidados personales devienen un hábito y un ejercicio cuya correcta dosificación favorece las tasas de adherencia en este grupo etáreo. También en este grupo de edad constatamos hay una relación positiva de la adherencia con el tiempo de evolución de la enfermedad, el nivel escolar, y el conocimiento y la actitud asimilados como una toma de conciencia de los riesgos para la salud.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad se constata que existen diferencias altamente significativas entre los pacientes cumplidores y los no cumplidores respecto a dicha variable (Véase Anexo. 14, Tabla 27). En este sentido resulta evidente que la adherencia aumenta a medida que aumenta el tiempo de evolución de esta enfermedad, alcanzándose el mayor porcentaje de incumplimiento 88% en los primeros 3 años, lo cual guarda una relación muy estrecha con el debut, produciéndose luego un incremento escalonado de los porcentajes de adherencia hasta lograrse un 100% de cumplimiento de las prescripciones entre los 10 y 12 años de evolución de este padecimiento. Lo que sugiere guardar estrecha relación con variables como la edad, y sobre todo, con el conocimiento que se desarrolla a medida que se convive más tiempo con un padecimiento crónico.

Los resultados obtenidos anteriormente valiéndonos de las técnicas de comunicación del autocumplimiento aplicadas, aún cuando las mismas representan el procedimiento más común en las investigaciones donde se intenta evaluar el cumplimiento, no permiten arribar a conclusiones fiables sobre la adherencia en tanto no garantizan explorar la verdadera esencia del fenómeno que se investiga, al menos en su dimensión psicológica comportamental. Coincidimos entonces con lo planteado por Martín y Grau (2004) al considerar que “estas técnicas evalúan exclusivamente el cumplimiento del tratamiento y su componente medicamentoso, no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos y estilo de vida.”

Por lo que, teniendo en cuenta las limitantes anteriormente expuestas, y considerando que el tratamiento de la diabetes incluye cumplir, además de la medicación, con indicaciones que llevan a importantes ajustes en los hábitos y estilo de vida, que van desde la puesta en marcha de una dieta adecuada hasta la práctica sistemática de ejercicios físicos; consideramos pertinente añadir a estos resultados el análisis de algunos de los aspectos psicológico comportamentales que modulan la conducta de cumplimiento, así como la exploración del resto de los componentes del tratamiento diabetológico: dieta y práctica de ejercicios físicos.

Para arribar a una caracterización de la adherencia terapéutica, en su dimensión psicológica comportamental, nos basamos en el resultado de las entrevistas y del cuestionario de actitud ante la enfermedad:

Análisis de la entrevista psicológica a los pacientes.

El análisis de la entrevista se realizó a partir de los siguientes indicadores:

Características de personalidad: Al realizar un análisis global de lo expresado sobre este indicador se aprecia un predominio de aquellos sujetos que se autodescriben como ansiosos e irritables, lo cual coincide con lo obtenido en investigaciones científicas consultadas (Castillo, 2008) donde la ansiedad situacional es referida como característica en pacientes diabéticos tipo-II.

También se aprecia la tendencia a la angustia de manera general, y específicamente en el sexo femenino la tendencia es al llanto. La diversidad de rasgos observados durante la entrevista no permite etiquetar a estos pacientes dentro de un tipo u otro de personalidad, sin embargo el predominio de la ansiedad sí sugiere una configuración de la misma que puede caracterizar los momentos de crisis y descontrol metabólico de estos pacientes. Además de que existen un conjunto de restricciones, limitaciones, unido al régimen de auto cuidado, que potencian la respuesta de ansiedad cotidianamente en estos sujetos.

Principales fuentes de información sobre la enfermedad: En relación con esta área de análisis se observa que los sujetos expresan como principal fuente de información sobre su enfermedad al médico, como reflejan las siguientes verbalizaciones:

- *“Creo que un consejo cuando te lo dan de buena fe es aceptable, pero cuando uno está enfermo se tiene que llevar por los que saben y han estudiado, los médicos”.*
- *“Lo que yo tengo es una enfermedad seria, esto no se cura con remedios de viejos, hay que ir al médico y preguntar porque la azúcar alta no perdona”.*

A su vez se aprecia que el 62% de los entrevistados, además de citar al médico, cita a los familiares como fuente de información, siguiendo otro porcentaje que busca

información en los amigos. Resultó visible cómo los sujetos de mayor nivel educacional encuentran en los libros una fuente para conocer sobre su patología, no resultando visible así en las personas mayores de 60 años quienes poseen información procedente de la experiencia personal de enfermedades anteriores o concomitantes. El 100% de la muestra posee necesidad de más información sobre su padecimiento a la par que demuestra un nivel de expectativas alto de aprendizaje al estar recibiendo atención en el centro especializado donde se seleccionó la muestra.

Consideraciones personales sobre el pronóstico de la Diabetes:

Al interrogar a los pacientes acerca de este aspecto la tendencia general de los entrevistados fue hacia dos direcciones fundamentales: a considerar la diabetes como una enfermedad incurable, el 70% de los sujetos, pero a su vez como un padecimiento sobre el cual se puede ejercer control, el 98% de ellos. Estas dos tendencias son a su vez las de mayor acierto en cuanto al conocimiento del pronóstico de la diabetes y expresan un punto de partida para cualquier análisis posterior sobre actitud del sujeto ante la enfermedad y su postura concreta ante el tratamiento.

También sobresale un escaso porcentaje de sujetos que erradamente considera la diabetes una dolencia que tiene cura con recaídas periódicas, lo cual denota falta de conocimiento sobre el pronóstico verdadero y la cronicidad de la diabetes.

Causas de la enfermedad: En relación con esta área de análisis la entrevista arrojó que la mayoría de los entrevistados posee conocimiento de las causas de la diabetes, apreciado en un 94% de los sujetos que expresan que esta enfermedad tiene un componente hereditario al ser transmitida de madre a hijo, llegando incluso en algunos casos a identificar su causa de modo más específico en un mal funcionamiento del páncreas de algún que otro miembro de su familia.

Hay verbalizaciones que ejemplifican cómo algunos sujetos de mayor edad identifican el origen de la diabetes asociado al hábito de ingerir alimentos dulces:

- *“Yo padezco de diabetes porque de niño comía mucho dulce y eso me afectó el páncreas”.*
- *“...Mi tío por parte de madre siempre ha padecido de la azúcar alta, yo no dudo que lo mío venga de ahí porque a él le encanta el dulce y a mí también”.*

En los intercambios observamos cómo el bajo nivel escolar se relaciona con creencias erradas acerca de las causas de la diabetes.

Consecuencias de la enfermedad: Referente a este indicador se pudo apreciar que el 80% de los sujetos ve en la muerte una consecuencia posible de la diabetes agregando que esta puede evitarse siempre y cuando la persona enferma se cuide y según sus propias palabras: *“vigile su azúcar y se cohíba de comer todas las cosas ricas que le pueden hacer daño y descompensar”*.

Otra de las consecuencias referidas con mayor frecuencia son las limitaciones físicas, de manera reiterada mencionan las amputaciones, la pérdida de la visión y los problemas renales asociados a este padecimiento.

El 22% de los pacientes de sexo masculino exponen la disminución en la capacidad de respuesta sexual como una consecuencia de la enfermedad, mientras que por parte del sexo femenino un porcentaje similar refiere que la diabetes ha inhibido en parte los deseos sexuales y ya no responden como antes en la relación de parejas. En este sentido, la literatura refiere que el desbalance endocrino generado por la diabetes en los momentos de crisis suele afectar la respuesta sexual tanto de los hombres como de las mujeres.

Dieta y práctica de ejercicios: Referente a esta área de análisis apreciamos que el 100% de los entrevistados refiere incluir dentro de sus ajustes en el estilo de vida el cumplimiento de la dieta, lo cual se ajusta a los requerimientos del tratamiento de la diabetes. Todos expresan que aunque tratan de respetar los horarios y régimen de alimentación no cumplen estrictamente con estos aspectos del tratamiento, tampoco expresan llevar la vigilancia del peso corporal como un aspecto importante en la dieta ni el consumo estricto de los alimentos recomendados. Por otro lado, a pesar que los sujetos demostraron conocer los tipos de alimentos cuya ingestión produce beneficios para su estado de salud, no demuestran conocer de qué ingredientes no se debe abusar en su consumo, por lo que pasan por alto las restricciones en cuanto al consumo de sal, grasas, y alcohol.

Por otro lado el 56% de los entrevistados no expresa la práctica de ejercicios físicos dentro de sus hábitos, reconociendo tener un comportamiento sedentario unido a la presencia de obesidad como parte de sus hábitos en el 43% de los pacientes. El

porcentaje restante de pacientes menciona como principal práctica de ejercitación el caminar diariamente, una forma de ejercitación que aunque no es realizada de modo planificado, coincide con las prescripciones facultativas. El 100% de los pacientes no valora la ejercitación como el modo efectivo de controlar el peso corporal, de disminuir los niveles de glucosa en sangre y de incrementar la eficacia de la insulina, por lo que tampoco vinculan el ejercicio físico con una manera de reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular, complicación muy frecuente en la diabetes. Del total de pacientes adultos mayores de la muestra sólo el 50% asiste regularmente a áreas terapéuticas o círculos de abuelos para recibir una ejercitación especializada dirigida, acorde a su edad y condiciones físicas del anciano.

Hábitos tóxicos: Respecto a este indicador se aprecia que el 56% de la muestra ingiere café de forma regular, varias veces al día, aspecto este vinculado a la idiosincrasia y la cultura alimenticia de los entrevistados. Mientras que cinco sujetos del sexo masculino (10% de la muestra) reconocen consumir alcohol. Al profundizar en este aspecto dichos sujetos refieren que consumen alcohol desde antes de diagnosticárseles la enfermedad y que aun cuando no expresan dependencia a esta sustancia lo hacen en bajas dosis, porque lo disfrutan, y sólo en ocasiones sociales, no observándose no obstante una conciencia de los riesgos de este comportamiento con relación a su enfermedad. El 6% de los entrevistados (2 masculinos y un representante del sexo femenino) expresa adicción al cigarro, los mismos plantearon que esta adicción se exacerbó en ellos durante el debut de la enfermedad, sin embargo sólo un sujeto expresa expectativas de abandonar el hábito a partir del trabajo educativo que recibe en el centro especializado donde son atendidos los pacientes que integran la muestra.

Conflictos psicológicos y síntomas emocionales vivenciales: Al analizar este importante aspecto apreciamos que la mayoría de los pacientes (78%) valoran estar bajo la incidencia de estrés, sobresaliendo los sujetos con vínculo laboral y aquellos sujetos de los que depende el sostenimiento económico de su familia. En el caso de los pacientes jubilados (24% de la muestra) el estrés guarda relación con la inquietud por la aparición de complicaciones de la propia enfermedad y la concomitancia con otras enfermedades crónicas. Además, la complejidad y la falta de coherencia entre

las demandas diarias de la realidad y del tratamiento, así como los fracasos ante la obtención de una respuesta terapéutica deseable, constituyen una fuente generadora de estrés mantenido en estos sujetos.

Lo que caracteriza a los pacientes entrevistados es la presencia de ansiedad, depresión, sentimientos de angustia, preocupación por la enfermedad, miedo, y la tendencia al llanto; resultados que no difieren totalmente con lo obtenido en estudios sobre el funcionamiento emocional del paciente diabético tipo-II:

Las emociones negativas suelen ser habituales entre estos pacientes, con mayor incidencia de la depresión (91.1%) y la ansiedad situacional (51.1%) además de sentimientos de pérdida del control emocional (Castillo, 2008).

También relacionado con este aspecto, datos de estudios científicos encontrados en la literatura refieren que los trastornos de personalidad, trastornos del ánimo como la ansiedad y depresión afectan negativamente la adherencia terapéutica. (Merino y Gil, 2001)

En sentido general el 88% de los sujetos entrevistados refiere sentimientos de ansiedad, y el 40% refiere sufrir depresión.

La preocupación por la enfermedad es referida por el 92% de la muestra, dicha preocupación se vincula al peso económico que representa para la familia los requerimientos de la dieta, las complicaciones que aparecen a medida que avanza el tiempo de convivencia con este padecimiento, y el peligro que el mismo representa para la vida expresado por el 84% de los sujetos, preocupación que genera la vivencia de emociones negativas como la angustia expresada por el 58% de los sujetos, el miedo referido por el 54% de estos, y la inquietud referida por el 46% de la muestra.

En porcentajes menores los sujetos refieren la presencia de disgustos e irritabilidad, debido a las limitaciones y el estilo de vida que les impone el padecimiento crónico. Ningún sujeto reconoce la presencia de traumas producto a la diabetes. Las

principales causas de la sintomatología emocional están relacionadas con las restricciones en la dieta, la necesidad de inyectarse insulina diariamente en los diabéticos tipo-I, la recomendación de efectuar ejercicios físicos de forma regular, y la frecuencia a que se ven obligados a visitas médicas, lo cual se refiere a la complejidad del régimen terapéutico descrito por varios autores. (Hunter, Hamera, O'Connell y Heilman, 1985; Glasgow, McCaul y Schafer, 1986; Wing, Epstein, Nowalk y Lamparski, 1986; Beléndez y Méndez, 1995; Amigo, Fernández y Pérez, 1998)

En sentido general se constata el predominio de emociones negativas en los pacientes diabéticos entrevistados, las cuales matizan y tonifican en alguna medida el resto de sus vivencias. Discretamente una pequeña parte de la muestra reconoce vivencias positivas tales como alegría, satisfacción y orgullo, vivencias emocionales que se dan de manera situacional. Al profundizar en este aspecto la mayoría de los entrevistados no considera la posibilidad de ser feliz padeciendo una enfermedad que es para toda la vida, que los limita y constituye una constante amenaza para su bienestar. En este sentido, Castillo (2008) arriba a conclusiones con las que coincidimos:

“Lo anterior es indicador de la tendencia que existe en este tipo de pacientes a identificar las situaciones generadoras de displacer por su significado de manera genérica, lo que se revierte en constantes rumiaciones referentes a su enfermedad que inciden directamente en el estado emocional negativo que vivencian”.

Tipo de tratamiento que se le indicó: En relación con esta área de análisis la entrevista arrojó que el 88 % de la muestra posee tratamiento farmacológico de tabletas hipoglicemiantes orales además de la prescripción de dieta y ajustes en el estilo de vida, específicamente la obligación de realizar ejercicios físicos. El 12% de los pacientes son diabéticos tipo-I y su tratamiento se basa en la administración directa de insulina, además de dosis pequeñas de tabletas hipoglicemiantes, y dieta.

Adherencia terapéutica: al abordar directamente con los entrevistados sus consideraciones acerca de los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico y las principales barreras, obtuvimos:

Los factores que contribuyen al cumplimiento del tratamiento, según lo expresado por los sujetos, se resumen en cuestiones que tienen que ver con: la organización de los servicios de salud, características de personalidad, características del tratamiento, la disponibilidad de recursos económicos y el apoyo familiar. La mayoría de los factores reiterados por los pacientes tienen un carácter subjetivo constituyendo configuraciones psicológicas que modulan el comportamiento del individuo hacia una conducta salutogénica en relación con su enfermedad, tales como la disciplina, el interés y la organización. Estas ideas apuntan hacia una cuestión de gran importancia en la adherencia terapéutica: la implicación personal y la participación activa, consciente y voluntaria del paciente en el cumplimiento a partir de un conjunto de predisposiciones personales como son, ser disciplinado (expresado por el 94% de los sujetos), la fuerza de voluntad (expresada por el 86% de los sujetos), el interés y la organización personal (expresada por el 84% de los sujetos), así como la capacidad de autocontrol personal (referida por el 44% de los pacientes).

Concerniente a la organización de los servicios de salud, el 66% de los sujetos plantea que no se pueden atender siempre con el mismo médico, y por tanto dichos cambios en el profesional de asistencia genera la incomodidad de repetir la historia de la enfermedad cada vez que requieren atención. El 76% de los pacientes señaló además que no siempre el médico orienta adecuadamente el tratamiento, falta explicación e información detallada de la conducta a seguir y del tratamiento.

Con relación a las características del tratamiento que los pacientes perciben como factores que interfieren el cumplimiento, el 84% de los entrevistados se refiere a los efectos secundarios de la medicación, experimentados como síntomas molestos que causan temor e incomodidad, incluso depresión. El 100% de los pacientes tipo-I (6 sujetos) hace alusión a la necesidad de inyectarse diariamente, además de las dificultades para conseguir las jeringuillas y agujas para insulina. Por su parte el 88% de la muestra, que a su vez representa el 100% de los pacientes diabéticos tipo-II, consideraron que la dieta se caracteriza por ser muy rigurosa y difícil de cumplir, aludiendo dificultades respecto a la disposición de los alimentos para conformar una dieta estable, equilibrada y que se adecue a sus necesidades de calorías, así como

la afección por alimentos que no ayudan al control metabólico como los dulces. Otro aspecto referido con mucha frecuencia es que a medida que se prolonga el tiempo de convivencia con la enfermedad el tratamiento se convierte una carga rutinaria en la vida de estos pacientes, el 86% de los cuales expresa percibir cansancio por lo que en ocasiones no cumplen con todas las prescripciones o lo abandonan, específicamente por sentirse bien y/o por experimentar síntomas desagradables derivados de la medicación. Este resultado anterior coincide con lo expuesto por Haynes (1976), quien concluyó que la adherencia disminuía a medida que la terapia se alargaba.

Los obstáculos para acatar los esquemas o regímenes terapéuticos mencionados con más frecuencia por los entrevistados fueron tener dudas o no comprender las instrucciones impartidas por el médico, la preocupación acerca de las reacciones adversas de la medicación y dificultades para conseguir los medicamentos (tabletas hipoglucemiantes) y las jeringuillas y agujas para la administración de la insulina. Estas barreras, que impiden el correcto control de la glicemia, se observaron en mayor medida entre los pacientes que refirieron episodios de hiperglicemia y en todos los diabéticos tipo-I.

Por otra parte, al interrogar directamente a los pacientes sobre qué estimación personal poseen sobre su grado de adherencia, obtuvimos:

De los sujetos entrevistados el 60% (30 pacientes) admitieron que no cumplían con las prescripciones farmacológicas. Entre las causas de tal incumplimiento los entrevistados mencionan el olvido, el sentirse bien, y el sentirle mal las pastillas llegando a sentir reacciones de malestar e incomodidad. En este sentido el incumplimiento se caracteriza por ser intencional en tanto este porcentaje de sujetos voluntariamente deja de tomar la medicación por sentirse bien o cuando le sienta mal la medicación. También el incumplimiento tiene un carácter parcial, y por otro lado involuntario toda vez que los sujetos refieren el olvido como causa del mismo.

Sin embargo los pacientes con tratamiento de insulina por lo general expresaron una mejor postura al cumplimiento medicamentoso enfatizando en lo doloroso de

pincharse diariamente y las dificultades que atraviesan para procurarse jeringuillas y agujas.

El 48% de la muestra expresa no seguir de manera estricta con la dieta indicada, alegando a modo de causas del incumplimiento el peso económico que representa garantizar los requerimientos de una dieta equilibrada, también se refieren en su mayoría al rigor de la dieta, y a la avidez y tentación por consumir alimentos que no ayudan al control metabólico, como los dulces. El 10% de la muestra reconoce violar alguna vez la dieta debido al consumo alcohol.

El 56% de los entrevistados reconoce no practicar ejercicios físicos como un hábito incorporado a su estilo de vida, asociando este incumplimiento al sedentarismo unido a la obesidad en el 43% de los pacientes. La principal forma de ejercitación mencionada fue caminar diariamente. Respecto a este resultado la literatura sostiene que cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilo de vida, la tasa de incumplimiento supera el 45%. (Rodríguez-Marín, 1995)

Acerca del cumplimiento de las prescripciones, la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece estar bastante ajustada a la realidad y, en consecuencia, puede considerarse confiable a los fines de la investigación. (Barra, 2003; Basterra, 1999; citado por Martín y Grau, 2004)

En cuanto al grado de adherencia descrito en la diabetes, las estadísticas que intentan cuantificarlo expresan que puede variar de un 20 a un 80% en los pacientes con regímenes de insulina; 65% hacia las indicaciones dietéticas; de un 57 a un 70% para el caso de las mediciones de glucosa; de un 19 a un 30% para las indicaciones de actividad física y se ha reportado que apenas un 7% de los pacientes diabéticos cumple con todos los aspectos de su régimen. (Lutfey y Wishner, 1999; Wens, Vermeire, Royen, Sabbe, y Denekens, 2005). Lo anterior nos da una idea del valor que tiene la información aportada por estos sujetos sobre su grado de cumplimiento de las prescripciones.

Percepción de apoyo social: En relación con este aspecto, el 88% de los pacientes expresó recibir apoyo familiar a través de una red de apoyo de familiares y amigos. El 16 % de los pacientes expresó recibir una atención excesiva con tendencia a la sobreprotección por parte de su familia. Las exigencias de la enfermedad y sus características convierten a familiares y amigos en una importante fuente de ayuda a la hora de cubrir las necesidades y de exigir el cumplimiento de todos los componentes de su tratamiento.

Análisis de la entrevista al familiar.

El 100% de los familiares de los pacientes diabéticos, al referirse a aspectos de la historia de la enfermedad del paciente relatan hechos o recuerdan eventos vitales que están estrechamente vinculados al debut de la enfermedad, así como a los momentos de descontrol metabólico. Los eventos más referidos tienen que ver con la muerte de un familiar próximo al paciente o de un amigo, problemas en el área laboral como inspecciones económicas y disgustos derivados de medidas disciplinarias, la vivencia de un accidente, y problemas personales como el divorcio.

La mayoría de los familiares de los pacientes diabéticos (66%), reconoce la existencia de antecedentes patológicos familiares, en unos casos el factor hereditario está en padres diabéticos y en otros en algún hermano con esta dolencia. En cuanto a los factores de riesgos que los familiares más identifican está la obesidad (62%), y los inadecuados hábitos dietéticos (58%).

En cuanto a los aspectos sobre la personalidad, los familiares de los pacientes diabéticos expresaron la presencia de cambios frecuentes en el estado anímico del familiar enfermo, describiendo también en dichos pacientes expresiones de ansiedad y depresión con episodios de apatía, inseguridad y tristeza. Todos los familiares refieren que el enfermo tienen un comportamiento al que lo limita característicamente su tendencia al cansancio y la fatiga, lo cual genera en los familiares más cercanos y convivientes sentimientos de lástima hacia el enfermo (70% de la muestra), situación que se acentúa en momentos de crisis por descompensación. Los mismos también

mencionan la resignación como una forma de comportamiento característico en dichos pacientes. Por lo general los familiares atribuyen estas características y sintomatología al esfuerzo que representa para los sujetos los ajustes en el estilo de vida a que los obliga la enfermedad y a las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento de forma satisfactoria.

En este sentido, la generalidad de los familiares refiere que la queja más común del enfermo diabético es: *“no poder comer todo lo que se le antoje ni en las cantidades deseadas”*, según verbalizaciones emitidas reiteradamente durante las entrevistas. También los familiares de los pacientes de edad más avanzada refieren que estos se tornan quisquillosos en relación a la alimentación y el temor a la descompensación, cuestiones que influyen en su adhesión al tratamiento. Por su parte los familiares de los pacientes diabéticos tipo-I refieren que la queja más frecuente de estos tiene que ver con la incomodidad de pincharse diariamente.

El 90% de los familiares refiriere que el pariente enfermo posee una actitud inadecuada respecto a su condición de enfermo crónico. Entre los aspectos coincidentes referidos por los familiares se destacan: el paciente no acepta su condición de enfermo crónico y por lo general tiende a minimizar la importancia del tratamiento adoptando un rol pasivo y poco protagónico respecto a su tratamiento, caracterizado además por su escasa colaboración respecto a las demandas de su enfermedad, lo cual lo lleva a no cumplir estrictamente con la dieta y la medicación, violando horarios y omitiendo dosis y hasta manteniendo posturas sedentarias, este último aspecto es expuesto por los familiares de los pacientes de edad más avanzada.

Otro elemento que demuestra lo inadecuado de la actitud de estos pacientes, según expresa el 66% de los familiares, radica en que el enfermo se muestra preocupado por su enfermedad y por el hecho de que la misma representa una carga para su familia. En este sentido los entrevistados refieren que por lo general el enfermo experimenta sentimientos de culpa asociada al gasto económico que su enfermedad genera en el hogar y por el estado de vigilancia que esta provoca en los miembros de la familia; sin embargo dichas preocupaciones no conducen al sujeto a adoptar una

postura activa y de colaboración para cumplir con los requerimientos de su tratamiento. Por otra parte, los familiares indican que la gran mayoría de los pacientes han cambiado sus intereses producto de las limitaciones psicológicas y físicas las cuales no les permiten hacer las cosas que antes formaban parte de sus motivaciones.

Al abordar lo relacionado con el cumplimiento terapéutico, podemos concluir que la mayor parte de los familiares (82% de la muestra) no ve a su familiar diabético como cumplidor de las prescripciones. Lo cual se acerca a lo referido también por los familiares del paciente diabético en estudio consultado, (Castillo, 2008) en el cual el 85% de los familiares valoran la presencia de una baja adherencia terapéutica en el enfermo diabético tipo-II.

Lo que caracteriza el incumplimiento, a partir de lo descrito por los familiares entrevistados, es que el paciente pasa por alto la necesidad de efectuar restricciones dietéticas, de tomar la medicación de manera estable, y de practicar la ejercitación física con la frecuencia necesaria. En el caso de los pacientes diabéticos tipo-I, sus familiares (100%) los describen como más responsables para cumplir con lo que consideramos “el componente más doloroso” de su tratamiento: la autoadministración de la insulina; sin embargo sus familiares los describen como más reacios para seguir a cabalidad con la dieta, y con un comportamiento que tiende al autocuidado del cuerpo, aspecto que guarda relación con el temor de estos pacientes a sufrir complicaciones producto de lesiones y heridas.

Similar a lo descrito por Castillo (2008), en la mayoría de los casos se evidenció la existencia de apoyo familiar lo cual es un elemento clave en el control metabólico de la enfermedad en tanto propicia un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

Análisis de la entrevista al médico.

La información recopilada en la entrevista fue aportada por el especialista de primer grado en Endocrinología que realiza trabajo de consulta en el Centro de Atención y

Educación al paciente diabético de Villa Clara. Dicho especialista refirió información sobre las características generales de la Diabetes Mellitus en tanto padecimiento crónico y sus indicadores clínicos; enfatizando en los exámenes clínicos complementarios que se les realizan a los pacientes para monitorear su funcionamiento metabólico. Según el entrevistado, los pacientes diabéticos que asisten al centro de atención y educación donde se desarrolló la investigación, llegan al mismo por remisión médica a partir de un mal control metabólico, para confirmar el diagnóstico; o por interés personal, con el objetivo de conocer acerca de la enfermedad y recibir educación diabetológica por el equipo multidisciplinario de dicho centro asistencial.

El entrevistado también refiere que los pacientes diabéticos son sometidos periódicamente a una serie de exámenes que evalúan los parámetros que indican los desajustes desde el punto de vista endocrino. Los exámenes más frecuentes son: la glicemia (en ayuna y postprandial), el colesterol, los triglicéridos, así como el control de las cifras de presión arterial. Sólo en algunos casos, según la historia evolutiva que ha tenido la enfermedad, se indica examen del ácido úrico.

Al decir del especialista entrevistado, los pacientes diabéticos desde el punto de vista psicológico se caracterizan por ser sujetos ansiosos, especialmente durante el debut de su enfermedad y en momentos de descontrol metabólico. La tendencia a la depresión también es algo característico en ellos, asociada no sólo a la vivencia de sentir la enfermedad como una amenaza constante para la vida, sino también al escaso conocimiento que poseen sobre su afección. La depresión aparece de manera más visible y florida particularmente en períodos críticos del curso de la enfermedad como lo es la concomitancia con otras patologías derivadas de la propia diabetes, como suelen ser las alteraciones genitourinarias, el síndrome del pie diabético, la retinopatía diabética, la nefropatía diabética, etc.

Por otra parte, al abordar lo relacionado con el cumplimiento terapéutico, expresó que por lo general estos pacientes poseen una baja adherencia terapéutica, planteando como excepciones aquellos casos que han presentado previamente

complicaciones importantes de la diabetes o que han vivenciado de cerca la muerte de algún familiar como consecuencia de padecer también la enfermedad.

Referente a la adherencia terapéutica, el médico también identificó como una característica de estos pacientes la gran necesidad de atención por parte de quienes lo rodean. Refirió que independientemente de la actitud del paciente, resulta vital para el éxito del tratamiento y el mantenimiento de su calidad de vida el apoyo de las redes sociales y en especial de la familia. Consideró que el apoyo social contribuye a incrementar la ejecución de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas. También expresa que en aras de mejorar el cumplimiento de las prescripciones resulta importante que el enfermo de diabetes lleve una vida ordenada, y que se discipline y gane en autocontrol personal.

Al solicitársele sus consideraciones sobre los factores de la estructura sanitaria que afectan la conducta de cumplimiento por parte de los pacientes, reconoció que existen fallas en la organización de la atención a la enfermedad de origen subjetivo y objetivo. En este sentido menciona el tiempo de espera para ser atendido, la burocratización asistencial, discontinuidad de los cuidados por el mismo profesional el cual no puede dar un seguimiento menos espaciado en el tiempo debido a la carga asistencial que posee, son barreras que influyen negativamente en que el paciente diabético cumpla con las recomendaciones de salud.

Refiriéndose a los factores subjetivos que atentan contra la adherencia, el especialista refiere que en la relación con el paciente, este último tiene que percibir al profesional como una persona competente, confiable, empática, con una reputación profesional. También considera importante en la relación con el paciente la pertinencia y claridad de criterios y sugerencias que emita como profesional, unido al trato adecuado que brinde y el interés que demuestre el facultativo por ayudar y comprender las quejas de su paciente.

Concluyendo, el especialista destacó algunas características del afrontamiento a la enfermedad por estos pacientes, a los que describe como poco optimistas, preocupados por su escasa esperanza de vida, negativistas y evasivos con todo lo

que implica la enfermedad. Ese negativismo incluye a su juicio el rechazo a médicos, dieta, y los componentes del tratamiento.

Análisis de los resultados del Cuestionario de Actitud ante la Enfermedad.

El análisis del cuestionario se realizó a partir de las siguientes esferas:

1) Conocimiento de la enfermedad.

Los pacientes objeto de investigación son atendidos en el Centro de Atención y Educación al paciente diabético de Villa Clara, llegando al mismo por remisión médica a partir de un mal control metabólico, para confirmar el diagnóstico, o por interés personal con el objetivo de conocer acerca de la enfermedad y recibir educación al respecto.

En el análisis de esta esfera entonces resulta importante partir, por un lado, de que existe un reconocimiento generalizado por parte de los sujetos que integran la muestra de que sus conocimientos sobre la diabetes aún son escasos, y por otro lado, partir de evaluar positivamente el papel activo que demuestran los sujetos en relación a la motivación por incrementar su nivel de información sobre su patología en tanto admitieron que el conocimiento sobre su enfermedad deviene elemento fundamental para mantener la salud y evitar complicaciones.

Al analizar con profundidad el elemento conocimiento de la enfermedad, se constata que la principal fuente de información referida por los sujetos procede de “médicos” (92% de la muestra), siguiéndole la información suministrada por “familiares” (64%), y la facilitada por “amigos” (30%). Sólo el 28% de la muestra, que agrupa a los sujetos de mayor nivel educacional, refirió los “libros” como fuente de información; y un 26% que adquiere información a partir de la experiencia personal de enfermedades anteriores.

Referente a sus consideraciones sobre el pronóstico de la enfermedad, se observa que ningún sujeto considera “curable” su padecimiento. Sin embargo sólo el 70% la

considera “incurable”. Llama la atención que el 6% de la muestra estudiada considere a la diabetes una enfermedad “curable con recaídas”, a la vez que el 98% la considere un padecimiento “controlable”. Este último aspecto representa un indicador que favorece el análisis sobre la actitud de este grupo de pacientes ante su enfermedad. No obstante al integrar estos resultados apreciamos un escaso conocimiento acerca del pronóstico verdadero de la diabetes.

Al evaluar lo referido sobre las causas de la enfermedad, se aprecia también un escaso conocimiento sobre las mismas. Pese a que el 70% considera el factor heredo familiar de transmisión “madre a hijo” causa de la diabetes, el hecho de que todos los pacientes no lo consideren así ya es prueba de que existe desconocimiento, el cual es aportado por el 30% de la muestra que considera el factor “sanguíneo” como causa de esta dolencia crónica. A pesar de que acertadamente ningún sujeto considera que su enfermedad es causada por la “transmisión sexual”, no se aprecia un conocimiento certero de las causas de la enfermedad.

En cuanto al conocimiento sobre hábitos tóxicos y dieta, se pudo constatar también escasos conocimientos. A pesar que el 88% de la muestra apunta entre los requerimientos de la enfermedad el cumplimiento de una dieta, apreciamos la presencia de hábitos tóxicos como el consumo de “café” (56%) y “alcohol” (10%) en estos sujetos. El consumo referido de “grasas” (16%), “sal” (8%), “carne” (4%), y “huevo” (4%) no permite arribar a conclusiones de valor en tanto esta prueba no recoge las cantidades, tipos para el caso de las grasas y la carne, ni la frecuencia en que estas son ingeridas por los encuestados. Sin embargo apreciamos la presencia de obesidad referida por el 46% de la muestra, y de sedentarismo, por el 56%. Estos dos últimos elementos apuntan a la necesidad de que este porcentaje de sujetos preste mayor atención al componente “ejercitación física” del tratamiento de la diabetes.

Referente a la presencia de conflictos psicológicos, emocionales, afectivos; se constata según lo aportado por los sujetos, el predominio de la “ansiedad” (88%) y de estrés (78%), aspecto que coincide con lo obtenido en investigaciones científicas

consultadas, en este sentido Castillo (2008) describe la ansiedad situacional, la depresión, el estrés, y la pérdida del control emocional como las emociones negativas habituales en estos pacientes. Tales emociones afectan las posibilidades que tiene el paciente para seguir las indicaciones de salud prescritas en su tratamiento.

Además, otro conflicto referido por los pacientes se asocia a la “muerte” (84%). Algo que caracteriza al enfermo de diabetes es el hecho de percibirse a sí mismo como personas con una esperanza de vida limitada respecto a los demás, rasgo que determina el manejo de un núcleo medular en el afrontamiento a la enfermedad, que es precisamente el temor a la muerte. Por otro lado de este análisis, apreciamos que sólo el 26% de la muestra refiere ser afectado por la presencia de “disgustos”.

Al someter a evaluación lo referido sobre las consecuencias de la enfermedad, se constata también escaso conocimiento sobre las mismas, las cuales resultan minimizadas por estos sujetos, quizás como un mecanismo de defensa morboso en su afrontamiento a la enfermedad. Particularizando, las “limitaciones físicas” resultan la principal consecuencia descrita por los encuestados (94%), a lo que siguen las “limitaciones psicológicas” (88%), y la “muerte” (68%). Ningún sujeto se refiere a la “pérdida del puesto de trabajo” como una posible consecuencia de la enfermedad, mientras que apenas un 20% alude la “disminución en la efectividad para resolver los problemas familiares”, y un 4% que plantea que la enfermedad no produce “ninguna consecuencia”.

Al valorar integradamente estas consideraciones, se observa que la muestra estudiada presenta un escaso conocimiento de la enfermedad al no dominar a cabalidad los aspectos asociados al pronóstico, las causas y consecuencias de esta, así como los aspectos referidos a los hábitos perjudiciales, las restricciones para una correcta dieta, y los conflictos psicológicos derivados de la enfermedad.

Se aprecian diferencias significativas entre los pacientes cumplidores del tratamiento y los incumplidores con relación a las causas que atribuyen a la diabetes (Véase

Anexo. 15, Tabla 33), lo cual permite reafirmar el escaso conocimiento que poseen estos pacientes de su enfermedad.

2) Síntomas emocionales y vivenciales.

Al referirse a los síntomas experimentados ante la crisis de su enfermedad el 92% refiere sentirse “preocupado”, el 86% refiere sentir síntomas de “ansiedad”, mientras que el 82% refiere sentimientos de “depresión”.

En el caso del sexo femenino llama la atención su tendencia a mostrarse “lloroso”, lo cual coincide con los hallazgos de Castillo (2008) al estudiar el funcionamiento emocional en pacientes diabéticos tipo-II, quien además obtuvo: “Entre los síntomas más frecuentes en la esfera psicológica: olvidos frecuentes (31%), sensación de cansancio (29%), insomnio (28%), apatía (17%) e irritabilidad (37%)”. Resultados estos muy similares a lo observado en el presente estudio.

El resto de los síntomas más referidos son el mostrarse “inquieto” (46%), y “angustiado” (40%). Llama la atención también que un 22% de la muestra estudiada expresó síntomas de “falta de iniciativa”, lo cual expresa cuán afectado por la enfermedad resulta el componente volitivo del comportamiento de estos enfermos de cara a las exigencias tan complejas del régimen de tratamiento y las posibilidades para cumplir con sus demandas.

Referente a la forma en que expresan estos síntomas, se aprecia que los sujetos expresan tres maneras de hacerlo. El 54% expresó expresar sus síntomas “con miedo”, mientras que el 42% de los sujetos estudiados expresó que “prácticamente sus síntomas no le afectan”, este resultado en tanto expresa una mejor actitud ante la enfermedad, favorece las posibilidades de estos sujetos para adecuarse a las exigencias del tratamiento y en consecuencia, cumplir con todos sus componentes. Mientras que el 4% de los sujetos manifestó expresar su sintomatología “con mucho miedo”, actitud que no favorece las posibilidades de cumplir adecuadamente con todos los componentes de su tratamiento, imaginemos esta postura en el paciente insulino dependiente que debe inyectarse diariamente para tener una idea de cuánto limita esta actitud la conducta de cumplimiento de las prescripciones.

Al evaluar cuáles de los síntomas limitan la actividad diaria del sujeto, se observa que el 90% refiere “miedo”, seguido por 80% que expresa “calor y fogaje”. En la literatura se describe el miedo a la hiperglicemia y a las posibles complicaciones de la enfermedad. El resto de los síntomas enunciados por los pacientes constituyen manifestaciones psicósomáticas de la ansiedad presente en un porcentaje considerable de la muestra estudiada, sobresalen las “sudoraciones” (74% de la muestra) y “palpitaciones” (12% de la muestra), también se agregan el “dolor de cabeza” (68% de la muestra), el “insomnio” (56% de la muestra), y la “fatiga o cansancio” (46% de la muestra).

El 46 % de la muestra estudiada también refiere “fatiga”, un síntoma frecuente en momentos de descontrol metabólico que también afecta el componente volitivo del comportamiento de estos enfermos, y que puede impactar negativamente las posibilidades para cumplir con las demandas de su tratamiento.

Al valorar integralmente lo que representan estos síntomas para el enfermo, se concluye que tanto la forma en que los sujetos estudiados se sienten ante la crisis, como el modo que utilizan para expresar su sintomatología, producen limitaciones importantes en su vida diaria que determinan su “inadecuada actitud ante la enfermedad”, lo cual incide negativamente sobre el grado de participación activo del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar la adherencia al tratamiento.

Se aprecian diferencias significativas entre los pacientes cumplidores del tratamiento y los incumplidores con relación al modo con que expresan su sintomatología (Véase Anexo. 15, Tabla 34), lo cual reafirma la presencia de una actitud inadecuada ante la enfermedad.

3) Visión de la Enfermedad.

Referente a esta esfera el 54% de los sujetos refiere una visión “algo preocupante” de su enfermedad, mientras que el 52% ve su patología como “angustiosa”. Por otro lado el 12% de la muestra refirió tener una visión “muy preocupante” de su

padecimiento, postura que sin dudas puede resultar una limitante psicológica que no favorece la efectividad para resolver problemas de la vida diaria.

En cuanto a la frecuencia con que la enfermedad preocupa a los sujetos, se constata que el 64% plantea que su enfermedad le preocupa “a menudo”, el 18% refiere que su patología le preocupa “diariamente”, el 10% refiere que “muy a menudo”, mientras que el 8% plantea que su enfermedad “casi nunca” le preocupa. No obstante la frecuencia expresada en estos resultados sí consideramos que la generalidad de los pacientes muestra preocupación por su enfermedad.

Al analizar la frecuencia con que habla de su enfermedad, se observa que el mayor porcentaje (82%) refiere hablar al respecto “diariamente”, el 66% por su lado refiere que lo hace “varias veces a la semana”, mientras tanto el 22% expresa “casi nunca” hablar de su patología, y el 10% concluyó hablar de su enfermedad “varias veces al día”.

Deteniéndonos en la manera con que el sujeto se conduce ante la vida, se aprecia que el 56% considera conducirse de forma “optimista”, lo cual favorece la actitud del sujeto ante la enfermedad así como su conducta de cumplimiento. Sin embargo el 18% considera conducirse de forma “pesimista”, lo cual obstaculiza las posibilidades del sujeto para cumplir las demandas de su tratamiento.

Por otro lado el 22% de los pacientes estudiados refiere “no preocuparse excesivamente”, el 20% refiere conducirse de modo “reservado” ante la vida, y el 14% que refiere “estar insatisfecho”.

Aún cuando ningún sujeto sostiene no preocuparse por sus problemas, lo cual demostraría una manera descuidada de conducirse ante la vida, lo expresado por los mismos sugiere la presencia de conductas de riesgo en relación a la enfermedad, que pueden llegar a enmascarar ideas asociadas al suicidio de no atenderse oportunamente, sobre todo si tomamos en consideración que el núcleo medular en el afrontamiento a la diabetes es precisamente el temor a la muerte. En este sentido no resulta desacertado asociar la tendencia al incumplimiento terapéutico -en tanto

constituyen violaciones reiteradas de las conductas de autocuidado- con una etapa que antecede el desarrollo de un comportamiento suicida.

Otro aspecto que influye en la visión que estos pacientes tienen de la enfermedad guarda relación con el apoyo social que perciben. En este sentido se observa que el 16% de los pacientes estudiados refiere que amigos y familiares “se preocupan excesivamente por el mismo”, mientras que el 82% plantea que amigos y familiares mantienen una “actitud adecuada”. Resulta interesante constatar que el 2% de la muestra refiere que amigos y familiares mantienen una actitud que “molesta” al paciente. Por otro lado ningún sujeto alude la indiferencia y la falta de preocupación por parte de amigos y familiares.

Al valorar integradamente todos estos aspectos, se concluye que la frecuencia con que los sujetos hablan de la enfermedad, la frecuencia con que esta les preocupa, el modo en que se conducen ante la vida, así como la actitud de amigos y familiares, favorece que los pacientes estudiados posean una visión desfavorable de la enfermedad, la cual los limita psicológicamente, a la vez que no favorece la efectividad para resolver problemas de la vida diaria, ni adoptar una actitud positiva respecto al cumplimiento de su régimen de tratamiento.

La actitud, en tanto categoría psicológica, comprende una dimensión y es difícil de modificar. La misma tiene en sí tres componentes: el afectivo que le da el carácter emocional, el cognoscitivo que son los conocimientos que se poseen del objeto de la actitud, y el conativo que constituye lo que el sujeto hace, su forma de actuar; este ayuda si está a favor y arremete si está en contra.

Se aprecian diferencias significativas entre los pacientes cumplidores del tratamiento y los incumplidores con relación a: la visión “angustiosa” de la enfermedad (Véase Anexo. 15, Tabla 35), la visión “algo preocupante” de la misma (Véase Anexo. 15, Tabla 37), el conducirse de modo “pesimista” ante la vida (Véase Anexo. 15, Tabla 38), y con relación al modo “optimista” de conducirse ante la vida (Véase Anexo. 15, Tabla 39).

En este sentido los sujetos que manifiestan tener una visión angustiosa de su enfermedad y que además se conducen de modo pesimista ante la vida resultaron incumplidores tratamiento. Sin embargo los sujetos que expresaron conducirse de modo optimista ante la vida y que además tienen una visión “algo preocupante” de su enfermedad resultaron adheridos al tratamiento. Los sujetos que expresaron poseer una visión “muy preocupante” de su enfermedad también resultan en su mayoría cumplidores del tratamiento, pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

También se aprecian diferencias significativas entre los pacientes cumplidores del tratamiento y los incumplidores con relación a la preocupación que perciben desde familiares y amigos (Véase Anexo. 15, Tabla 44). De esta forma, referente a los pacientes incumplidores, se observa que los familiares y amigos se preocupan excesivamente por los mismos e incluso llega a resultar molesta dicha preocupación para estos pacientes. Mientras que respecto a los pacientes con adherencia terapéutica los familiares y amigos mantienen una actitud adecuada.

Análisis integral de los resultados de la investigación.

Integrando los resultados obtenidos mediante la aplicación de las técnicas empleadas en la investigación y utilizando la triangulación como recurso metodológico, luego de haber partido de un análisis individual de cada categoría para evaluar la adherencia terapéutica, se puede ofrecer un resumen integrador a modo de “caracterización” de la variable estudiada:

- La adherencia terapéutica muestra un peor resultado en el sexo femenino donde el 67,7 % de las mujeres incumple su tratamiento. Este resultado puede justificar en alguna medida el comportamiento de la mortalidad por diabetes mellitus en Villa Clara, donde el sexo femenino muestra una tasa superior que en el caso de los hombres. Sin embargo algunos autores adscriben a la mujer un mejor cumplimiento. (Merino y Gil, 2001)

- Los resultados demuestran que la adherencia al tratamiento es mejor en los pacientes diabéticos tipo-I, de los que el 83,3% se muestran cumplidores. En este sentido se observan diferencias significativas en la adherencia al tratamiento respecto a los diabéticos tipo-II, lo cual se relaciona favorablemente con el régimen terapéutico a que están sometidos los diabéticos tipo-I, cuyo control metabólico depende principalmente de la auto administración de insulina exógena inyectable. A su vez este resultado de la conducta de cumplimiento atrae sobremanera en el plano práctico cuando se valora que el tratamiento con insulina, además de ser más invasivo y doloroso, exige del paciente insulino dependiente mayores esfuerzos y ajustes en sus hábitos y estilo de vida.
- El incumplimiento se incrementa a medida que aumenta el nivel educacional de la muestra estudiada. En este sentido la adherencia al tratamiento es mejor en los sujetos de nivel de escolaridad primario, y peor en los sujetos de nivel pre-universitario. Respecto a esto, autores como Merino y Gil (2001) sostienen que los niveles de instrucción bajos tienden a relacionarse con un peor cumplimiento.
- El resultado anterior coincide con lo obtenido respecto a la edad, donde la adherencia es mejor en las personas de mayor edad (66 y 80 años) siendo a su vez estos sujetos los que menor nivel de escolaridad poseen y los que más tiempo llevan conviviendo con su enfermedad. Este resultado conduce a otorgar valor de influencia sobre la adherencia a configuraciones psicológicas que modulan el comportamiento del individuo hacia una conducta salutogénica en relación con su enfermedad, cobrando un peso fundamental aquí la madurez del anciano, la disciplina, el interés y la organización personal. Estos rasgos apuntan a otorgar también su grado de influencia en la adherencia demostrada al rol activo del anciano en su tratamiento, a su implicación personal, consciente y voluntaria, así como a la capacidad de autocontrol personal. A todos estos aspectos se une el temor a sufrir complicaciones. Junto a la concomitancia con otras enfermedades hay una presencia más cercana en el anciano del temor a la muerte, y unido al declive característico de las reservas funcionales aparecen quejas de muy variadas causas, debido a lo cual la necesidad de la medicación y los cuidados personales devienen un hábito y un ejercicio que favorece las tasas de adherencia en este

grupo etéreo. También en este grupo de edad constatamos hay una relación positiva de la adherencia con el tiempo de evolución de la enfermedad, el nivel escolar primario, la viudez, la jubilación, el modo optimista de conducirse ante la vida, y el poseer una visión “algo preocupante” de su enfermedad.

- La adherencia al tratamiento se relaciona negativamente con el trabajo por cuenta propia, seguido por los técnicos, y las amas de casa. Las mujeres incumplidoras se caracterizan por poseer escasos conocimientos de la diabetes, específicamente de sus causas y pronóstico, en ellas está presente también la ansiedad, la depresión y la tendencia al llanto ante las crisis de descontrol metabólico. El estrés afecta a la mujer como consecuencia de las responsabilidades que la misma tiene en el hogar.
- Los jubilados muestran el mejor resultado de adherencia al tratamiento, indicador que guarda relación directa con la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad, variables que a medida que aumentan muestran un mayor porcentaje de adherencia por parte de los sujetos, y porque coincidentemente son los jubilados las personas de mayor edad en la muestra y los que más tiempo llevan conviviendo con la diabetes. Pese a ello sus conocimientos sobre la diabetes son escasos, poseen una actitud inadecuada ante la enfermedad dados los síntomas que refieren ante la crisis (ansiedad y depresión), el miedo con que los expresan, y el considerar que tanto el miedo, la fatiga, así como la percepción de calor y fogaje limitan su actividad diaria. También en los jubilados predomina una visión “muy preocupante” de su enfermedad que al parecer no interfiere la conducta de cumplimiento de las prescripciones.
- Respecto al estado conyugal la literatura no presenta resultados concluyentes, lo cual obliga a valorar en su defecto la relación de la adherencia con el apoyo social que percibe el paciente. No obstante en nuestro estudio el cumplimiento terapéutico se ve afectado en los pacientes en concubinatos, en divorciados, y en pacientes casados.

- Existe una mejor conducta de cumplimiento del tratamiento en la viudez, también estos sujetos resultan los de mayor edad en la muestra seleccionada, y los que más tiempo llevan conviviendo con la diabetes.
- Con relación al apoyo social, se constató que la adherencia es menor cuando los familiares y amigos muestran una preocupación excesiva por el paciente, y cuando dicha preocupación llega a resultar molesta para estos pacientes. Quedando demostrado que la actitud adecuada de familiares y amigos es un factor que favorece la adherencia terapéutica.
- En la muestra seleccionada resulta evidente que la adherencia aumenta a medida que aumenta el tiempo de evolución de esta enfermedad. Se constata que el incumplimiento es mayor durante los primeros 3 años de padecer esta dolencia crónica, lo cual guarda una relación muy estrecha con el debut y el escaso conocimiento que sobre su patología han desarrollado sus afectados. Al relacionar el cumplimiento con el tiempo de evolución de la enfermedad las diferencias entre cumplidores y pacientes no adheridos al tratamiento resultó altamente significativa.
- La adherencia se ve afectada por el escaso conocimiento de la enfermedad de los sujetos, los cuales no dominan a cabalidad los aspectos asociados al pronóstico, las causas y consecuencias de esta, así como los aspectos referidos a los hábitos perjudiciales, las restricciones para una correcta dieta, y los conflictos psicológicos derivados de la enfermedad.
- En los pacientes incumplidores es característico la presencia de una inadecuada actitud ante la enfermedad, caracterizada por la no aceptación de su condición de enfermo crónico, y que se ve potenciada por la presencia de estrés, preocupación, ansiedad y depresión como síntomas demostrados característicos del funcionamiento emocional del paciente diabético (Castillo, 2008), y que obstaculizan la adherencia al tratamiento.

- Otro factor que no favorece la adherencia terapéutica se demostró estar relacionado con el modo en que los pacientes expresan sus síntomas, resultando el miedo la manera de expresión que más favorece el incumplimiento terapéutico.
- En cuanto a los síntomas que limitan la actividad diaria que más favorecen el incumplimiento de las prescripciones sobresalieron: el miedo, la percepción de “calor y fogaje”, la fatiga, así como otras manifestaciones somáticas de la ansiedad como las palpitaciones y la sudoración.
- La visión angustiosa y muy preocupante de la enfermedad, unido al modo pesimista de conducirse ante la vida resultaron no favorecedores de la adherencia en los pacientes estudiados.
- Valiéndonos de lo expresado por los pacientes, familiares y personal médico, apreciamos que los tres componentes fundamentales del tratamiento de la diabetes (medicación, dieta, y ejercicio físico) son indistintamente violados por los pacientes estudiados durante su régimen de tratamiento, resultando la medicación donde el incumplimiento se hace más visible, lo cual no expresa que sea este el aspecto del tratamiento que más influye en la no adherencia. En este sentido Zaldívar (2001) señala como algo que distingue a la adherencia terapéutica el hecho de que es un concepto dinámico multidimensional, no unitario; por lo que “el enfermo modifica sus comportamientos en el tiempo e incluso no se adhiere de igual modo a la toma de fármacos que a la dieta, al ejercicio físico o a la asistencia a consultas, algo muy común en la diabetes mellitus”.
- Respecto a la “dieta” como componente del tratamiento diabetológico, se observó que los pacientes aunque tratan de respetar los horarios y régimen de alimentación no cumplen estrictamente con estos aspectos del tratamiento, tampoco expresan llevar la vigilancia del peso corporal como un aspecto importante en la dieta ni el consumo estricto de los alimentos recomendados. Por otro lado, a pesar de que los sujetos demostraron conocer los tipos de alimentos cuya ingestión produce beneficios para su estado de salud, no demuestran conocer de qué ingredientes no

se debe abusar en su consumo, por lo que pasan por alto las restricciones en cuanto al consumo de sal, grasas, y alcohol.

- Respecto al ejercicio físico como parte del tratamiento diabetológico, sobresalió el “caminar diariamente” como la modalidad más referida por la muestra, aludiendo ser la forma más cómoda, accesible y práctica de ejercitación.
- Los factores que contribuyen al incumplimiento del tratamiento, según lo expresado por los sujetos, se resumen en cuestiones que tienen que ver con: la organización de los servicios de salud, características de personalidad, características del tratamiento, la disponibilidad de recursos económicos y el apoyo familiar.
- La mayoría de los factores reiterados por los pacientes tienen un carácter subjetivo constituyendo configuraciones psicológicas que modulan el comportamiento del individuo hacia una conducta salutogénica en relación con su enfermedad, tales como la disciplina, el interés y la organización. Estas ideas apuntan hacia una cuestión de gran importancia en la adherencia terapéutica: la implicación personal y la participación activa, consciente y voluntaria del paciente en el cumplimiento a partir de un conjunto de predisposiciones personales como son, ser disciplinado (expresado por el 94% de los sujetos), la fuerza de voluntad (expresada por el 86% de los sujetos), el interés y la organización personal (expresada por el 84% de los sujetos), así como la capacidad de autocontrol personal (referida por el 44% de los pacientes).
- Concerniente a la organización de los servicios de salud como factor que contribuye al incumplimiento, fundamentalmente los sujetos plantean no poderse atender siempre con el mismo médico, y por tanto dichos cambios en el profesional de asistencia genera la incomodidad de repetir la historia de la enfermedad cada vez que requieren atención. También sobresale que no siempre el médico orienta adecuadamente el tratamiento, falta explicación e información detallada de la conducta a seguir y del tratamiento.

- En cuanto a las características del tratamiento que los pacientes perciben como factores que interfieren el cumplimiento, se refieren los efectos secundarios de la medicación, experimentados como síntomas molestos que causan temor e incomodidad, incluso depresión. Los pacientes tipo-I hacen alusión a la necesidad de inyectarse diariamente, además de las dificultades para conseguir las jeringuillas y agujas para insulina. Por su parte todos los pacientes diabéticos tipo-II consideraron el rigor de la dieta como un factor que interfiere en el cumplimiento del tratamiento. Otro aspecto referido es el cansancio y la monotonía que genera el tiempo de convivencia con la enfermedad.

- En cuanto a los obstáculos para acatar los esquemas o regímenes terapéuticos que más sobresalieron están: tener dudas o no comprender las instrucciones impartidas por el médico, la preocupación acerca de las reacciones adversas de la medicación y dificultades para conseguir los medicamentos (tabletas hipoglucemiantes) y las jeringuillas y agujas para la administración de la insulina. Estas barreras, que impiden el correcto control de la glicemia, se observaron en mayor medida entre los pacientes que refirieron episodios de hiperglicemia y en todos los diabéticos tipo-I.

- Respecto a las causas del incumplimiento más apreciadas sobresalen:
 - Escasa conciencia del paciente acerca de la importancia del tratamiento.
 - Mal manejo general por parte del personal de salud.
 - Complejidad del régimen terapéutico.
 - Irresponsabilidad personal y confianza indebida por el paciente (Escasa percepción de riesgo).
 - Percepción de mejoría en el estado de salud (sentirse bien).
 - Caprichos y gustos alimentarios.
 - Escaso conocimiento de la enfermedad.
 - Sentimiento de agobio personal y monotonía del tratamiento.
 - No comprensión de las indicaciones (Tratamientos fraccionados).
 - Olvido.
 - Percepción por parte del paciente de una inadecuada actitud de familiares y amigos a la hora de brindar apoyo.

- Intención de beber alcohol.

- Referente a la clasificación de las causas de la no adherencia, nuestro estudio permitió constatar que el incumplimiento en la muestra estudiada obedece fundamentalmente a causas involuntarias por un lado y a intencionales por otro. Las causas involuntarias resultaron visibles en tanto los pacientes incumplidores refirieron el olvido de la medicación en el horario indicado. Por su parte el carácter intencional del incumplimiento se observó en tanto los pacientes refirieron dejar de consumir la medicación por sentirse bien o por percibir síntomas desagradables derivados del tratamiento, y también cuando intencionalmente los pacientes expresaron violar las restricciones dietéticas, y no practicaban la ejercitación física.

- Las acciones que pudiera hacer el profesional para evitar el incumplimiento terapéutico en los pacientes diabéticos expresadas con más frecuencia fueron:
 - ◆ Educar al paciente diabético de manera individualizada sobre su enfermedad, importancia del tratamiento, complicaciones, responsabilidad en el autocuidado y monitoreo de la glicemia en aras del control metabólico. (Educación diabetológica continuada).
 - ◆ Mejorar la relación profesional de la salud-paciente garantizando la empatía, confianza, y el apoyo necesario.
 - ◆ Incrementar las labores de educación para la salud haciendo énfasis en la importancia del tratamiento.
 - ◆ Perfeccionar las capacidades de los profesionales sobre el fenómeno de la adherencia.
 - ◆ Incrementar la divulgación del fenómeno del incumplimiento y sus repercusiones.
 - ◆ Cumplir con el seguimiento y evaluación sistemática de estos pacientes en los tres niveles de atención sanitaria.
 - ◆ Incrementar el trabajo psicoeducativo con la familia.
 - ◆ Incentivar las investigaciones científicas acerca del tema de la adherencia terapéutica.

A manera de resumen se puede apuntar que Haynes (1976, 1979) realizó una revisión en la que identificó más de 200 factores que podrían relacionarse con el cumplimiento terapéutico: características demográficas, socioconductuales de los enfermos, aspectos de la interacción profesional de la salud-enfermo, rasgos de la enfermedad, regímenes terapéuticos o el esquema terapéutico, características de la institución que presta el servicio. (citado por Ferrer, 1995)

En este sentido resulta válido aclarar que no ha sido objetivo de la presente investigación la evaluación de cada uno de estos factores moduladores de la adherencia en su relación con la muestra estudiada, tomando en cuenta lo referido por Serafino (1990): "... factores como las características demográficas y socio-culturales, las características de la enfermedad y los regímenes terapéuticos tampoco han permitido arribar a resultados concluyentes sobre la adherencia."

Por tanto, resulta evidente que la Psicología como ciencia no puede explicar todo el secreto de la determinación de la conducta, porque esta no es sólo del orden de lo psicológico; no obstante resultó imprescindible para analizar e intervenir en la problemática de la adherencia terapéutica, a través de la ciencia psicológica, habernos detenido en el sujeto; "como ente activo-portador" donde se produce el fenómeno estudiado.

C ONCLUSIONES

- ◆ Existe insuficiente conocimiento y formación en los profesionales de la salud encuestados acerca del tema de la adherencia terapéutica. Particularmente los profesionales no dominan los criterios diagnósticos a tomar en cuenta para evaluar la adherencia, ni la existencia de técnicas dirigidas a la evaluación del incumplimiento y la identificación de las causas que lo favorecen; además de demostrar desconocimiento acerca de la puesta en marcha de estudios investigativos sobre el tema, lo que pese a considerarlo un tema “muy importante”, dificulta sus actuaciones en la práctica clínica al no incorporarlo de manera científica en su actividad asistencial.
- ◆ Los resultados obtenidos demuestran la presencia de diferencias significativas entre los pacientes con adherencia terapéutica y sin adherencia en cuanto a la edad, el tipo de diabetes, y el nivel de escolaridad. Evidenciándose, además, diferencias altamente significativas en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad.
- ◆ Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que los pacientes diabéticos estudiados presentan un escaso conocimiento de la enfermedad, lo cual interfiere en la correcta adherencia terapéutica de los mismos. Apreciándose diferencias significativas entre cumplidores e incumplidores del tratamiento con relación al conocimiento de las causas que atribuyen a la diabetes.
- ◆ El análisis de los síntomas emocionales y vivenciales del paciente diabético, demostró la presencia de una inadecuada actitud ante la enfermedad, que incide negativamente sobre el grado de participación activo del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar la adherencia terapéutica. Apreciándose diferencias significativas entre cumplidores e incumplidores del tratamiento con relación al modo con que expresan su sintomatología.

- ◆ La muestra estudiada posee una “visión desfavorable de la enfermedad” que se ve afectada fundamentalmente por el modo pesimista de conducirse ante la vida, así como por la actitud inadecuada de amigos y familiares; lo cual no favorece la adopción de una actitud positiva respecto al cumplimiento terapéutico. Apareciendo diferencias significativas entre cumplidores del tratamiento y no cumplidores con relación a la visión angustiosa y algo preocupante de la enfermedad; el modo pesimista y optimista de conducirse ante la vida; así como la preocupación demostrada por familiares y amigos hacia el paciente.

- ◆ Se evidenció una inadecuada percepción del riesgo que representa el incumplimiento terapéutico, con respecto a las complicaciones de la diabetes, lo que se relaciona con el escaso conocimiento sobre esta y las formas para afrontarla positivamente.

- ◆ Las reiteradas fallas en la adherencia terapéutica por parte de los pacientes estudiados, debe valorarse en relación directa con la actitud asumida por estos ante la enfermedad, y las mismas pueden asociarse con un comportamiento suicida en tanto se considere la cronicidad de este padecimiento, la percepción por parte del enfermo de una esperanza de vida limitada, y las limitaciones que la diabetes genera en la vida cotidiana.

- ◆ Las técnicas de comunicación del cumplimiento terapéutico, al ser valorados aisladamente, mostraron mejor tendencia al cumplimiento que al someterseles a un análisis integral luego que se les aplicó combinándolas; lo cual reafirma lo planteado al respecto en la literatura científica consultada.

- ◆ Se ofrece una caracterización de la adherencia en pacientes con diabetes, que confirma la necesidad de optimizar el trabajo multidisciplinario en la atención a estos enfermos, lo que puede repercutir favorablemente en el logro de una mejor adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

- ◆ Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda continuar la línea de investigación enfatizando en la necesidad de profundizar en las manifestaciones psicológicas de la enfermedad y la atención de estas en el establecimiento de estrategias terapéuticas.

- ◆ Considerando el impacto negativo que produce la no adherencia terapéutica en la adecuada evolución de la diabetes mellitus, se recomienda realizar una investigación utilizando un procedimiento similar al aquí empleado, con una muestra ampliada de sujetos, preferiblemente que sea representativa del universo de pacientes diagnosticados en la provincia Villa Clara, territorio donde la mortalidad por este padecimiento muestra un incremento ostensible en los últimos años.

- ◆ Teniendo en cuenta la limitada información que poseen los profesionales de la salud responsabilizados con la atención directa al paciente diabético acerca de la adherencia terapéutica y las manifestaciones psicológicas de la diabetes, se recomienda la inclusión de este tema tanto en los programas formativos de pregrado, como en las actividades de especialización y de postgrado dirigidas a los equipos de salud.

- ◆ Ofrecer los resultados del presente estudio investigativo a la dirección del CAED (Centro de Atención y Educación al Diabético de Villa Clara), así como a la Vicedirección de Higiene y Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud de dicho territorio, con el objetivo de socializar esta experiencia a otros centros, unidades o servicios encargados de la atención al paciente diabético.

R EFERENCIAS

1. Diabetes care and research in Europe. The Sant Vincent Declaration. (1990). *10 supl*, 143-144.
2. *Grupo de Trabajo en Hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso.* (1996). Madrid: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial.
3. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.* (2004). Ginebra: OMS.
4. *Anuario Estadístico de Salud 2009.* (2009). Ciudad Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba.
5. *Informe Cierre Estadístico Año 2009 del Sectorial Provincial de Salud Villa Clara.* (2010). Santa Clara: Departamento Estadística Sectorial Provincial de Salud Villa Clara.
6. Acosta, O. M. (1985). *Diabetes Mellitus. Conceptos Fundamentales.* Ciudad Habana: Editado por Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
7. Acosta, O. M., y González, R. G. (1989). *Lo que todo diabético debe saber.* Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas.
8. Alberti, K. G. (1989). Diabetic emergencies. *British Medical Bulletin*, 45(1), 242-263.
9. Aldana, D. (1990). Clasificación actual de la Diabetes Mellitus 1985. *Revista Cubana de Endocrinología*, 1(1) enero-abril, 71-83.
10. Alfonso, C. (2006). Conoce usted la diabetes? *Periódico Trabajadores.*
11. Alleyne, G. (1996). La diabetes: una declaración para las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121, 461-470.
12. Álvarez, M. A. (1989). *Estrés. Un enfoque Neuroendocrino.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.
13. American Diabetes Association. Todo sobre la diabetes. Extraído el 15 de Junio, 2008, desde www.diabetes.org
14. Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). La adhesión al tratamiento diabetológico. En I. Amigo, C. Fernández & M. Pérez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud.* Madrid: Pirámide.
15. Anderson, B. J., Auslandre, W. F., Jung, K. C., Miller, J. P., y Santiago, J. V. (1990). Assessing family sharing of diabetes responsibilities. *Journal Pediatric Psychiatry*, 15, 477-492.
16. Autores, C. (1988). *Psicología.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
17. Autores, C. (1997). *Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico.* Madrid: Ediciones Doyma.
18. Autores, C. (2001). *Medicina General integral.* La Habana: Ciencias Médicas.
19. Baker, R., y James, B. D. (1993). *Enfermedades endocrinas. Inmunidad básica y clínica.* México: Editores: Daniel P. Stites, Abba Ten.

20. Bandura, A. (1986). *Social Foundation of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
21. Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo, Ltda.
22. Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*, 1, 97-106.
23. Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
24. Beléndez, M., y Méndez, F. X. (1992). Aplicación de la técnica de inoculación de estrés en la diabetes insulínica. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 43-58.
25. Beléndez, M., y Méndez, F. X. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10(2), 189-198.
26. Beléndez, M., y Méndez, F. X. (1995). Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1) 63-82.
27. Calviño, M. (2001). *Análisis dinámico del comportamiento*. La Habana: Editorial Félix Varela.
28. Casals, A. (2001). Estrés. *Psicología y Salud*, 271-277.
29. Castillo, Y. (2008). *Caracterización del funcionamiento emocional de pacientes con diabetes mellitus tipo II: Un enfoque psiconeuroendocrino*. Unpublished tesis de maestría, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
30. Cea-Ugarte, J. I., Brozal Raposo, J. I., y González-Pinto Arrillago, A. (2001). Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.
31. Chavey, M. y Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. Avances en Psicología latinoamericana / Bogotá (Colombia). Extraído el 15 de Junio del 2008 desde:
http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25N1/10_Psicodiabetes_aplVol25N1.pdf
32. Davidson, G., y Neale, J. (2003). *Psicología de la Conducta Anormal*: Editorial Limusa, S.A de C.V. grupo Noriega Editores.
33. Díaz, O. (1999). Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. *Revista Cubana de Endocrinología, Suppl 10*.
34. DiMatteo, M. R., y Dinicola, D. D. (1982). *Archiving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamon Press.
35. Echevarría, A., San Juan, C., y Ozoniz, J. A. (1992). Representation of health, illness and medicines: Coping strategies and health promoting behavior. *Br J Clin Psychol*, 31, 339-349.
36. Farmer, K. C. (1999). Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clinical Therapeutics*, 21(6) 1074-1090.
37. Febles, M., y Canfux, V. (2001). *La Concepción Histórico-Cultural del Desarrollo. Leyes y principios*. En Leyda Cruz. *Psicología del desarrollo. selección de lecturas (pp 9-16)* La Habana: Editorial universitaria.
38. Fernández - Ballesteros, R. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

39. Ferrer, V. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. *Journal of Health Psychology*, 7(1), 104-112.
40. Froján, M. X., y Rubio, R. (2004). Análisis discriminante de la Adhesión al Tratamiento en la diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicothema*, 16 No 4, 548-554.
41. Garduño, J., Martínez, M. C., Fajardo, A., Ortega, M., Álvarez, A., y Vega, V. (1992). Frecuencia y factores de riesgo asociados al incumplimiento terapéutico con metronidazol. *Revista invest* 44, 235-240.
42. Gil, J. (1990). Programas de educación en diabetes. En A. Polaino-Lorente y J. Gil (Dirs.), *La diabetes*. Barcelona: Martínez Roca.
43. Gil, J., y Vilchez, R. (1993). *Intervención psicológica en diabetes*. Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid.
44. Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
45. Glasgow, R. E., McCaul, K., y Shafer, L. (1987). Self-care behaviors and glycemic control in type I diabetes. *Journal of Chronic Disease*, 40, 399-417.
46. Glasgow, R. E., McCaul, K. D., & Schafer, L. C. (1986). Barriers to regimen adherence among persons with insulin dependent diabetes. *Journal of Behavioural Medicine*, 9, 65-77.
47. Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Riddle, M., Donnelly, J., Mitchell, D. L., y Calder, D. (1989). Diabetes-specific social learning variables and self-care behaviours among persons with type II diabetes. *Health Psychology*, 8(3), 285-303.
48. González, R. (1984). *Psicología para médicos generales*. La Habana: Científico Técnica.
49. Grau, J. A., y Martín, L. (enero-junio 2004). La investigación de la Adherencia Terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, volumen 14 número 001, 89-99.
50. Group, D. C. a. C. T. R. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complication trial (DCCT). *Diabetes Care*, 11, 725-732.
51. Guerra, V. M. (2001). *Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 10 años*. Unpublished Doctoral, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.
52. Hauser, S. T., Jacobson, A. M., y Lavorit, P. (1990). Adherence among children and adolescents with insulin -dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. *Journal Pediatric Psychiatry*, 15, 527-542.
53. Haynes, R. B. (1979). *Introducción*. En R.B. Haynes, D.W. Taylor, y D.L. Sackett (Eds): *Compliance in health care* (pp. 1-7). Baltimore: Johns Hopkins University press.
54. Hernández, Q. A., Granja, L. L., y Govea, R. J. (Mayo-Junio 1996). Incidencia de la diabetes mellitus en un municipio de Ciudad de la Habana. *Revista Cubana de Medicina General integral*, 12(3)
55. Herrera, O. T. (2007). *Usted puede controlar su diabetes*. La Habana: Editorial Científico -Técnica.

56. Houchbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs and sociopsychological study*. Washington DC: Government Printing Office. PHS publication No 572.
57. Hunter, J., Hamera, E., O'Connell, K., y Heilman, R. (1985). Coping with stress of following a diabetic regimen. *Diabetes*, 34 (Suppl. 1), 42A.
58. Jacobson, A. M., Groot, M., y Samson, J. (1994). Quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 17, 167-274.
59. Johnson, S. B., Tomer, A., Cunningham, R., y Henreta, J. C. (1990). Adherence in Childhood Diabetes: Results of a Confirmatory Factor Analysis. *Health Psychology*, 9(4), 493-501.
60. Karoly, P., y Bay, R. C. (1990). Diabetes self-care goals and their relation to children's metabolic control. *Journal Pediatric Psychiatry*, 15, 83-95.
61. Katon, W., Unutzer, J., Fan, M. J., Williams, J. W., Schoenbaum, M., Lin, E. H. B., et al. (2006). Cost-Effectiveness and Net Benefit of Enhanced Treatment of Depression for Older Adults With Diabetes and Depression. *Diabetes Care*, 29, 265-270.
62. Kavanagh, D. J., Gooley S., y Wilson P.H. (1993). Prediction of adherence and control diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 509-522.
63. King, H., Aubert, R., y Herman, W. (1998). Global burden of Diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care*, 21, 1414-1431.
64. Labrador, F. J., y Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 157-164.
65. Lauten, A. N. (1998). *Diabetes Mellitus*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
66. Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
67. Leventhal, H. (1993). Theories of compliance and turning necessities into preferences: Application adolescent health action. En N.A. Krasnegor, L. Epstein, S. Bennett-Johnson, y S. Yaffe (Eds): Development aspect of health compliance (pp 91-124) Hillsdale, NJ:LEA.
68. Lewis, M. (1991). *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins.
69. Lloyd, C. E., Matthews, K. A., Wing, R. R., y Orchard, T. J. (1992). Psychosocial factors and complications of IDDM. *Diabetes Care*, 15, 166-172.
70. Lutfey, K., y Wishner, W. (1999). Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, 22(4), 635-639.
71. Macía, D., y Méndez, F. X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buena-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
72. Márquez, A. (1997, sábado Agosto 16). Consulta médica: Diabetes. *Granma*.
73. Márquez Contreras, E., & Gil, V. (2004). Variables que influyen en el incumplimiento terapéutico. Cumplimiento en HTA. *Actualizaciones*, 1(2), 4.
74. Márquez Contreras, E., Gil, V., Martell, N., de la Figuera, M., y Cusado, J. J. (2005). Inasistencia a las citas de los pacientes con enfermedades crónicas en la atención primaria. ¿Nos preocupa este hecho? Cumplimiento terapéutico en la HTA. *Actualizaciones*, 2 (1), 3.

75. Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4).
76. Martín, M., y Grau, J. (1994). Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Revista de Psicología de la Salud (Bogotá)*, 3, 66-69.
77. Martínez, F. C. (1989). *Diabetes Mellitus y Ejercicio Físico*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
78. Meichenbaum, D., y Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
79. Méndez, F. X., y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10(2), 189-198.
80. Merino, J., y Gil, V. F. (2001). Revisión de estudios bibliográficos y factores predictores. En Roca Cusachs. Seguimiento y cumplimiento en el paciente hipertenso. Calidad de vida (p-15) S/L: Doyma (org. 1999).
81. Mira, J. J., Vitaller, J. A., Buil, J., Aranaz, J., y Rodríguez-Marín, J. (1994). Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas. *Atención Primaria*, 14(10), 1.135-131.140.
82. Molerio, O. (2004). *Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con Hipertensión arterial esencial*. Unpublished Tesis doctoral, Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
83. Morales Calatayud, F. (1991). El estrés psicológico en el riesgo de enfermar. Su atención en él. *Revista cubana Medicina General Integral*, 7(1)(27-47), 40-41.
84. Morisky, D. E., Green, L. W., y Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24, 67-74
85. Núñez de Villavicencio, F. (2001). *Psicología y Salud*. La Habana: Ciencias médicas.
86. Orme, C. M., & Binik, Y. M. (1989). Consistency of adherence across regimen demands. *Health Psychology*, 8(1), 27-43.
87. Pérez Lovelle, R. (1989). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
88. Pérez Martínez, V. (2004). Respuesta adaptativa a la diabetes mellitus y su relación con el envejecimiento. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 20(4) julio-agosto.
89. Press, E. (2009, Abril 9). *Pruebas de ratones. Una vacuna basada en la nanotecnología revierte la diabetes*. Madrid.
90. Press, E. (2006, Enero 29). *La Comisión Europea aprueba la insulina inhalada para tratar la diabetes*. Barcelona.
91. Puente Silva, F. (1985). *Adherencia terapéutica*. México DF: La Vanguardia de la Salud.
92. Quintana, C., & Fernández-Britto, J. E. (Abril-Junio 2009). Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Revista Cubana Investigaciones Biomédicas*, 28(2) 12-17.
93. Ramos, Y. (2006). *Adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Unpublished Tesis de maestría, Universidad Central de las Villas, Santa Clara.

94. Robles, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J. J., Páez Agraz, F., & Nicolini, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15(2), 247-252.
95. Roca Cusachs, A. (2001). *Seguimiento y cumplimiento en el paciente hipertenso. Calidad de vida*: S/L: Doyma (org. 1999).
96. Rodríguez, G. G., Gil, J. F., & García, E. J. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Félix Varela.
97. Rodríguez-Marín, L. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Ediciones Doyma.
98. Rodríguez-Marín, J., Martínez, M., & Valcárcel, M. P. (1990). Psicología social y de la salud. En Rodríguez-Marín, J. (comp). Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad (pp 13-26) Barcelona: PPV.
99. Rosenstock, I. M. (1984). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
100. Samper, P., & Ballesteros, B. P. (1999). Comparación de dos programas para el manejo de la hipertensión arterial esencial. *Suma psicológica*, 6(2), 195-220.
101. Serafino, E. P. (1990). Using health services. En Serafino Health psychology. Biopsychosocial interactions (pp 285-318). New York: John Wiley and sons.
102. Shuare, M. (1990). *La Psicología soviética tal y como yo la veo*. Moscú: Progreso.
103. Sihillitoe, R. W. (1988). *Psychology and diabetes. Psychological factors in management and control*. Londres: Chapman and Hall.
104. Skovlund, S. E. (2004). Actitudes, Deseos y Necesidades de la Diabetes. *Revista Diabetes Voice, volumen 49*(número especial), 4-11.
105. Suárez, R., García, R., Aldana, D., Díaz, O., & cols (2000). Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. *Revista Cubana de Endocrinología*, 11(1), 31-40.
106. Surwit, R. S., & Schneider, M. S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 380-393.
107. van der Ven, N., Weinger, K., & Snoek, F. (Noviembre 2002). Terapia cognitivo-conductual: cómo mejorar el autocontrol de la diabetes. *Diabetes Voice*, 47(3), 10-13.
108. Vargas, P., & Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En G.R. Ortiz V. (Coord.): *Psicología y salud. La experiencia mexicana* (pp. 97-157) Xalapa: Universidad Veracruzana.
109. Vergel, G. (1995). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en 2 municipios de Ciudad de La Habana. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 11, 37-40.
110. Vigotsky, L. S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico Técnica.
111. Vigotsky, L. S. (1991). *Obras completas*. España: Visor.
112. Vinaccia, S. (2004). Conducta Anormal de Enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinal. *Psicología y Salud*, 14(001).

113. Wens, J., Vermeire, E., Royen, P., Sabbe, B., & Denekens, J. (2005). GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *Biomed Central Family Practice* 6(1), 20.
114. Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
115. Wing, R., Epstein, L. H., Novalk, M. P., & Lamparski, D. M. (1986). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 1, 78-89.
116. Wysocki, T., Hough, B. S., Ward, K. M., & Green, L. B. (1992). Diabetes mellitus in the transition to adulthood: adjustment, self-care, and health status. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(3), 194-201.
117. Zaldívar, D. F. (2001). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos*. *Salud para la vida*. Disponible en línea: [www. infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu) (4 de abril).

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREUS” DE LAS VILLAS FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Atte. a: _____

Provincia: _____

Profesión: _____

Psicólogo/a: _____

Médico General Integral: _____

Especialista en Endocrinología: _____

Especialista de Medicina Interna: _____

Especialista en Nefrología: _____

Especialista en Oftalmología: _____

Especialista en Angiología: _____

Especialista en Cardiología: _____

Especialista en Laboratorio Clínico: _____

Especialista en Medicina Intensiva: _____

Otros especialistas: _____

Enfermeros/as: _____

Otros profesionales: _____

Años de experiencia: _____

Estimado colega:

Usted ha sido seleccionado para participar como experto en el desarrollo del proyecto de investigación sobre la “Adherencia Terapéutica en la Diabetes Mellitus”, que se desarrolla en nuestra Universidad.

Su criterio como profesional de experiencia en el campo de la salud en el país resulta muy valioso por lo que esperamos contar con su opinión en el cuestionario anexo.

Cordialmente

Dra. Vivian Guerra Morales (Coordinadora del proyecto)

Lic. Alfredo Rodríguez Rojas

CUESTIONARIO

1.- ¿A qué llama usted «Adherencia o Cumplimiento Terapéutico»?

2.- ¿Qué criterios tiene usted en cuenta para diagnosticar la adherencia terapéutica en la diabetes mellitus?

3.- ¿Cuáles a su juicio pudieran ser las causas del incumplimiento terapéutico en la diabetes?

4.- ¿Recibió en sus estudios de pregrado temas o contenidos acerca de la adherencia terapéutica?

Si ____

No ____

5.- ¿Conoce ud que se estén realizando otras investigaciones como la referida en Cuba?

◆ ¿Cuáles?

◆ ¿Dónde?

◆ Lo considera:

---- Un tema suficientemente tratado.

---- Un tema insuficientemente tratado.

---- Un tema no tratado.

◆ Lo considera en el momento actual:

---- Un tema muy importante.

---- Un tema importante.

---- Un tema poco importante.

6.- ¿En su labor profesional en el manejo del paciente diabético ha trabajado este tema?:

---- Siempre.

---- A veces.

---- Casi nunca.

---- Nunca.

7.- ¿Qué pudiera hacer ud como profesional para evitar el incumplimiento terapéutico en los pacientes diabéticos?

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREUS” DE LAS VILLAS FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le comunicamos que la presente investigación tiene como fin conocer aspectos sobre su enfermedad y sobre Ud: sus opiniones, creencias, preocupaciones, vivencias, saberes, para lo cual solicitamos su ayuda y voluntariedad. Le aseguramos que lo abordado se utilizará de manera confidencial cuidando la identidad de los participantes y la autorización de Ud. Sobre el material a mostrar.

Lic. Alfredo Rodríguez Rojas.

Yo _____ acepto participar en la investigación conociendo los objetivos de esta así como, que expresaré mis opiniones, creencias, conflictos, experiencias y vivencias, y que estas serán respetadas y empleadas adecuadamente.

Firma: _____

ANEXO 3

INFORMACIÓN OBTENIDA ANTES DE LA ENTREVISTA E INTRODUCCIÓN

El entrevistador deberá explicar al sujeto la importancia de este estudio /evaluación y la naturaleza confidencial de la entrevista.

“Me gustaría hacerle una serie de preguntas sobre Ud. Para poderme formar una idea general de la situación”.

NOMBRE Y APELLIDOS:

1.-SEXO:

1- Masculino

2- Femenino

2.- EDAD: _____

3.- ESTADO CIVIL:

1- casado/a o vive con pareja.

2- soltero/a

3- viudo/a

4- separado/a o divorciado/a

4.- OCUPACIÓN:

1- no trabaja

2- incapacidad laboral

3- trabajando

4- pensionado/jubilado

5- estudiante

6- otros

5.- CONVIVENCIA:

1- vive con el cónyuge

2- vive con los padres

3- vive con los hijos

4- vive con parientes o amigos/as

5- vive con diferentes miembros de la familia (primos, tíos, sobrinos, abuelos)

6- vive solo

6.-DIAGNÓSTICO CLÍNICO QUE POSEE:

—

7.- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

1- hace un mes más o menos

2- de 1 a 3 meses

3- de 3 meses a un año

4- de un año a 2 años

- 5- de 3 a 5 años
- 6- de 5 a 10 años
- 7- más de 10 años

8.- GRADO DE ESCOLARIDAD.
(NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO)

- 1-Primaria
- 2- Secundaria
- 3- Pre-universitario
- 4- Técnico medio
- 5- Universitario

9.- HA SIDO INGRESADO EN EL ÚLTIMO AÑO:

- 1- No ha sido ingresado
- 2- Un ingreso
- 3- Dos reingresos
- 4- Tres reingresos o más

10.- SITUACIÓN ECONÓMICA:

- 1- Buena
- 2- Regular
- 3- Mala

11.- SITUACIÓN DE LA VIVIENDA:

- 1- Buena
- 2- Regular
- 3- Mala

12.- TIEMPO QUE LLEVA EL SUJETO EN EL BARRIO:

- 1- menos de 6 meses
- 2- de 6 meses a 2 años
- 3- de 2 a 5 años
- 4- de 5 a 10 años
- 5- más de 10 años
- 6- toda la vida

13.- PROCEDENCIA:

- 1- urbana
- 2- rural

ANEXO 4

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREUS” DE LAS VILLAS FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENTREVISTA PSICOLÓGICA AL PACIENTE.

Tipo de entrevista: Semiestructurada.

Objetivos:

- Comunicar los objetivos de la investigación.
- Lograr el consentimiento informado de los pacientes para iniciar la investigación.
- Profundizar en los indicadores del conocimiento de la enfermedad, principales síntomas emocionales vivenciales, visión de la enfermedad y actitud ante la misma.
- Interrogar directamente al paciente sobre su grado de adherencia y sus consideraciones personales acerca de las causas del incumplimiento terapéutico.
- Conocer la percepción por parte de los sujetos del apoyo social que recibe.

Guía de Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Características de personalidad.
- Principales fuentes de información sobre la enfermedad.
- Consideraciones personales sobre el pronóstico de la Diabetes.
- Causas de la enfermedad.
- Consecuencias de la enfermedad.
- Dieta y práctica de ejercicios.
- Hábitos tóxicos.
- Presencia de hábitos tóxicos.
- Conflictos psicológicos y síntomas emocionales vivenciales.
- Tipo de tratamiento que se le indicó.
- Adherencia terapéutica.
- Percepción de apoyo social.

ANEXO 5

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREUS” DE LAS VILLAS FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENTREVISTA AL FAMILIAR.

Tipo de entrevista: Semiestructurada.

Objetivos:

- Profundizar en las vivencias del paciente asociadas a la enfermedad.

- Conocer las consideraciones personales de los familiares acerca de qué caracteriza la adherencia del paciente al tratamiento.

Guía de Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Historia de la enfermedad actual del paciente.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Características de personalidad del paciente.
- Actitud ante la enfermedad.
- Quejas más frecuentes.
- Consideraciones sobre el grado de adherencia terapéutica.
- Apoyo social.

ANEXO 6

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREUS” DE LAS VILLAS FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENTREVISTA AL MÉDICO.

Tipo de entrevista: Semiestructurada.

Objetivos:

- Indagar en la situación clínica de cada paciente.
- Conocer estimación de la adherencia por parte del médico en cada paciente.

Indicadores a evaluar en la entrevista:

- Indicadores clínicos de la Diabetes Mellitus.
- Características psicológicas del paciente diabético.
- Enfermedades concomitantes del paciente.
- Impacto psicológico de la enfermedad.
- Afrontamiento del paciente a la enfermedad.
- Adherencia terapéutica.
- Apoyo social.

ANEXO 7

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREUS” DE LAS VILLAS FACULTAD DE PSICOLOGÍA

METODOLOGÍA DE HAYNESS-SACKETT:

“las personas, por una u otra razón, a menudo tienen dificultad en tomar sus medicinas”:

¿Se olvida usted alguna vez de tomar las suyas?

Si: ____

No: ____

Si la respuesta es afirmativa estime el número de olvidados en el último mes e informe los motivos:

TEST DE MORISKY – GREEN:

Muchas personas encuentran difícil tomar sus medicinas tal y como sus médicos les dicen que hagan. Responda a las siguientes preguntas de manera franca:

1.- ¿Se olvida alguna vez de tomar las medicinas o de inyectarse la insulina para la Diabetes?

Si: ____

No: ____

2.- ¿Toma la medicación o se inyecta la insulina a la hora que le dijo el médico?

Si: ____

No: ____

3.- ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar la medicación o de inyectarse la insulina?

Si: ____

No: ____

4.- ¿Si le sientan mal las pastillas o la insulina deja Ud de tomarlas o de inyectársela?

Si: ____

No: ____

TEST DE BATALLA:

Responda a las siguientes preguntas:

1.- ¿Estima que la Diabetes Mellitus es una enfermedad para toda la vida?

Si: ____

No: ____

2.- ¿Cree que la Diabetes se puede controlar con dieta, ejercicio físico o con medicación?

Si: ____

No: ____

3-. Diga dos o más órganos que pueden afectarse por no tener controlada la glicemia.

ANEXO 8

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREUS” DE LAS VILLAS FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO DE ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD.

Nombre:

Edad:

Sexo:

1. Conocimiento de su enfermedad:

a) Su información sobre la enfermedad proviene de:

_____ Médico _____ Familiares _____ Libros
_____ Experiencias personales de enfermedades anteriores _____
Amigos _____ Otras ¿Cuáles?

b) Considera que su enfermedad es:

_____ Curable del todo _____ Incurable _____ Curable en parte
_____ Curable con recaídas _____ Controlable

c) Causas de la enfermedad:

_____ Sanguínea _____ Transmisión Sexual _____ De madre a hijo

d) Hábitos tóxicos y Dieta alimentaria:

_____ Café _____ Dieta _____ Sal _____ Grasas _____ Alcohol
_____ Drogas _____ Huevo _____ Carne _____ Obesidad
_____ Sedentarismo _____ Otros

e) Conflictos psicológicos, emocionales, afectivos:

_____ Stress _____ Traumas _____ Disgustos _____ Ansiedad
_____ Muerte _____ Otros

f) Consecuencias de la enfermedad:

_____ Limitaciones físicas _____ Limitaciones psicológicas (disminución de la
capacidad intelectual) _____ Pérdida del puesto de trabajo
_____ Preocupación familiar exagerada _____ Ninguna consecuencia
_____ Muerte _____ Disminución de la efectividad para resolver los
problemas familiares.

2. Síntomas emocionales vivenciales:

g) Ante la crisis de su enfermedad usted se siente:

_____ Deprimido _____ Angustiado _____ Preocupado
_____ Cansancio facial _____ Falto de iniciativa _____ Irritable
_____ Nervioso _____ Inquieto _____ Ansioso _____ Emotivo
_____ Lloroso _____ No siento nada

h) Cómo expresa estos síntomas:

_____ Con mucho miedo _____ Con miedo _____ Prácticamente no me afecta
_____ No me afecta en absoluto

i) Cuáles de estos síntomas limitan su actividad diaria:

_____ Fatiga _____ Insomnio _____ Dolor de cabeza _____ Dolor
torácico _____ Disnea _____ Nerviosismo _____ Palpitaciones _____
Sudoraciones _____ Miedo _____ Calor o fogaje

1. Visión de la enfermedad:

_____ Angustiosa _____ Muy preocupante _____ Algo preocupante

2. Su enfermedad le preocupa:

_____ Muy a menudo _____ A menudo
_____ Diariamente _____ Casi nunca

3. Con qué frecuencia habla Ud. de su enfermedad:

_____ Varias veces al día _____ Diariamente
_____ Varias veces a la semana _____ Casi nunca

4. Cómo se conduce Ud. ante la vida:

_____ Soy pesimista _____ Soy optimista
_____ Estoy insatisfecho _____ No me preocupa excesivamente
_____ No me preocupo por mis problemas _____ Reservado

5. Mis amigos y familiares:

_____ Se preocupan excesivamente por mí
_____ Mantienen una actitud adecuada _____ Me son indiferentes
_____ No se preocupan por mí _____ Me molestan

ANEXO 9 Resultados “Cuestionario de Actitud ante Enfermedad”

Resultados Cuestionario de Actitud ante Enfermedad		
Conocimiento de la Enfermedad		
Su información de la enfermedad proviene de	SI	%
Médico	46	92%
Familiares	32	64%
Libros	14	28%
Experiencia personal de enfermedades anteriores	13	26%
Amigos	30	60%
Considera que su enfermedad es	SI	%
Curable	0	0
Incurable	35	70%
Curable parcialmente	0	0
Curable con recaída	3	6,0%
Controlable	49	98%
Causas de la enfermedad	SI	%
Sanguínea	15	30%
Transmisión sexual	0	0
De madre a hijo	35	70%
Hábitos tóxicos y dieta	SI	%
Café	28	56%
Dieta	44	88%
Sal	4	8,0%
Grasas	8	16%
Alcohol	5	10%
Drogas	0	0
Huevo	2	4,0%
Carne	2	4,0%
Obesidad	23	46%
Sedentarismo	28	56%
Conflictos psicológicos, emocionales, afectivos	SI	%
Estrés	38	78%
Traumas	0	0
Disgustos	13	26%
Ansiedad	44	88%
Muerte	42	84%
Consecuencias de la enfermedad	SI	%
Limitaciones físicas	47	94%
Limitaciones psicológicas	44	88%
Pérdida del puesto de trabajo	0	0
Preocupación familiar exagerada	16	32%

... continuación ANEXO 9

Ninguna consecuencia	2	4,0%
Muerte	34	68%
Disminución efectividad resolución problemas	10	20%
Síntomas Emocionales Vivenciales		
Ante la crisis de la enfermedad usted se siente	SI	%
Deprimido	41	82%
Angustiado	20	40%
Preocupado	46	92%
Cansancio facial	9	18%
Falta de iniciativa	11	22%
Irritable	3	6,0%
Nervioso	1	2,0%
Inquieto	23	46%
Ansioso	43	86%
Emotivo	12	24%
Lloroso	27	54%
No siento nada	0	0
Cómo expresa estos síntomas	SI	%
Con mucho miedo	2	4,0%
Con miedo	27	54%
Prácticamente no me afecta	21	42%
No me afecta en absoluto	0	0
Cuáles de los síntomas limitan su actividad diaria	SI	%
Fatiga	23	46%
Insomnio	28	56%
Dolor cabeza	34	68%
Dolor torácico	0	0
Disnea	0	0
Nerviosismo	8	16%
Palpitaciones	6	12%
Sudoraciones	37	74%
Miedo	45	90%
Calor fogaje	40	80%
Visión de la Enfermedad		
Angustiosa	26	52%
Muy preocupante	6	12%
Algo preocupante	27	54%
Su enfermedad le preocupa	SI	%
Muy a menudo	5	10%
A menudo	32	64%

... continuación ANEXO 9

Diariamente	9	18%
Casi nunca	4	8,0%
Con qué frecuencia habla de su enfermedad	SI	%
Varias veces al día	5	10%
Diariamente	41	82%
Varias veces a la semana	33	66%
Casi nunca	11	22%
Cómo se conduce usted ante la vida	SI	%
Soy pesimista	9	18%
Soy optimista	28	56%
Estoy insatisfecho	7	14%
No me preocupa excesivamente	11	22%
No me preocupo por mis problemas	0	0
Reservado	10	20%
Mis amigos y familiares	SI	%
Se preocupan excesivamente por mí	8	16%
Actitud adecuada	41	82%
Me son indiferentes	0	0
No se preocupan por mí	0	0
Me molestan	1	2,0%

ANEXO 10 Resultados de la evaluación del cumplimiento farmacológico por sujeto según cada método utilizado.

Paciente	Adherencia Hayness-Sackett	Adherencia Morisky-Green	Adherencia Batalla	Adherencia Terapéutica
M1	no	no	si	no
M2	si	si	si	si
M3	no	no	1	no
M4	no	no	1	no
M5	si	si	si	si
M6	si	si	si	si
M7	no	no	si	no
M8	no	no	si	no
M9	si	si	si	si
M10	no	no	si	no
M11	si	si	si	si
M12	no	no	si	no
M13	no	no	si	no
M14	no	no	si	no
M15	no	no	si	no
M16	si	si	si	si
M17	no	no	si	no
M18	no	no	si	no
M19	no	no	si	no
M20	no	si	si	no
M21	no	no	si	no
M22	si	si	si	si
M23	no	no	si	no
M24	si	si	si	si
M25	no	no	si	no
M26	no	no	si	no
M27	si	si	si	si
M28	si	si	si	si
M29	no	si	si	no
M30	no	no	si	no
M31	no	no	si	no
H1	no	no	si	no
H2	si	si	si	si
H3	no	no	si	no
H4	no	no	si	no
H5	si	si	si	si
H6	si	si	si	si

... continuación ANEXO 10

Paciente	Adherencia Hayness-Sackett	Adherencia Morisky-Green	Adherencia Batalla	Adherencia Terapéutica
H7	no	no	si	no
H8	no	no	si	no
H9	no	no	si	no
H10	si	si	si	si
H11	si	si	si	si
H12	si	si	si	si
H13	no	no	si	no
H14	si	si	si	si
H15	no	no	si	no
H16	si	si	si	si
H17	si	si	si	si
H18	si	si	si	si
H 19	si	si	si	si
Total cumplen	21	23	50	21
%	42%	46%	100%	42%
Total incumplen	29	27	0	29
%	58%	54%	0%	58%

ANEXO 11 Significación estadística entre la proporción pacientes cumplidores y no cumplidores del tratamiento.

Prueba de chi-cuadrado

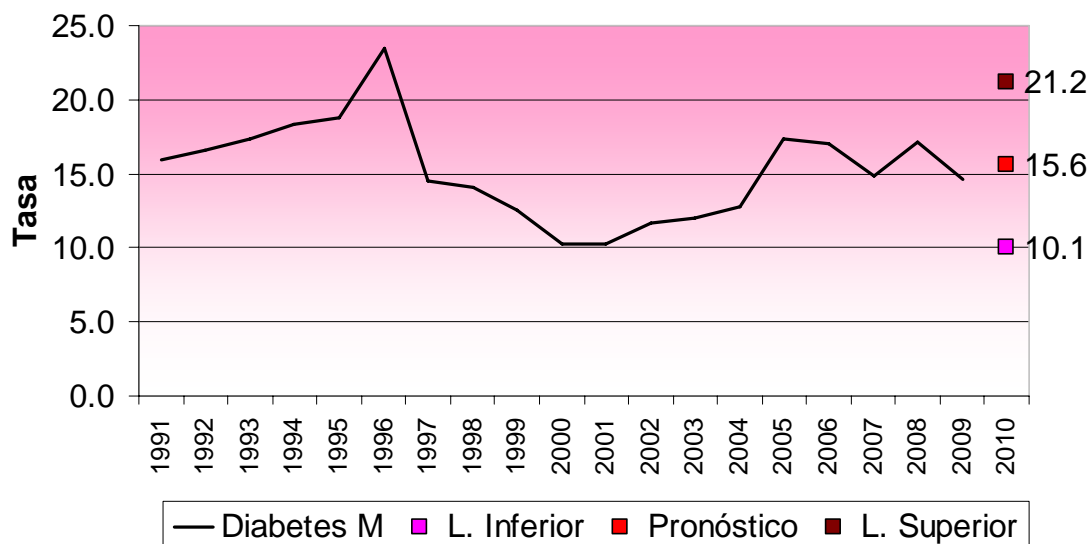
Frecuencias

Cumplimiento terapéutico			
	N. observado	N. esperado	Residual
Cumplidor	21	25.0	6.0
No cumplidor	29	25.0	-6.0
Total	50		

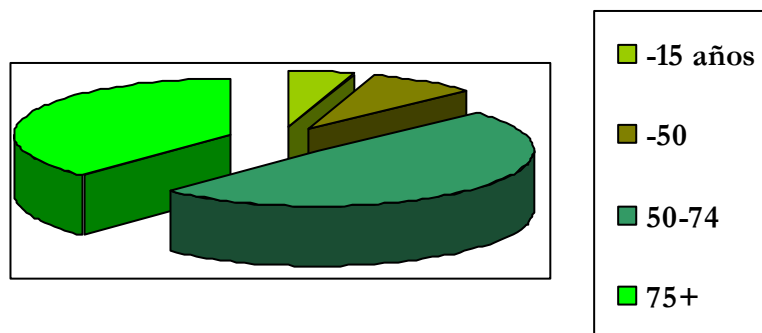
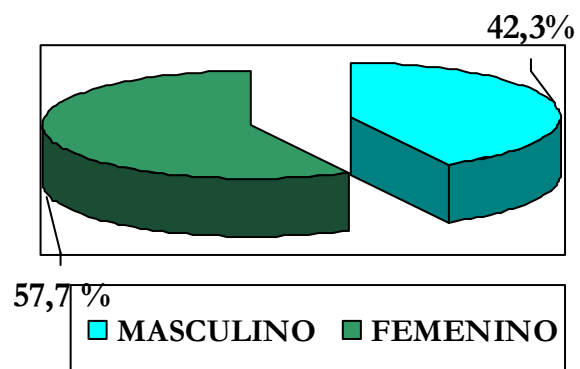
Estadísticos de contraste	
	Cump
Chi-cuadrado	2.880 ^a
gl	1
Sig. asintót.	.090
a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 25.0.	

ANEXO 12 Comportamiento y pronóstico de la mortalidad por diabetes mellitus, Villa Clara, 1991-2010.

Comportamiento y Pronóstico de la mortalidad por Diabetes Mellitus, Villa Clara, 1991-2010



ANEXO 13 Mortalidad por diabetes mellitus 2009. Sexo y Grupo de Edad.



ANEXO 14 Relación y significación estadística entre los pacientes cumplidores del tratamiento y los incumplidores respecto a las variables sociodemográficas.

Tabla 21

			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
SEXO	Femenino	Recuento	10	21	31
		%	32,3%	67,7%	100,0%
	Masculino	Recuento	11	8	19
		%	57,9%	42,1%	100,0%
Total			21	29	50
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Prueba de chi cuadrado $p=0.075$

Tabla 22

			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
TIPO DIABETES	Tipo I	Recuento	5	1	6
		%	83,3%	16,7%	100,0%
	Tipo II	Recuento	16	28	44
		%	36,4%	63,6%	100,0%
Total			21	29	50
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Prueba de chi cuadrado $p=0.029$ **Diferencias significativas**

Tabla 23

			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
NIVEL ESCOLARIDAD	Primaria	Recuento	5	0	5
		%	100,0%	,0%	100,0%
	Secundaria	Recuento	6	10	16
		%	37,5%	62,5%	100,0%
	Pre Universitaria	Recuento	6	12	18
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Superior	Recuento	4	7	11
		%	36,4%	63,6%	100,0%
Total			21	29	50
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Prueba de chi cuadrado $p=0.049$ **Diferencias significativas**

Tabla 24

			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
OCUPACIÓN	Ama de casa	Recuento	3	8	11
		%	27,3%	72,7%	100,0%
	Jubilado	Recuento	9	3	12
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	Trabajador por cuenta propia	Recuento	0	3	3
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Obrero	Recuento	3	2	5
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	Administrativo	Recuento	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Técnico	Recuento	1	6	7
		%	14,3%	85,7%	100,0%
	Profesional	Recuento	4	5	9
		%	44,4%	55,6%	100,0%
Total			21	29	50
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Prueba de chi cuadrado $p=0.074$

Tabla 25

			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
ESTADO CONYUGAL	Casado	Recuento	13	16	29
		%	44,8%	55,2%	100,0%
	Divorciado	Recuento	2	5	7
		%	28,6%	71,4%	100,0%
	Concubino	Recuento	0	5	5
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Soltero	Recuento	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Viudo	Recuento	3	0	3
		%	100,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Prueba de chi cuadrado $p=0.069$

Tabla 26

			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
EDAD	De 20 a 35	Recuento	4	2	6
		%	66,7%	33,3%	100,0%
	De 36 a 50	Recuento	5	19	24
		%	20,8%	79,2%	100,0%
	De 51 a 65	Recuento	6	8	14
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	De 66 a 80	Recuento	6	0	6
		%	100,0%	,0%	100,0%
Total			21	29	50
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Prueba U de Mann Whitney $p=0.034$ **Diferencias significativas**
 Media edad: 49.5 años
 Mediana edad: 48 años
 Mínimo edad: 20 años
 Máximo edad: 79 años
 Rango edad: 59 años

Tabla 27

			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	1 a 3	Recuento	3	22	25
		%	12,0%	88,0%	100,0%
	4 a 6	Recuento	7	4	11
		%	63,6%	36,4%	100,0%
	7 a 9	Recuento	6	3	9
		%	66,7%	33,3%	100,0%
	10 a 12	Recuento	5	0	5
		%	100,0%	,0%	100,0%
Total			21	29	50
		%	42,0%	58,0%	100,0%

Prueba U de Mann Whitney $p=0.000$ **Diferencias altamente significativas**
 Media tiempo de evolución: 4.4 años
 Mediana tiempo de evolución: 3.5 años
 Mínimo tiempo de evolución: 1 año
 Máximo tiempo de evolución: 12 años
 Rango tiempo de evolución: 11 años

ANEXO 15 Relación y significación entre los pacientes cumplidores del tratamiento y los incumplidores respecto a los indicadores que evalúan el conocimiento de la enfermedad, la actitud ante la misma, y la visión de esta.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Tabla 28

Pronóstico			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Curable totalmente	No	Recuento	21	29	50
		% de curable toda	42,0%	58,0%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de curable toda	42,0%	58,0%	100,0%

Tabla 29

Pronóstico			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Incurable	Si	Recuento	16	19	35
		% de incurable	45,7%	54,3%	100,0%
	No	Recuento	5	10	15
		% de incurable	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de incurable	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado $p=0.416$

Tabla 30

Pronóstico			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Curable en parte	No	Recuento	21	29	50
		% de cura parte	42,0%	58,0%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de cura parte	42,0%	58,0%	100,0%

... continuación ANEXO 15

Tabla 31

Pronóstico			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Curable con recaída	Si	Recuento	0	3	3
		% de cura recaída	,0%	100,0%	100,0%
	No	Recuento	21	26	47
		% de cura recaída	44,7%	55,3%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de cura recaída	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado p=0.128

Tabla 32

Pronóstico			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Controlable	Si	Recuento	21	28	49
		% de controlable	42,9%	57,1%	100,0%
	No	Recuento	0	1	1
		% de controlable	,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de controlable	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado p=0.390

Tabla 33

			Causas		Total
			Sanguínea	Madre-hijo	
Adherencia	Cumplidor	Recuento	3	18	21
		% de VAR00001	14,3%	85,7%	100,0%
	Incumplidor	Recuento	12	17	29
		% de VAR00001	41,4%	58,6%	100,0%
Total		Recuento	15	35	50
		% de VAR00001	30,0%	70,0%	100,0%

Prueba de Chi cuadrado p=0.039 **Diferencias significativas**

... continuación ANEXO 15

SÍNTOMAS EMOCIONALES VIVENCIALES

Tabla 34

			Cómo expresa sus síntomas?			Total
			Mucho miedo	Con Miedo	Prácticamente no me afecta	
Adherencia	Cumplidor	Recuento	0	7	14	21
		% de VAR00004	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Incumplidor	Recuento	2	20	7	29
		% de VAR00004	6,9%	69,0%	24,1%	100,0%
Total		Recuento	2	27	21	50
		% de VAR00004	4,0%	54,0%	42,0%	100,0%

Prueba de Chi cuadrado $p=0.008$ **Diferencias significativas**

VISIÓN DE LA ENFERMEDAD

Tabla 35

Visión de la enfermedad			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Angustiosa	Si	Recuento	4	22	26
		% de angustiosa	15,4%	84,6%	100,0%
	No	Recuento	17	7	24
		% de angustiosa	70,8%	29,2%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de angustiosa	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado $p=0.000$ **Diferencias significativas**

... continuación ANEXO 15

Tabla 36

Visión de la enfermedad			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Muy preocupante	Si	Recuento	4	2	6
		% de muy preocupado	66,7%	33,3%	100,0%
	No	Recuento	17	27	44
		% de muy preocupado	38,6%	61,4%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de muy preocupado	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado p=0.192

Tabla 37

Visión de la enfermedad			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Algo preocupante	Si	Recuento	15	12	27
		% de algo preocupado	55,6%	44,4%	100,0%
	No	Recuento	6	17	23
		% de algo preocupado	26,1%	73,9%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de algo preocupado	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado p=0.035 **Diferencias significativas**

Tabla 38

Conducción ante la vida			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Soy Pesimista	Si	Recuento	1	8	9
		% de pesimista	11,1%	88,9%	100,0%
	No	Recuento	20	21	41
		% de pesimista	48,8%	51,2%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de pesimista	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado p=0.038 **Diferencias significativas**

Tabla 39

Conducción ante la vida			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Soy Optimista	Si	Recuento	17	11	28
		% de optimista	60,7%	39,3%	100,0%
	No	Recuento	4	18	22
		% de optimista	18,2%	81,8%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de optimista	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado $p=0.002$ **Diferencias significativas**

Tabla 40

Conducción ante la vida			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Estoy insatisfecho	Si	Recuento	2	5	7
		% de insatisfecho	28,6%	71,4%	100,0%
	No	Recuento	19	24	43
		% de insatisfecho	44,2%	55,8%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de insatisfecho	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado $p=0.438$

Tabla 41

Conducción ante la vida			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
No me preocupa excesiva	Si	Recuento	2	9	11
		% de n preoc exc	18,2%	81,8%	100,0%
	No	Recuento	19	20	39
		% de n preoc exc	48,7%	51,3%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de n preoc exc	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado $p=0.070$

... continuación ANEXO 15

Tabla 42

Conducción ante la vida			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
No me preocupó por mis problemas	No	Recuento	21	29	50
		% de n preo mis prob	42,0%	58,0%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de n preo mis prob	42,0%	58,0%	100,0%

Tabla 43

Conducción ante la vida			Adherencia		Total
			Cumplidor	Incumplidor	
Reservado	Si	Recuento	3	7	10
		% de reservado	30,0%	70,0%	100,0%
	No	Recuento	18	22	40
		% de reservado	45,0%	55,0%	100,0%
Total		Recuento	21	29	50
		% de reservado	42,0%	58,0%	100,0%

Chi cuadrado $p=0.390$

Tabla 44

			Preocupación de la familia			Total
			Se preocupan excesivamente	Actitud adecuada	Me molestan	
Adherencia	Cumplidor	Recuento	0	21	0	21
		% de VAR00004	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Incumplidor	Recuento	8	20	1	29
		% de VAR00004	27,6%	69,0%	3,4%	100,0%
Total		Recuento	8	41	1	50
		% de VAR00004	16,0%	82,0%	2,0%	100,0%

Prueba de Chi cuadrado $p=0.019$ **Diferencias significativas**