

# Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo<sup>1</sup>

## *Therapeutic adherence obstacles for diabetic patients: A descriptive study*

*María de Lourdes Rodríguez Campuzano y Antonia Rentería Rodríguez<sup>2</sup>*

### RESUMEN

La diabetes es una de las enfermedades crónico-degenerativas que afectan de manera importante a la población mexicana. La adherencia terapéutica es básica para su control; sin embargo, las tasas encontradas de la misma son muy bajas. La psicología de la salud, a través de diversas aproximaciones, ha intentado comprender y alterar estos comportamientos, aunque falta mucho por hacer. En este trabajo se reporta un estudio descriptivo para investigar ciertos factores que algunos autores plantean como importantes para conseguir dicha adherencia. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 70 pacientes diabéticos de diversos centros de salud. Se categorizaron sus respuestas y se describen los resultados por factor, los que se discuten a la luz de sus implicaciones en el diseño de estrategias preventivas.

**Palabras clave:** Diabetes; Adherencia terapéutica; Apoyo social; Factores personales; Estudio descriptivo.

### ABSTRACT

*Diabetes is one of the most important chronic-degenerative diseases that affect the Mexican population. Therapeutic adherence is key to the clinical control of diabetes, however, this is a goal difficult to reach. Through different approaches, health psychologists have tried to study and improve adherence behavior, but there is still a lot to be achieved. Objective. The present study was designed to explore series of factors pointed out by some authors to explain adherence behaviors. Semi-structured interviews were applied to 70 diabetic patients from several public health institutions. Their responses were categorized and described for each factor. Therapeutic implications of these results are discussed.*

**Key words:** Diabetes; Adherence; Social support; Personal factors; Descriptive study.

## INTRODUCCIÓN

Los perfiles demográficos y epidemiológicos en México apuntan, por un lado, al aumento en la esperanza de vida de la población, pero, por el otro, al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas. Dichas enfermedades son irreversibles e incurables, motivo por el cual la persona afectada necesita adoptar hábitos que la ayuden a evitar las complicaciones y le permitan la mejor calidad de vida posible. De acuerdo con Lazcano y Salazar (2007), dentro de estas enfermedades se encuentra la diabetes

<sup>1</sup> Proyecto financiado por el programa UNAM/DGAPA/PAPIIT IT300114. Artículo recibido el 3 de noviembre y aceptado el 17 de diciembre de 2014.

<sup>2</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)53-61-54-01, correo electrónico: carmayu5@yahoo.com.

mellitus tipo 2 (DMT2 en lo sucesivo), la cual representa uno de los grandes problemas de salud pública dados sus altos índices de morbilidad y mortalidad en el país y el mundo. En el año 2010 México ocupó la décima posición entre los países con el mayor número de personas con diabetes, con 6.8 millones (Villalpando, Shaman, Rojas y Aguilar, 2010). Sin el control adecuado, esta enfermedad presenta complicaciones físicas y un impacto considerable en el individuo; además, genera un gran costo para los sistemas de salud y acarrea comorbilidades importantes.

Como portadoras de enfermedades crónico-degenerativas, las personas diabéticas deben seguir un tratamiento durante toda su vida, lo cual implica la adopción de nuevos hábitos de salud para mantener el control de su enfermedad. El tratamiento para la DMT2 abarca en algunos casos la administración de medicamentos, la prescripción de actividad física, el automonitoreo y, muy especialmente, la implantación de un régimen alimenticio sano; si bien es cierto que todos estos componentes terapéuticos requieren de grandes esfuerzos para su cumplimiento, seguir un buen régimen alimenticio y practicar actividades físicas son dos de los hábitos saludables que difícilmente los pacientes llevan a cabo de forma regular. Dada la necesidad de lograr el apego al tratamiento no farmacológico o al régimen alimenticio establecido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) ha insistido en la importancia de integrar las intervenciones psicológicas comportamentales en el tratamiento.

Hay un conjunto de factores psicológicos que se vinculan a esta enfermedad. En la psicología de la salud, a través de diversas aproximaciones se han propuesto y estudiado varios elementos con el propósito de comprender mejor los comportamientos de adherencia. De hecho, según Granados y Escalante (2010), los modelos conductuales y cognitivos son los que mayores contribuciones han hecho en los últimos años al ámbito de la salud. Con una perspectiva cognitivo-conductual, se han propuesto diversos modelos, como los de la teoría social cognitiva, la teoría de la acción razonada, el modelo de creencias en salud, el modelo transteórico y el modelo de información-motivación-habilidades, todos los cuales plantean el estudio de diversas variables y brindan explicaciones sobre el

origen y el mantenimiento de la adherencia terapéutica. Por ejemplo, la teoría social cognitiva ha propuesto que la autoeficacia explica y permite predecir dicha adherencia (Ortiz y Ortiz, 2007).

La adherencia se define “como un proceso de esfuerzos que ocurren en el curso de una enfermedad para cumplir con las demandas conductuales impuestas por esa enfermedad” (cf. Soria, Vega y Nava, 2009, p. 79). Esta es solo una de las muy diversas definiciones de este fenómeno, el cual es la meta de cualquier intervención.

No existe un método único que se considere como criterio para medir la adherencia. Entre las técnicas de medición que se han empleado se encuentran las técnicas objetivas directas, las objetivas indirectas y las subjetivas. Entre las primeras se halla la determinación del fármaco en algún fluido biológico; entre las segundas, el recuento de comprimidos, la valoración de la asistencia a citas programadas o el control de visitas para recoger recetas, y entre las terceras, que valoran la conducta y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes, las más utilizadas han sido el juicio del médico, las entrevistas al enfermo y los cuestionarios o auto-reportes que analizan el grado de conocimiento o las actitudes en relación al tratamiento (Taweel, Awad y Johnson, 2013).

De acuerdo con Ginarte (2001), la adherencia es una conducta de salud que se encuentra estrechamente relacionada con los valores de salud generales o con la motivación para la salud; además, el autor señala que está modulada por la experimentación de un riesgo o la percepción de vulnerabilidad, el juicio sobre la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento. Ajzen y Fishbein (1980), quienes desarrollaron el modelo de creencias de salud, indican que son justamente las creencias un elemento de vital importancia porque modulan las conductas de adherencia. La Rosa, Martín y Bayarre (2007), a su vez, hacen hincapié en que los problemas de la adherencia pueden ocurrir por ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de la recomendación del profesional de la salud. Así, puede ocurrir que la persona se adhiera solamente a ciertos puntos de la prescripción, o únicamente en ciertos momentos o en ciertas circunstancias;

todo ello debido a que no se trata de un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo en virtud de los numerosos factores que pueden determinarlo.

Para Ortiz y Ortiz (2007), es sumamente complicado elaborar una definición única del concepto de adherencia ya que, por si fuera poco, se le mide y analiza de distintas maneras. Desde un punto de vista conductual, implica ciertas acciones complejas, como las actitudes o las relaciones del paciente con su médico o con sus familiares, aspectos que se pueden medir o analizar por medio de entrevistas u otros métodos indirectos. Desde un punto de vista médico, la adherencia se mide a través de métodos directos, como los análisis de sangre u orina, que más bien muestran los resultantes que el propio proceso de adherencia.

Ginarte (2001) apunta asimismo que la adherencia del paciente a la dieta se ha convertido en un aspecto esencial en la investigación contemporánea respecto a las enfermedades crónicas, pues su incumplimiento conduce a un aumento de la morbilidad, la mortalidad y los costos del tratamiento médico, sin contar con el desgaste personal, familiar y social.

La psicología de la salud se ha ocupado de estudiar los comportamientos de adherencia mediante diversos modelos terapéuticos, a partir de los cuales se han investigado algunas variables que se suponen importantes, e igualmente se han desarrollado programas para modificar algunos comportamientos en los pacientes diabéticos. Se ha enfatizado la modificación de los hábitos alimenticios en virtud de que la alimentación es la piedra angular del tratamiento del paciente diabético. El control metabólico depende en gran medida de ese aspecto; sin embargo, la adherencia al plan de alimentación se sigue reportando como muy escasa en todo el mundo (Ortiz y Ortiz, 2007; Rhee, Slocum, Ziemer, Culler y El-Kebbi, 2005; Vijan et al., 2005).

En la actualidad, la mayoría de las intervenciones se basan en algunas técnicas, como psicoeducación, prescripción de plan alimentario y actividad física, automonitoreo, control de estímulos, conductas alternativas, reestructuración cognitiva (Beck, 2009), apoyo social y habilidades para el mantenimiento de los cambios (Everett et al., 2005; Facchini, 2003; Novakofski y Karduck, 2005; Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez, 2011; Riveros, Cortá-

zar, Alcázar y Sánchez, 2005; Rondón, 2011). Es importante considerar que los pacientes diabéticos deben hacer cambios generales en su estilo de vida, lo que incluye un régimen alimentario saludable, la vigilancia estrecha de los niveles de glucosa, la vigilancia de cambios físicos, las visitas médicas, la actividad física y la ingesta de medicamentos en tiempo y forma.

La investigación que se presenta en este trabajo se enfoca en el estudio de algunos de los factores que pueden afectar la adherencia terapéutica. Se toma como base el trabajo de Ginarte (2001), quien señala que hay cuatro factores relevantes al respecto: la interacción del paciente con el profesional de la salud, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. Dicho autor propone mejorar cada uno de estos factores para lograr la adherencia, aunque no propone índices específicos para su valoración.

Respecto al primer factor, plantea que en la relación médico-paciente es vital que haya una comunicación eficaz, esto es, que la información proporcionada por el médico sea clara y profesional, en términos generales; de hecho, los médicos y el personal de salud no explican con claridad en qué consiste la enfermedad ni tampoco lo que es una nutrición saludable, lo que dificulta que el paciente muestre comportamientos de adherencia al tratamiento (Al-Sinani, Min, Ghebremeskel y Qazac, 2010; Bruce, Davis, Cull y Davis, 2008).

El segundo factor, el régimen terapéutico, comprende elementos tales como la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos; en términos generales, el citado autor indica que cuanto más complejo sea un tratamiento, más difícil será lograr que el paciente se adhiera al mismo.

En cuanto al tercero, las características de la enfermedad, los síntomas son una pieza clave para la acción y el refuerzo de la adherencia, aspecto que debe concretarse de acuerdo a las necesidades individuales. Si los síntomas se alivian siguiendo las indicaciones médicas, la adherencia será más fácil. Para Granados y Escalante (2010), las características de la enfermedad pueden obstaculizar en mayor o menor medida el seguimiento del tratamiento; de hecho, tal como se ha indicado, la diabetes muestra los agravantes de ser una enfer-

medad que puede permanecer asintomática durante mucho tiempo y que necesita tratamiento durante toda la vida. Hay que tomar en cuenta lo mencionado por Froján y Rubio (2004) en cuanto a que dicha enfermedad se presenta después de haberse gestado durante muchos años “lo cual dificulta el establecimiento de una contingencia directa entre el comportamiento actual del paciente y los posteriores problemas de salud, incidiendo negativamente en la adherencia. Una de las barreras más importantes la constituye la complejidad del régimen alimentario, siendo éste uno de los aspectos que menor tasa de adherencia presenta” (p. 205).

En el cuarto factor, Ginarte (2001) incluye el apoyo social y las creencias, actitudes y atribuciones, aunque cabe apuntar que la literatura sobre adherencia incluye más variables, algunas de ellas postuladas por modelos cognitivos específicos, tales como la autoeficacia (Tovar, Rayens, Gokun y Clark, 2013), las emociones diversas (Colunga, García, Salazar y Ángel, 2008; Delgado, Hidalgo y Villalobos, 2011; Fabián, García y Cobo, 2010; Padilla, Ruiz y Rodríguez, 2009) o las estrategias de afrontamiento (Gómez, Galicia, Vargas, Martínez y Villarreal, 2010). Por ejemplo, La Rosa et al. (2007) indican que algunos de los factores que intervienen en la eficacia del afrontamiento son la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada persona, el nivel cultural e intelectual en general, las características personales (resistencia personal, autoestima), las características propias de la enfermedad y la valoración y el apoyo social. Para estos autores, una forma de afrontar la enfermedad es la propia adherencia, en tanto que el paciente activa recursos “personológicos” que minimizan los efectos del padecimiento.

Uno de los elementos más estudiados es el apoyo social (Misra y Lager, 2008), que se ha entendido como la disponibilidad de relaciones sociales cercanas, o como la percepción de la persona de que es apreciada y valorada por los demás y que pertenece a una red social (Barra, 2004). Dicho apoyo también resulta relevante cuando se padece DMT2, pues genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las áreas de la vida del enfermo y que pueden incidir negativamente en la adherencia. Por esta razón, algunas investigaciones se han centrado en el funcionamiento dinámi-

co de las reacciones psicológicas y sociales ante esta enfermedad (González, 2011) y consideran el funcionamiento de los sistemas de apoyo social del paciente como uno de los factores de mayor relevancia para las conductas de adherencia (Bailey y Kodack, 2011). La complejidad del tratamiento es algo que debe tomarse muy en cuenta puesto que implica importantes cambios en los hábitos cotidianos y requiere de la colaboración familiar (González, 2011) y de la adquisición de habilidades y conocimientos específicos, lo que puede hacer más complicados los comportamientos de adherencia (Bailey y Kodack, 2011).

Se han descrito como fuentes de apoyo la familia y la pareja, los compañeros de trabajo o estudio, y hasta el personal de salud que atiende al paciente. El apoyo social puede favorecer la salud al crear un ambiente de bienestar que aumente la autoestima de aquél, lo que puede amortiguar los efectos negativos que son producto de algunos acontecimientos estresantes relacionados con la enfermedad, como el cambio súbito y general de los hábitos, el permanente consumo de medicamentos y las ideas negativas que se pueden generar en relación a la muerte o al sufrimiento físico. El apoyo puede ayudar a hacer más fácil la ejecución de las prescripciones terapéuticas y el mantenimiento del régimen médico.

Considerando lo anterior, el presente trabajo forma parte de un estudio más amplio, hecho para evaluar un programa diseñado para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con DMT2. De manera simultánea a esa investigación, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transeccional (Hernández, Fernández y Baptista, 1991) que tuvo como objetivo realizar un análisis descriptivo de algunas de los problemas que reportaban los participantes de este programa para adherirse a un régimen terapéutico. Para ello, se partió de la propuesta de los cuatro factores que, de acuerdo con Ginarte (2001), influyen en la adherencia terapéutica. Dichos factores apuntan a algunas variables que se han tomado en consideración en otros estudios. Se pretendió estudiar dichas variables en una muestra de pacientes diabéticos mexicanos atendidos en centros de salud públicos, para de este modo identificar aquellas que podrían ser relevantes a tal tipo de población.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 70 pacientes diabéticos de diversos centros de salud de la Secretaría de Salud del Estado de México (México) que estaban participando en un programa para reducir sus niveles de glucosa en sangre a través del cambio de sus hábitos alimenticios. Estos pacientes (5 hombres y 65 mujeres) constituyeron una muestra intencional voluntaria. Sus edades fluctuaban entre 34 y 86 años, siendo el promedio de 60.32 años. De los 70 participantes en el taller, 74.3% eran de un nivel socioeconómico bajo y 25.7% de un nivel medio. La escolaridad promedio fue de secundaria, aunque más de 28% de los participantes tenía estudios de primaria inconclusos; 43.1% se dedicaba al hogar, 15% eran comerciantes, 13.6% eran empleados en casas o cafeterías, 10% estaban jubilados, 12.3% se encontraban desempleados y solamente 6% eran profesionistas. El programa se impartía en las aulas de los diversos centros de salud a grupos de aproximadamente doce pacientes interesados en participar en el programa.

### Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en distintas fechas en varios centros de salud con los grupos de pacientes diabéticos que pudieron conformarse en cada centro. En la primera sesión de cada taller se solicitaba el consentimiento de los pacientes para participar en el estudio, a quienes se explicó que dicha participación consistiría en responder algunas preguntas de forma individual y en sesiones independientes a las del programa general de adherencia en el que estaban participando. A cada paciente se le dio un formato de consentimiento informado para audiogravar las entrevistas. Así, durante las primeras tres sesiones de cada taller se hizo una entrevista semiestructurada individual a cada participante. En esa entrevista debían especificar su edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico y enfermedad padecida, así como responder 22 preguntas que correspondían a los cuatro factores que, de acuerdo con Ginarte (2001), influyen

en la adherencia terapéutica; dichas preguntas se formularon de acuerdo a lo reportado por la literatura en general; de este modo, cuatro de ellas se refirieron al factor “interacción médico-paciente”, cinco al factor “régimen terapéutico”, siete al factor “características de la enfermedad” y seis al de “aspectos psicosociales del paciente”. Al finalizar cada entrevista, se agradeció la colaboración del participante.

Una vez grabadas todas las entrevistas, tres investigadores procedieron a revisarlas a fin de simplificar las respuestas dadas por los participantes en términos de los factores incluidos. Para su análisis, solamente se obtuvieron los porcentajes de las respuestas a cada una de las preguntas.

## RESULTADOS

En la medida en que este estudio fue descriptivo, el análisis de lo que los pacientes reportaron en las entrevistas se muestra en términos porcentuales. Como se dijo antes, las preguntas se estructuraron con base en los cuatro factores señalados por Ginarte (2001) para explicar la adherencia terapéutica y consideran los elementos discutidos por este autor.

### Factor 1. Interacción médico-paciente

Recuérdese que se postula la relación del paciente con el profesional de la salud como un factor que influye en la adherencia. La Tabla 1 presenta las respuestas obtenidas en este primer factor en términos de porcentajes.

En la tabla se observa que el porcentaje de personas que reportó tener una buena relación con su médico no llegaba a la mitad. Igualmente, llama la atención que un porcentaje cercano a esa cifra señaló que el médico les daba información de manera “regularmente clara”. La mayoría de ellos refirió haberse tratado la enfermedad con más de un médico, y de los que habían cambiado de médico en más de una ocasión, cerca de una tercera parte marcó como motivo el que no comprendían las indicaciones.

**Tabla 1.** Factor 1: Relación médico-paciente.

Reactivo	Respuesta	%
1.1. Relación con su médico	No va al médico	14.3
	Buena	34.3
	Regular	48.5
	Mala	2.9
1.2. Información proporcionada por su médico	No va al médico	14.3
	Es clara	35.7
	Es regularmente clara	47.1
	No es clara	2.9
1.3. Número de médicos tratantes	No va al médico	14.3
	Solamente uno	24.3
	Dos	34.3
	Más de dos	27.1
1.4. Razones para haber tenido más de un médico	No va al médico	14.3
	No ha cambiado de médico	24.3
	Era muy caro	22.9
	No comprendían al anterior	29.0
	Estaba muy lejos el consultorio	9.5

## Factor 2. Régimen terapéutico

Este factor comprende una diversidad de elementos relacionados con el consumo de medicamentos, es decir, con la adherencia farmacológica. De acuerdo con Ginarte (2001), cuanto más complejo es un tratamiento, más difícil será lograr que el paciente se adhiera al mismo.

Las preguntas para este factor fueron las siguientes: “¿Consume algún medicamento para controlar

su enfermedad?”, “¿Consume el medicamento en los horarios que el médico le indica?”, “¿Qué tan accesible es el medicamento que le recetan?”, “¿Por qué razón no consume sus medicamentos?” y “¿Considera que es estricto siguiendo las indicaciones de su médico, es decir, que no interrumpe su tratamiento, y que si le dan alguna otra indicación (por ejemplo, respecto a su alimentación o a otros cuidados que debe tener), la sigue?”. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Factor 2: Régimen terapéutico.

Reactivo	Respuesta	%
2.1. Consume medicamento	Sí	68.6
	No	31.4
2.2. Consumo del medicamento en los horarios prescritos	No consume	31.4
	Sí	21.0
	No	27.6
	A veces	20.0
2.3. Accesibilidad del medicamento	No consume	31.4
	Muy accesible	6.1
	Poco accesible	40.8
2.4. Razones para no consumir medicamento	Nada accesible	21.7
	Es muy caro	25.3
	No lo tienen en la farmacia	69.0
2.5. Seguimiento puntual del tratamiento médico	No cree estar tan enfermo	5.7
	No va al médico	14.3
	Sí sigue las indicaciones del médico	42.8
	No sigue las indicaciones del médico	2.9
	Sigue “más o menos” las indicaciones del médico	40.0

En la tabla se observa que la mayoría de las personas tenía tratamiento farmacológico, pese a lo cual

solamente una quinta parte se ajustaba al horario prescrito. La mayoría de los pacientes entre-

vistados indicó que su medicamento era poco o nada accesible, y algunos otros ni siquiera lo consumían. Ahora bien, aunque la mayoría tomaba los medicamentos, la razón más frecuente para no hacerlo fue que no estaba disponible en las farmacias del sector salud. Casi la mitad señaló que no seguía con precisión las indicaciones de su médico.

### Factor 3. Características de la enfermedad

Un elemento que se ha planteado como importante para la acción y refuerzo de la adherencia es el síntoma. Según Granados y Escalante (2010), el tratamiento puede verse obstaculizado en mayor o menor medida por las propias características de la enfermedad. Así pues, la diabetes es un caso

particularmente difícil ya que puede permanecer asintomática durante mucho tiempo y es incurable; por lo que su tratamiento es de por vida e incluye el cambio general de los hábitos.

Las preguntas para este factor fueron, a saber: “¿Cuántos años ha vivido con la enfermedad?”, “¿Ya sospechaba que padecía la enfermedad antes de serle diagnosticada?”, “¿Qué tanto sabía sobre la enfermedad antes de serle diagnosticada?”, “¿Qué tan avanzada estaba su enfermedad al momento de serle diagnosticada?”, “¿Tiene actualmente alguna molestia física relacionada con su enfermedad?”, “¿Cuál es la molestia física que más sufre debido a su enfermedad?” y “¿Qué tipo de problema suele tener a causa de su enfermedad y no sabe resolver?”. Las respuestas se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Factor 3: Características de la enfermedad.

Reactivo	Respuesta	%
3.1. Tiempo con la enfermedad	Menos de seis meses	6.0
	De seis meses a un año	15.4
	De uno a cinco años	14.3
	De seis a diez años	21.4
	Más de diez años	37.1
	No lo sabe	5.8
3.2. Sospechas previas de padecer la enfermedad	Sí sospechaba	65.7
	No sospechaba	34.3
3.3. Conocimientos de la enfermedad previos a su diagnóstico	No tenía conocimientos	35.7
	Tenía pocos conocimientos	51.4
	Tenía muchos conocimientos	12.9
3.4. Grado de la enfermedad al momento del diagnóstico	Poco avanzada	24.9
	Medianamente avanzada	52.9
	Muy avanzada	22.2
3.5. Molestias físicas actuales por la enfermedad	Tiene molestias	61.1
	No tiene molestias	38.9
3.6. Molestia física más frecuente	No tiene molestias físicas	38.9
	Cansancio	40.0
	Sed	8.6
	Dolores de cabeza	8.2
	Otras	4.3

En la tabla se observa que el mayor porcentaje correspondió a las personas que llevaban más de diez años con diabetes; el resto tenía entre seis meses y diez años padeciéndola. La mayor parte de la muestra ya sospechaba que padecía diabetes antes de que le fuese diagnosticada. La mayoría reportó haber tenido pocos conocimientos acerca de su enfermedad antes del diagnóstico. Cerca

de la mitad de las personas señaló haber tenido medianamente avanzada su enfermedad al serle diagnosticada, y muy pocas haberla tenido muy avanzada. La mayoría respondió que tenía alguna molestia física relacionada con su enfermedad, siendo el cansancio la más común. En la Tabla 4 se muestran las respuestas referentes a los problemas irresolubles causados por la enfermedad.

**Tabla 4.** Porcentaje de respuestas a un reactivo del factor 3: Problemas a causa de su enfermedad que no saben resolver.

Respuesta	%
Económicos	17.5
Emocionales	21.1
Económicos y emocionales	38.6
Ninguno	22.8

#### Factor 4. Aspectos psicosociales del paciente

En este factor se incluyen las creencias, actitudes, atribuciones y apoyo social. Autores como La Rosa et al. (2007) afirman que la diversidad y la flexibilidad de las estrategias de cada persona, el nivel cultural e intelectual, las valoraciones sociales, las características personales y el apoyo social son, todos ellos, factores que pueden ayudar a afrontar de mejor manera una enfermedad crónico-degene-

rativa como la diabetes. Como se indicó antes, el apoyo social parece ser un factor de suma importancia, pues un ambiente de bienestar que aumente la autoestima del paciente puede minimizar los efectos negativos resultantes de la enfermedad que padece.

Las preguntas correspondientes a este factor fueron las siguientes: “¿Vive constantemente bajo situaciones que le preocupan, o lo hacen sentir nervioso?”, “¿Considera que estas preocupaciones se relacionan con su enfermedad?”, “¿Qué sentimiento negativo es el que tiene de manera más frecuente por vivir con su enfermedad?”, ¿Cuál fue la reacción más común o que más tuvieron sus familiares al enterarse de que usted padecía tal enfermedad?”, “¿Recibe el apoyo de su familia y/o amigos para afrontar su enfermedad?” y “¿Cómo es el apoyo que recibe de su familia y amigos?” (Tabla 5).

**Tabla 5.** Factor 4: Aspectos psicosociales del paciente.

Reactivo	Respuesta	%
4.1 Vive constantemente situaciones que le preocupan	No lo sabe	1.40
	Sí	58.60
	No	40.00
4.2 Las preocupaciones se relacionan con su enfermedad	No se preocupa	4.30
	Considera que sus preocupaciones tienen que ver con su enfermedad.	58.60
	Considera que sus preocupaciones no tienen que ver con su enfermedad.	37.10
4.3 Sentimiento negativo más frecuente que le genera el vivir con la enfermedad	No tiene sentimientos negativos	4.30
	Enojo	11.40
	Tristeza	27.10
	Indiferencia	10.00
	Preocupación	47.20
4.4 Reacción más frecuente presentada por su familia al enterarse de que usted padecía tal enfermedad	No comentaron nada	3.30
	Sorpresa	14.30
	Tristeza	8.10
	Indiferencia	21.40
	Preocupación	44.30
	Enojo	8.60
4.5 Recibe apoyo de familia y/o amigos	Sí recibe	74.30
	No recibe	25.70
4.6 Tipo de apoyo recibido	Cuidados	11.00
	Económico	6.90
	Emocional	19.25
	De todo tipo	37.15
	No recibe apoyo	25.70

Como se aprecia en la tabla, más de la mitad de las personas entrevistadas reportó enfrentar constantemente situaciones que las preocupaban y que

atribuían o se relacionaban con su enfermedad. La mayoría señaló también que la enfermedad le generaba preocupación. Casi la mitad de los pacientes

contestó que sus familiares se preocuparon ante la noticia de la enfermedad, y la mayoría indicó que recibía apoyo de familiares y amigos para superar su enfermedad, comentando que tal apoyo era de todo tipo. Cabe subrayar que una cuarta parte de los pacientes reportó no contar con apoyo alguno.

## DISCUSIÓN

El estudio aquí reportado se inscribe en una línea de investigación y parte de los cuatro grupos de factores señalados por Ginarte (2001) como elementos a evaluar en relación con los comportamientos de adherencia.

Para que el tratamiento de la diabetes sea exitoso, es necesario que el paciente se adhiera a las prescripciones médicas respecto a los fármacos y dietas, básicamente, y esto es justamente lo que, a pesar de los esfuerzos de diversas disciplinas, no se ha conseguido. Como se señaló antes, las tasas de adherencia son muy bajas. Hay que tener presente que adherirse o no hacerlo implica un tipo de comportamiento, y de ahí que este fenómeno sea fundamentalmente psicológico. Al psicólogo le corresponde comprender estos comportamientos en toda su complejidad, y por ello conviene hacer estudios que permitan entender los aspectos y variables relevantes a este fenómeno en el mediano plazo, y con ello diseñar estrategias preventivas eficaces.

La psicología de la salud ha estudiado variables que, según se presume, están relacionadas con los comportamientos de adherencia o con la falta de ellos, tales como las creencias de salud, la autoeficacia, los conocimientos sobre la enfermedad o la intención de cambio (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Buceta y Bueno, 2006; Cifuentes y Yefi, 2005; De los Santos, 2009; Sarkar, Fisher y Schilling, 2006).

Para el modelo biopsicosocial, por ejemplo, uno de los aspectos más relevantes para lograr la adherencia terapéutica es el apoyo social, al igual que la relación con el médico y con el personal de salud en general. Desde la perspectiva de las presentes autoras, es conveniente tomar en consideración lo que se estudia en las distintas aproximaciones terapéuticas, ubicando su posible papel e importancia en relación con los comportamientos

de adherencia. Con esta base, se retomaron los factores planteados por Ginarte (2001), mismos que pueden contribuir al desarrollo de mejores estrategias preventivas, especialmente con poblaciones mexicanas.

En la Tabla 1 se observa que el porcentaje de personas que reportó tener una buena relación con su médico no llegaba a la mitad. Igualmente, llama la atención que un porcentaje cercano a esa cifra haya señalado que el médico les daba información de manera “regularmente clara”. La mayoría de ellos refirió haberse tratado la enfermedad con más de un médico, y de los que habían cambiado de médico en más de una ocasión cerca de una tercera parte marcó como motivo el que no comprendían las indicaciones.

Hay que recordar que los cuatro factores que considera dicho autor son la relación del paciente con los profesionales de la salud, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. Los factores citados por Ginarte (2001) hacen posible entender algunos aspectos específicos relacionados con la mencionada adherencia terapéutica. De acuerdo a Ribes (1990), el primer factor está relacionado con las competencias que los pacientes deben poseer para relacionarse en el contexto de los sistemas de salud. Dadas las características de las instituciones públicas de salud en México, este estudio apunta a cuidar tal aspecto. Aquí, por ejemplo, se encontró que casi la mitad de los participantes reportó que la relación con su médico era regular, y ni siquiera llegó a esa cifra el número de participantes que consideraba que su médico les daba información e instrucciones de forma clara, que es una de las razones por las que cambiaban de médico. Tales datos resaltan el papel de las habilidades relacionadas con la posesión de conocimientos, así como de destrezas sociales que llevan a los usuarios de los servicios de salud pública a establecer mejores relaciones con el personal. Parece vigente –dados los comentarios de los pacientes entrevistados– lo que señala García (2007) respecto a que en la comunicación médico-paciente son importantes la habilidad y la efectividad con la que el primero transmite la información precisa para que el segundo cumpla sus instrucciones, así como el posible impacto emocional de la comunicación, tanto la que se lleva

a cabo en forma verbal como la que no. Dicho autor comenta que se ha podido constatar que una buena comunicación y un ambiente cálido suelen traducirse en comportamientos de adherencia, los que el paciente evalúa positivamente; por el contrario, una relación interpretada como negativa reforzará las conductas opuestas. Menciona además que el cumplimiento se relaciona estrechamente con la efectividad percibida por el paciente y con la relación amistosa y el interés que el médico muestra por la evolución de la enfermedad, para lo cual es fundamental el desarrollo apropiado de la entrevista, la calma y la paciencia en la consulta, lo que es muy difícil de lograr en las instituciones públicas de salud en México debido al poco tiempo que los médicos dedican a la consulta regular, el espaciamiento de las citas y la saturación de pacientes, todo lo cual dificulta el establecimiento de relaciones más cálidas y claras.

El segundo factor alude básicamente al seguimiento del tratamiento farmacológico. En este estudio se encontró que tampoco llega a la mitad el número de participantes que toma los medicamentos en los horarios prescritos, lo que sugiere la necesidad de adquirir una mayor información y, posiblemente, de una mayor planeación y autocontrol. También se encontró que no siempre los medicamentos están disponibles, lo que dificulta la adherencia; sin embargo, este problema compete a las autoridades sanitarias y no a los pacientes.

El tercer factor desglosa un conjunto de habilidades de suma importancia para prevenir complicaciones, las que tienen que ver con el conocimiento, entendido como la capacidad para discriminar las reacciones biológicas y síntomas que hay que atender de forma oportuna. En el estudio, la mayoría de las personas reportó que llevaba más de cinco años padeciendo la enfermedad, además de que muchas de ellas ya sospechaban de su padecimiento antes de recibir el diagnóstico; sin embargo, muy pocas de ellas tenían los conocimientos necesarios al respecto, y el resto sabía poco o nada, lo que tal vez pueda relacionarse al hecho de que, al ser diagnosticadas, ya estaban en una etapa medianamente avanzada, lo cual, de acuerdo con Téllez (2004), lleva a pensar en la necesidad de una mayor prevención. Hay que subrayar que el conocimiento que tenga la gente en general sobre

las enfermedades que pueden prevenirse mediante diversos comportamientos resulta fundamental, al menos para su detección temprana. La prevención es una labor multidisciplinaria, y la psicología tiene mucho que aportar en ese sentido dado que la adherencia al régimen terapéutico en su conjunto implica comportamiento (Libertad y Grau, 2004).

El cuarto factor señalado por Ginarte (2001) también incluye la percepción de apoyo. En esta muestra se encontró que más de 70% de los pacientes dijo contar con el apoyo de familiares y amigos, lo cual sorprende de manera favorable ya que, según la literatura, éste es un factor que contribuye a la adherencia (González, 2011).

El diagnóstico suele ser estresante cuando se trata de enfermedades crónicas, pues las personas deben habituarse a la idea de que tendrán que hacer cambios radicales en su vida si aspiran a conservarla; además, tienen que enfrentarse cotidianamente a la enorme responsabilidad de cuidar su salud. Garay et al. (2000) afirman que los niveles de estrés pueden estar asociados con el descontrol metabólico toda vez que pueden afectar las rutinas relacionadas con el manejo óptimo de la enfermedad, o bien generar cambios hormonales en las catecolaminas o el cortisol, lo que provoca aumentos en los niveles de glucosa en la sangre. Marín y Rodríguez (2001) indican que, en el caso de enfermedades crónicas como la diabetes, es necesario que haya una buena relación del enfermo con su familia, lo que también desempeña un papel importante en la detección de síntomas, en el momento del diagnóstico, en el curso clínico de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. Tomando esto en consideración, sería recomendable que las instituciones sanitarias y los profesionales consideraran a la familia del diabético como una parte esencial en los diversos tratamientos.

El último factor se relaciona con las competencias para el desempeño eficiente en la vida cotidiana. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes reportó vivir frecuentemente situaciones que les preocupaban o que valoraban como problemáticas, atribuyéndolas a la propia enfermedad, lo que implica también la necesidad de desarrollar habilidades para alterar esos estados emocionales. Si bien este es uno de los temas atendidos por la psicología, los resultados enfati-

zan la necesaria inclusión en los programas de intervención psicológica del manejo de los estados de ánimo y los problemas emocionales.

Adherirse a un plan de tratamiento o no hacerlo es un tipo de comportamiento; por ello, la psicología es una disciplina básica en el campo de la salud. Por supuesto, hay que entender que dichos comportamientos son de difícil consecución porque implican la posesión de un conjunto de habilidades, por lo cual es importante seguir

investigando diferentes aspectos relacionados con las conductas de adherencia que permitan en el mediano plazo diseñar programas y estrategias preventivas eficaces, contribuyendo así a aliviar el impacto físico, económico y social de esta enfermedad. No hay que perder de vista de que, en México, la enfermedad causa estragos en todos los niveles, por lo que se debe entender y estudiar a esta población.

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New York: Prentice Hall.
- Al-Sinani, M., Min, Y., Ghebremeskel, K. y Qazac, H. (2010). Effectiveness of and adherence to dietary and lifestyle counseling. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 10(3), 341-349.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Balcázar, P., Gurrola, G., Bonilla, M., Colín, H. y Esquivel, E. (2007). Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, 147-158. Disponible en línea: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/15996> (Recuperado el 20 de enero de 2014).
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Bayley, C. y Kodack, M. (2011). Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Practice*, 65, 314-322.
- Beck, J. (2009). *El método Beck para adelgazar: Entrene su mente para pensar como una persona delgada*. México: Gedisa.
- Bruce, D., Davis, W., Cull, C. y Davis, T. (2008). Diabetes education and knowledge in patients with type 2 diabetes from the community: the Fremantle Diabetes Study. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 50-59.
- Buceta, J. y Bueno, A. (2006). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.
- Cifuentes, R. y Yefi, N. (2005). *La familia: apoyo o desaliento para el paciente diabético. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar 2005*. Disponible en línea: <http://medicina.uach> (Recuperado el 29 de octubre de 2012).
- Colunga, C., García, J., Salazar, J. y Ángel, M. (2008). Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública*, 10, 137-149.
- De los Santos, M. (2009). *Evaluación de las creencias de "sentido común" sobre la enfermedad: creación de la escala sobre representación cognitiva de la enfermedad*. Tesis doctoral. Granada (España): Universidad de Granada.
- Delgado, L., Hidalgo, G. y Villalobos, F. (2011). Efectos de un programa cognitivo-comportamental sobre los niveles de estrés y glucemia en pacientes con DM T II. *Universidad y Salud*, 2(14), 31-42.
- Everett, L., Sutton, K., Jarjoura, D., Smucker, W., Baughman, K. y Capers, C. (2005). Transtheoretical model-chronic disease care for obesity in primary care: a randomized trial. *Obesity Research*, 13(2), 917-927.
- Fabián, S., García, S. y Cobo, A. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Medicina Interna Mexicana*, 26(2), 100-108.
- Facchini, M. (2003). Obesidad: aspectos psicoterapéuticos. Aspectos no farmacológicos del Tx del paciente con obesidad e hipertensión. *Boletín del Consejo Argentino de HTA*, 4, 2.
- Froján, M. y Rubio, R. (2004). Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulín dependiente. *Psicothema*, 16(4), 548-554.
- Garay, M., Malacara, J., González, E., Wróbel-Zasada, K., Wróbel-Kaczmarczyk, K. y Gutiérrez, A. (2000). Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Investigación Clínica*, 52(3), 241-245.
- García, M. (2007). *Relación médico-paciente: adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos*. Disponible en línea: [www.fue-din.org/ArticulosDestacados/Sub\\_07/Art\\_04\\_07.htm](http://www.fue-din.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm) (Recuperado el 25 de marzo de 2012).
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- Gómez S., A., Galicia, L., Vargas E., R., Martínez, L. y Villarreal, E. (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 539-542.

- González C., P. (2011). *El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)*. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf> (Recuperado el 24 de mayo de 2012).
- Granados, E. y Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencias al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 16(2), 203-216.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- La Rosa, Y., Martín, A. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1). Disponible en línea: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000100005&lng=es&nr=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005&lng=es&nr=iso). (Recuperado el 29 de marzo de 2013).
- Lazcano, M. y Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 7(1), 77-84.
- Libertad, A. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 9(1), 48-56.
- Marín, F. y Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4), 336-339.
- Misra, R. y Lager, J. (2008). Predictors of quality life among with adults with type 2 diabetes mellitus. *Gender Medicine*, 5(2), 162-168.
- Novakofski, K. y Karduck, J. (2005). Improvement in knowledge, social cognitive theory variables, and movement through stages of change after a community-based in a diabetes education program. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1613-1616.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Disponible en línea: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.html> (Recuperado el 21 de enero de 2010).
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.
- Padilla, E., Ruiz, J. y Rodríguez, A.R. (2009). Asociación depresión-obesidad. *Salud Pública de México*, 51(4), 275-276.
- Rhee, M.K., Slocum, W., Ziemer, D.C., Culler, C.B. y El-Kebbi, I.M. (2005). Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes Educator*, 31(2), 240-250.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Riveros, A., Cortázar J., Alcázar, L. y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(3), 445-462.
- Rondón, B. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigación y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2). Disponible en línea: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/26030> (Recuperado el 3 de diciembre de 2014).
- Sarkar, U., Fisher, L. y Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, April, 29(4), 823-829.
- Soria, R., Vega, Z. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
- Taweel, A., Awad, A. y Johnson, B.J. (2013). Evaluation of adherence to international guidelines for treating patients with type 2 diabetes mellitus in Kuwait. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(2), 244-50.
- Téllez, A. (2004). Prevención y adherencia: dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Revista Médica de Chile*, 132(12), 1453-1455.
- Tovar, E., Rayens, M.K., Gokun, Y. y Clark, M. (2013). Mediators of adherence among adults with comorbid diabetes and depression: The role of self-efficacy and social support. *Journal of Health Psychology*. Disponible en línea: <http://hpq.sagepub.com/content/early/2013/12/17/1359105313512514> (Recuperado en diciembre de 2014).
- Vijan, S., Stuart, N.S., Fitzgerald, J.T., Ronis, D.L., Hayward, R.A., Slater, S. y Hofer T.P. (2005). Barriers to following dietary recommendations in type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 22(1), 32-38.
- Villalpando, S., Shamah-Levy, T., Rojas, R. y Aguilar S., C.A. (2010). Tendencia en la prevalencia de diabetes tipo 2 y otros indicadores de riesgo cardiovascular en México entre 1993-2006. *Salud Pública de México*, 52(1), 72-79.