

139
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

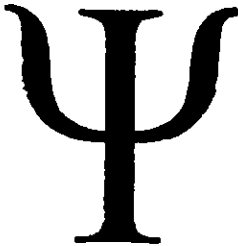
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LA ADHERENCIA TERAPEUTICA A TRATAMIENTOS
MEDICOS MEDIANTE UNA ENCUESTA
DE OPINION."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
FRANCISCO PAZ RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
ASESOR ESTADISTICO Y PSICOMETRICO:
LIC. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ



MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

275706



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A todas aquellas
personas que en la
desesperación y la
angustia encuentran
una luz de esperanza
y la fuerza para
enfrentar un nuevo día

Francisco

Agradecimientos:

A mis padres y hermanos por su confianza y apoyo

A Claudia Díaz por su confianza

A todos los pacientes que amablemente participaron en el estudio

A Samuel y Enedina por su amistad, comentarios y sugerencias

A Celestina gracias por tu amistad

A Yaneth y Julia por su ayuda y comentarios

Al Laboratorio de Psicología Experimental

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía que amablemente accedió a que este trabajo se llevara a cabo

Aurora, Alejandra, Emma, Guadalupe y Claudia gracias por su ayuda en la recolección de las encuestas

A Juan, Arturo, Angel y Gabriel por los momentos agradables que compartimos

INDICE		Pag.
	INTRODUCCION	6
I	ADHERENCIA TERAPEUTICA	7
	1. Antecedentes	7
	2. ¿Que es la Adherencia Terapéutica	10
	3. Adherencia a Tratamientos	11
	4. Factores Predictivos en la Adherencia Terapéutica	11
	5. Implicaciones de la Falta del Cumplimiento a Tratamientos en el Sector Salud	12
	6. La Adherencia como Enfoque Preventivo	16
	7. Psicología y Adherencia	18
	8. Aspectos Psicológicos de las Enfermedades Crónicas	20
	✓ Problemas Físicos	22
	✓ Problemas Laborales y Sociales	22
	✓ Problemas Psicológicos	23
II	REPRESENTACIONES MENTALES	26
	1. Estar enfermo-caer enfermo	26
	2. Modelo de autorregulación	28
	✓ Expectativas de Autoeficacia	30
	✓ Cultura	34
	✓ Creencias	35
	✓ Hábitos	38
	✓ Mitos	40
	✓ Valores	41

	Pag.
III RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	43
1. Educación Para La Salud	48
✓ Propósito de la educación para la salud	48
IV METODOLOGÍA	
1. Planteamiento del Problema	51
2. Método	52
3. Sujetos	55
4. Material	56
RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	79
LIMITACIONES Y APORTACIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	86

INTRODUCCIÓN

Actualmente se habla de optimizar los recursos existentes, sobre todo en lo referente a los servicios de salud debido a que estos son insuficientes (Puentes-Silva 1984). El incumplimiento a los tratamientos médicos es un problema grave para la salud. Sin tomar en cuenta los gastos que generan en la economía. Algunos estudios reportan que entre un 25% y un 50% de pacientes no llevan a cabo las indicaciones recibidas en forma satisfactoria (Puentes-Silva 1984). La presente investigación es tipo ex-postfacto y se realizará con el objeto de conocer el papel que juegan en la adherencia terapéutica, factores como la formación de representaciones mentales, la resistencia al cambio, la relación médico-paciente y la educación para la salud, en personas que hacen uso de los servicios de salud en especial de los servicios prestados por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Se evaluarán mediante una encuesta de opinión y se realizará el análisis de contenido para valorar el instrumento, se procederá a obtener estadística descriptiva de los datos más importantes.

Con este estudio se pretende favorecer la adquisición del conocimiento de conductas que favorecen la salud y tener información de como modificar las que suponen un riesgo para la salud, éstas constituyen tareas importantes para los profesionales de la salud. Siendo de gran importancia si se considera que la formación de las representaciones mentales, la resistencia al cambio, la relación médico paciente y la educación para la salud, determinarán la conducta que los pacientes y familiares tendrán así como su disponibilidad a los tratamientos y programas educativos.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Antecedentes

En los últimos años se habla de optimizar los recursos existentes, sobre todo en lo referente a los servicios de salud, esto se debe a que son insuficientes si su aplicación no es cuidadosamente estudiada (Puentes-Silva 1984). En países en vías de desarrollo como México este es un problema aún más grave ya que un gran porcentaje de la población no se encuentra cubierta por los servicios de salud y quienes lo están, no necesariamente se benefician o hacen uso de estos en forma adecuada.

Generalmente las personas distinguen entre estar enfermo y caer enfermo; la conducta preventiva se presenta cuando se está enfermo, con miras a evitar caer enfermo, Debido a esto se tienen tendencias a manejar diversas lógicas curativas, esto se contrapone con el estilo de la medicina moderna, ya que esta es excluyente. Otro factor importante es el dilema que implica en la población la utilización de los servicios de salud sobre todo por los costos, así como por la mala calidad del trato que según su percepción, con frecuencia reciben (Bronfman 1997).

El conocimiento de las maneras bajo las cuales los individuos utilizan los servicios tanto para la prevención como para la resolución de los problemas de salud es una pieza clave para diseñar políticas y crear estrategias para mejorar los servicios hacia la población.

Para favorecer el uso oportuno y adecuado del servicio se necesita, saber la circunstancia por la que se acude al médico, el porqué se selecciona este servicio, los obstáculos que individuos y familias enfrentan para la utilización de los servicios y que influye a tomar la decisión de utilizar ese tipo de servicio. Debido a esto el identificar los principales obstáculos que los individuos y familias enfrentan para la utilización de servicios médicos es sumamente importante.

El incumplimiento a los tratamientos médicos se ha vuelto un problema grave para la salud. Sin tomar en cuenta los gastos que generan en la economía. Algunos estudios reportan que entre un 25% y un 50% de pacientes no llevan a cabo las indicaciones recibidas en forma satisfactoria (Puentes-Silva 1984). Por ejemplo un paciente: es recibido por una recepcionista, la cual le toma sus datos; una secretaria le abre el expediente; una enfermera lo recibe y lo lleva a la evaluación médica; el médico le elabora la historia clínica y lleva a cabo la exploración correspondiente; se le solicitan los estudios de laboratorio y de gabinete que se consideren necesarios, se llega a un diagnóstico adecuado y se decide establecer el tratamiento correspondiente.

A partir de ese momento, en la mayoría de nuestros sistemas de salud, la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento adecuadamente recae en el paciente, sin preguntarnos si tiene la información adecuada y una clara conciencia de su padecimiento, así como si sabe las implicaciones y consecuencias, ya sea de continuar con el tratamiento o de dejar de hacerlo.

Es muy probable sobre todo en enfermedades de tipo crónico que en el futuro se manifieste alguna complicación que requiera de servicios de terapia intensiva, los cuales por definición son de alto costo y donde el paciente necesitará dejar de laborar por un tiempo prolongado, con las pérdidas correspondientes por su falta de producción, además de que los familiares se encuentran sujetos a sufrimiento intenso por los peligros que la condición del paciente establece.

Cuando esto ocurre, los gastos generados por la atención, se consideran inútiles, y al recuperarse los pacientes, no necesariamente regresan a su condición de salud original, ya que puede haber secuelas y complicaciones, o bien, el proceso puede repetirse, por ello es muy importante conocer la magnitud de la falta de adherencia terapéutica a tratamientos médicos y programas preventivos.

En general se parte de la base de que con sólo informarle al paciente que está enfermo, situación que por cierto el ya sabe, y que requiere tomar medicamentos en una u otra forma, el paciente llevará adecuadamente estas indicaciones. Haciendo de lado importantes elementos psicológicos como:

- ✓ *Elementos intelectuales* "¿El paciente entiende las indicaciones de su médico?";
- ✓ *Elementos cognoscitivos* "¿Qué tanto se encuentra o no en discrepancia la información recibida con las normas y valores que el sujeto mantiene?" "¿Cuál es el concepto del manejo del tiempo del paciente?" "¿Cuál es la capacidad del sujeto para poder planear cuándo se requieren tratamientos por tiempos prolongados?"
- ✓ *Elementos emocionales* "¿Qué tan dolorosa resulta emocionalmente para el paciente y sus familiares la presencia de una enfermedad incurable?" (Puentes-Silva 1984).

Esto sin dejar de reconocer la importancia que tiene el buen trato a los pacientes por el profesional de la salud; la existencia de servicios que permitan atender con prontitud y eficacia a pacientes y mecanismos que permitan al usuario solventar los servicios médicos, ya que en ocasiones esto impide que el paciente lleve a cabo su tratamiento. Se deben tomar en cuenta estos y otros elementos más que son determinantes para que un paciente lleve a cabo una buena adherencia al tratamiento.

Debido a eso los programas de servicio y atención en salud, se deben diseñar de acuerdo a las características de la población a la que se piensan dirigir y tomar en cuenta las habilidades de pacientes para cumplir satisfactoriamente con el tratamiento establecido.

¿Que es la Adherencia Terapéutica?

Se sabe que algunos pacientes no cumplen con el tratamiento o lo siguen de manera inadecuada. En la medicina institucional se reconoce que el incumplimiento a los tratamientos es un grave problema, ya que mediante este cumplimiento se evalúa la efectividad y eficacia de los programas terapéuticos.

Al hablar de adherencia terapéutica, nos referiremos al proceso mediante el cual, el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, (médico o profesional de la salud), cuando se cumplen con las prescripciones recibidas (Puente-Silva 1984). También se considera como adherencia: “Una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado” (Latorre 1994).

Lo contrario, la falta de adherencia describe a la situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón el programa terapéutico establecido por su médico o profesional de la salud para el manejo de una enfermedad o padecimiento (Puente-Silva 1984).

Se reconoce que se requiere cada vez más de la activa participación del paciente, y que constituye un proceso complejo, ya que las recomendaciones que mejoran la salud, aumentan constantemente. Cuando un paciente reconoce la presencia de una enfermedad, tiene el privilegio de decidir si lleva a cabo o no las prescripciones de su médico, quien a su vez debe llevar a cabo actividades de educación en sus pacientes, sobre los problemas que aparecen en el padecimiento o el tratamiento y supervisar el cumplimiento de estas indicaciones.

Por esto se deben incrementar las acciones disponibles para que el paciente ejerza un mayor control sobre su salud y sobre el medio ambiente, para que opte por todo lo que le brinde una buena salud, mediante la combinación de experiencias de aprendizaje planificado, destinado a facilitar los cambios voluntarios en comportamientos saludables.

Adherencia a tratamientos

En lo referente a la falta de la adherencia a terapias con medicamentos, encontramos que existen los siguientes problemas:

- ✓ *Errores de omisión:* El paciente no se toma el medicamento prescrito, independientemente de cual sea la razón. Estas pueden deberse al olvido, falta de disciplina, negación de su condición de enfermo, miedo a efectos colaterales etc.
- ✓ *Errores de dosis:* El paciente no se toma las dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque él decida que requiera una dosis mayor o menor.
- ✓ *Errores en el tiempo:* El paciente no toma los medicamentos a las horas indicadas. En ocasiones corre el riesgo de una sobredosis al tomar en una sola ocasión varias dosis acumuladas.
- ✓ *Errores de propósito:* El paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida del médico resulte inadecuada.
- ✓ *Automedicación:* El paciente se administra medicamentos no prescritos. Esta situación es de gran importancia, ya que algunos autores reportan que hasta un 50% de los medicamentos que se ingieren sin prescripción médica, son potencialmente peligrosos (Puentes-Silva 1984).

Factores Predictivos en la adherencia terapéutica.

Haynes Y Sackett (1992) consideran que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento, se encuentran:

- ✓ *La condición y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.*

- ✓ *El grado de estabilidad familiar.* Se ha visto, que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- ✓ *El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida.* Quienes cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
- ✓ *Supervisión cercana del médico.* Quienes asisten a consulta con periodicidad, muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento.

Los mismos autores hablan de factores que disminuyen la adherencia a los tratamientos, entre estos tenemos:

- ✓ *Complejidad del tratamiento.* Aquellos pacientes que tienen que tomar un gran número de medicamentos o dosis frecuentes, muestran más probabilidades de no cumplir con el tratamiento.
- ✓ *Grado de cambio de conducta requerido.* Aquellos pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.
- ✓ *Tiempo de espera para la consulta.* Se ha encontrado que quienes tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a sus medicamentos.

Implicaciones de la Falta del Cumplimiento a los Tratamientos en el Sector Salud

Es importante tomar en cuenta a la población que asiste, de la que no asiste ya que existen grandes diferencias entre éstas. Así como a la población desertora, la que cumple y la que no cumple, porque el cumplimiento a un tratamiento es un proceso dinámico y continuo y no se debe considerar como un hecho concreto.

En la práctica médica existen dos problemas que dificultan la evaluación del incumplimiento terapéutico. El primero está relacionado con la especificidad del tratamiento, y el segundo se refiere al grado en que se implementan las indicaciones. La falta de adherencia terapéutica comprende conductas como:

- ✓ *Fallas para iniciar un tratamiento.*
- ✓ *Fallas por suspensión prematura de la terapia.*
- ✓ *Implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta (Puentes-Silva 1984).*

Este desapego a los programas terapéuticos, produce grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar y en lo social. En lo personal, se pueden presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento, además de limitaciones o incapacidad irreversibles y progresivas. En lo familiar varios estudios demuestran importantes diferencias familiares con repercusiones para la pareja y los hijos, sobre todo en pacientes crónicos con mal manejo del problema (Puentes-Silva 1984). Por lo que respecta a lo social, esto representa un gran costo para las instituciones de salud, ya que se dan servicios que se utilizan en forma inadecuada, prolongando tratamientos y presentando recaídas y readmisiones, las cuales podrían ser evitadas mediante la adherencia a los tratamientos y la aplicación de programas educativos en hábitos que fomenten la salud.

Como es sabido, el éxito de un tratamiento no solo depende de la efectividad demostrada por el esquema terapéutico elegido, sino del grado en el que el paciente cumple con el esquema prescrito. Para ubicar el problema utilizaremos como marco de referencia la relación existente en el proceso de atención a la salud, caracterizado por la percepción de la necesidad de atención, la utilización de los servicios y los resultados derivados de esta (Ruiz 1984).

Bajo este esquema nos circunscribiremos al proceso de atención a la salud manifestado por el uso de los servicios, toda vez que la adherencia terapéutica se deriva en gran medida de la interrelación que se establece entre usuario y proveedor. Una vez que el individuo tiene una necesidad de salud y decide buscar ayuda de los profesionales de la materia, establece contacto con el sistema e ingresa a él con una demanda de servicio.

Debido a esto Rosenstock habla de variables importantes en cuanto a la utilización de los servicios de salud éstas son:

- ✓ *El nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (percepción sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su susceptibilidad)*
- ✓ *Los beneficios y barreras percibidas (decidirse a utilizar los servicios)*
- ✓ *Los detonantes de la acción (internos y Externos)*

Anderson por su parte propone:

- ✓ *La necesidad de atención médica*
- ✓ *Los factores predisponentes, conformados por variables sociodemográficas asociadas a actitudes y creencias en torno a la salud y enfermedad, tales como edad, sexo, composición familiar, clase social, ocupación, etc.*
- ✓ *Factores capacitantes que se asocian a la condición socioeconómica, ya sea en el ámbito familiar o comunitario (Bronfman 1997).*

La utilización de servicios de salud es, esencialmente, un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental.

Cuando se llega a un diagnóstico aunque sea predictivo, el individuo recibe recomendaciones orientadas a mejorar la situación objeto del servicio y establecer las condiciones para asegurar la adherencia del usuario a las prescripciones terapéuticas. Así la adherencia se puede dar en forma total o relativa, o bien puede no existir; Al cumplir estas tendencias repercutirán en los ámbitos individual, comunitario y de servicios.

Otra variable importante para hacer uso o no de los servicios de salud es la derechohabencia o no a un sistema de seguridad social. Quienes están fuera de estos sistemas dependen de las opciones que tengan a su alcance, las cuales están medidas por la capacidad de pago. También influyen las características percibidas de la institución de la cual se hará uso así como las experiencias positivas o negativas acumuladas durante el uso de estas instituciones o experiencias de familiares o amigos.

Es importante señalar que en general las personas se quejan de los servicios públicos, considerándolos de mala calidad y con una organización deficiente, lo que desalienta su utilización. Dentro de las principales quejas podemos encontrar:

Una organización fuertemente burocrática que plantea trabas para dar el servicio con

1. *Largas horas de espera*
2. *Insuficiencia en las fichas*
3. *El diferimiento prolongado de las citas*
4. *La rigidez para atender sólo en el turno y clínica asignados*
5. *La dificultad para acceder al médico especialista y cumplir con los requisitos para alcanzar tratamiento o una intervención (Bronfman 1997)*

Los servicios de urgencias reportan situaciones similares, y las personas perciben que solicitar la atención en estos lugares implica una relación entre desiguales, en la que no sólo se cuestiona el derecho al servicio o la urgencia del mismo, sino que permite el maltrato de parte de los distintos agentes de salud hacia ellos (Bronfman 1997).

La Adherencia como Enfoque Preventivo

La salud es una de las motivaciones más importantes del ser humano, ya que se destacan los esfuerzos por mantener y restaurar la salud de sus habitantes. La salud se ha convertido en una condición sin la cual no puede haber otra actividad humana.

Los programas preventivos de promoción de la salud han mostrado una eficacia y una buena relación de costo-beneficio cuando se instrumentan con base en los principios que regulan el comportamiento y en las derivaciones tecnológicas aplicadas.

San Martín (en García 1995). Declara "La solución a los problemas de salud es la prevención primaria, por lo cual se deben de eliminar riesgos como la mala alimentación, el tabaquismo, las drogas, el alcohol, los accidentes, la contaminación, una vivienda saludable, un nivel de vida aceptable y una calidad de vida para todos, Sin embargo para poder realizar las conductas que favorecen la salud, es necesario que el ser humano tome conciencia sobre su salud, reconociendo aquellos problemas que pueden solucionar por sí mismo y tratando de no exponerse a riesgos que pongan en peligro su vida".

La labor preventiva según la Organización Mundial de la Salud tiene dos objetivos principales:

1. *Estimular a las personas a que cambien sus hábitos cotidianos y adopten un estilo de vida más saludable, acatando los mensajes educativos que reciben y aprovechando los medios especiales que son puestos a su alcance.*
2. *Crear un espíritu comunitario y una actividad de apoyo a personas que se esfuerzan por vivir una vida más saludable y tomar conciencia de la importancia de la salud como parte de sus actividades cotidianas. (García 1995).*

La acción educativa, así entendida es un elemento que posibilita a las personas a iniciar un proceso que les ayude a ser capaces de tomar decisiones razonadas, libres y consecuentes, participando en el logro de una mejor calidad de vida en el ámbito personal y comunitario, favoreciendo el desarrollo personal y social en tanto que trata de perfeccionar las aptitudes indispensables para la vida.

Una observación frecuente en los pacientes con padecimientos crónicos es la poca adhesión terapéutica y el desencanto con el sistema médico (Rodríguez 1995). Para que los programas de prevención sean eficaces según la Organización Mundial de la Salud se debe poner énfasis en la educación y promoción de la salud que realmente ayude a las personas a controlar su salud y a mejorarla (García 1995).

La promoción de la salud debe fijar su atención sobre tres áreas:

1. *El impulso o aliento de estilos de vida saludable.*
2. *Fortalecimiento de servicios de salud. Que sean más accesibles eficientes y de mejor calidad.*
3. *Creación de ambientes saludables.*

La falta de adherencia en el paciente, puede impedir su recuperación de una enfermedad o lesión y puede alterar seriamente su salud, dependiendo del padecimiento por el cual se encuentre bajo tratamiento. Esta falta a la adherencia se puede manifestar como fallas para:

- ✓ *Iniciar o continuar en un programa terapéutico.*
- ✓ *Acudir a las citas de seguimiento o supervisión.*
- ✓ *Tomar los medicamentos prescritos.*
- ✓ *Modificar, restringir o cambiar actividades en la persona como el ejercicio, el consumo de tabaco o la dieta (Dominguez 1984).*

Psicología y Adherencia

El hecho de que los pacientes no cumplan con las indicaciones del médico es problemático para los encargados de los servicios de salud. Esto se refiere a la terminación (abandono, separación, distanciamiento) prematura por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas. El éxito depende de la cooperación y cumplimiento del paciente con los aspectos del programa. El que el paciente se adhiera a un programa de tratamiento depende en gran parte de que el alivio de los síntomas acompañe las conductas complejas asociadas con el cumplimiento.

La literatura acerca de la manera como los pacientes cumplen las indicaciones de los médicos, demuestran que muchos pacientes, aun cuando las indicaciones de los doctores hayan sido claras, se desvían de los tratamientos prescritos o dejan de cumplir muchas de sus recomendaciones (Domínguez 1984).

El retraso en el alivio de los síntomas puede animar al paciente a buscar una gratificación más inmediata, tal como evitar los efectos colaterales y desagradables de la medicación o cambiar las dietas prescritas por el médico, a pesar de los riesgos que a largo plazo tiene la alteración del balance metabólico. La interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye ésta al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con su salud.

Al no haber acuerdo entre paciente y médico acerca de la naturaleza y causa de una enfermedad, se afectarán las relaciones entre ambos y se restará efectividad a la relación terapéutica. Esto sucede porque los marcos culturales o lingüísticos de ambos son diferentes, si el médico no se percató que esto interfiere seriamente para la asimilación por parte del enfermo de sus instrucciones y consejos, no se entenderán y se agravarán si además el médico no permite que el paciente se exprese libremente y rehúsa tomar en cuenta que existen conceptos de enfermedad diferentes a los de la medicina científica. Por esto es necesario que este dispuesto a explorar el marco de referencia de sus enfermos y a manejar con respeto sus creencias y suposiciones.

La educación del enfermo determina en gran parte sus actitudes ante la enfermedad y la forma de expresar sus quejas. Algunos tienden a restar importancia a sus síntomas y aun a negarlos, y otros tienden a exagerarlos. Unos ponen todo el peso en un síntoma secundario y dejan a un lado lo esencial. Los enfermos estiman la competencia de los médicos no tanto por sus habilidades técnicas y sus conocimientos, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus quejas (Fuente 1996).

La experiencia de una persona cuando se enferma es única, hay ciertos elementos comunes a muchos enfermos que sufren un trastorno severo: estrechamiento del campo de interés en los demás, fijación de la atención en las percepciones corporales, temor ante el significado y las consecuencias de sus síntomas y un anhelo de ser apoyado y protegido (Fuente 1996).

Los grados y formas de experimentar este estado de vulnerabilidad varían de una persona a otra, Algunos síntomas son más amenazantes para unas personas que otros, y son percibidos de diferente forma. Hay quienes describen pocos síntomas y otros los describen con minuciosidad y de forma explícita. La capacidad del enfermo para describir su experiencia de enfermedad es subjetiva, pero ellos tratan de explicar el origen de su sufrimiento.

Las creencias que un enfermo tiene acerca de sus causas varían entre creencias racionales, irracionales y en ocasiones delirantes. Cuando alguien sufre o esta enfermo y esto representa una amenaza para su vida o implica riesgos de invalidez, no puede dejar de usar su imaginación y prever las consecuencias económicas, familiares, y sociales de su enfermedad (Fuente 1996).

Hay quienes la contemplan como un evento desafortunado inherente a la condición humana. Otros la ven como un castigo a sus transgresiones morales, y otros se avergüenzan de estar enfermas o la viven como una injuria a su dignidad. Hay personas para quienes lo más importante cuando están enfermas es "no causar molestias en los demás". Para otras puede significar ventajas psicológicas económicas o sociales (Fuente 1996).

Mientras más acepta el individuo el autoconcepto de estar enfermo o incapacitado, es más probable que su comportamiento se incline hacia la incapacidad. Aquellos que se perciben como enfermos son los que más buscan las oportunidades para retirarse de las actividades normales y de las responsabilidades de la vida cotidiana. Después de una enfermedad o un accidente, muchos pacientes continúan presentando conductas desproporcionadas de incapacidad en relación con los problemas orgánicos o físicos que padecen. Debido a esto pueden resistirse a regresar a su nivel de actividad y pueden exhibir temor hacia el trabajo por su creencia de que esas actividades contribuyeron a la iniciación de su enfermedad.

El enfermo es alguien que no puede evitar su enfermedad, ni aliviarse por su voluntad, quiere sanar tan pronto como le sea posible, busca ayuda apropiada y coopera en su curación (Fuente 1996).

Aspectos Psicológicos de las Enfermedades Crónicas

En la actualidad un porcentaje elevado de la población padece trastornos crónicos que requieren atención del sistema sanitario estos trastornos varían desde los benignos, hasta enfermedades graves. Aún más alarmante, desde un punto de vista estadístico, la mayoría de las personas desarrollará alguna incapacidad o enfermedad crónica que puede ser la causa de su muerte (Latorre 1994).

La enfermedad crónica se define como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el estilo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. La gran variedad de factores ambientales, junto los hereditarios, pueden implicarse en las etiologías de estas enfermedades. Además cualquier enfermedad aguda puede cronificarse por diversas causas. (Latorre 1994).

Estas enfermedades afectan a todos los aspectos de la vida de los pacientes. En ellas existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, como sucede también en las enfermedades agudas. Los trastornos crónicos implican, cambios en la actividad física laboral o social del paciente. Quienes sufren problemas crónicos deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida.

Fase aguda de la enfermedad crónica: Después del diagnóstico se pasa por un periodo de crisis caracterizado por desequilibrio físico, social y psicológico. La forma habitual de resolver problemas no les resulta eficaz, al menos temporalmente; a consecuencia de esto se experimentan sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones. Algunos autores sugieren que durante la fase crítica de la enfermedad se producen reacciones adaptativas en los pacientes que implican entre otras cosas:

- ✓ *Hacer frente al dolor y la incapacitación.*
- ✓ *Enfrentar el ambiente hospitalario y los procedimientos terapéuticos.*
- ✓ *Establecer relaciones adecuadas con los profesionales sanitarios.*

Además de estas conductas se producen, distintas reacciones que son comunes a cualquier situación de crisis personal.

- ✓ *Mantener un equilibrio emocional razonable.*
- ✓ *Conservar una autoimagen satisfactoria.*
- ✓ *Preservar sus relaciones familiares y de amistad.*
- ✓ *Prepararse para un futuro incierto (Latorre 1984).*

Quienes sufren una enfermedad crónica adoptan distintas estrategias para hacer frente a problemas de la fase crítica, Así se puede negar o minimizar la gravedad del trastorno, otros por el contrario, buscan información relevante para enfrentar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento, otros pueden obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos, o profesionales sanitarios. Debido a esto la tarea más importante de los profesionales de salud es orientar de forma realista a pacientes crónicos acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan seguir en el curso de su enfermedad y proporcionar metas razonables hacia las cuales dirigirse.

Así se pueden modificar prioridades y centrar su atención en aspectos que les resultan verdaderamente significativos; en algunos casos incluso se encuentran nuevas metas que no formaban parte de sus metas anteriormente (Latorre 1994). Al terminar la fase crítica del trastorno crónico, comienzan un periodo de dificultades y problemas que requerirán, una intervención rehabilitadora, que incluye aspectos físicos, laborales y psicológicos.

Problemas físicos: Estos pueden ser derivados de la enfermedad o como consecuencia de los tratamientos médicos:

Problemas consecuencia del trastorno: pueden ser diversos, como dolor, cambios metabólicos, dificultades respiratorias, dificultades motoras etcétera. Suponen importantes problemas para los pacientes. En algunos casos existe deterioro cognitivo, que imponen, importantes restricciones en la vida de los individuos.

Problemas derivados de tratamientos médicos: Pueden ser de diversa índole como las quimioterapias o medicamentos que producen somnolencia, aumento de peso o impotencia sexual. En ocasiones se incluyen cambios en la dieta, dejar de fumar o necesidad de ejercicio; lo que altera la vida de los individuos. Debido a esto los pacientes tienen la sensación que los tratamientos les imponen muchas limitaciones y suponen una fuente de malestar e incomodidad.

Problemas laborales y sociales: Debido a la enfermedad se producen cambios en la situación laboral, la reincorporación a las labores después de una fase aguda de la enfermedad es muy baja, y algunos lo hacen solo parcialmente, o bien ocupando puestos de menor responsabilidad. En algunos casos se les discrimina en el lugar de trabajo después de reincorporarse. Por otro lado la interacción social es un problema para los pacientes. Después del diagnóstico se tienen problemas para restablecer sus relaciones interpersonales anteriores.

Se quejan de la compasión o rechazo que suscitan en los demás, aún cuando ellos mismos provocan esas reacciones. Algunos se aíslan socialmente, o tienen una actividad social desmesurada sin estar preparados para ello (Latorre 1994).

Los familiares y amigos del paciente tienen también problemas para adaptarse a la condición del paciente, ya que quienes se relacionan con el paciente pueden manifestar signos verbales de afecto y apoyo, mientras que las señales no verbales transmiten repulsión y rechazo, de esta forma los pacientes tienen problemas para interpretar y reaccionar ante tales comportamientos. Como puede observarse cualquier alteración en la vida de algún miembro de la familia afecta la vida de los demás, un problema que trae consigo una enfermedad es el incremento de dependencia del paciente respecto a otros miembros de la familia. Quienes además asumen responsabilidades que correspondían al paciente, lo que provoca perturbaciones en el funcionamiento familiar.

Problemas psicológicos: Reacciones emocionales ante la enfermedad crónica. Estas producen un fuerte impacto emocional en el paciente. La perplejidad y desorientación consecuencia del diagnóstico inicial, imposibilita que el paciente sé de cuenta de los cambios que se van producir en su vida, así aparecen como paralizados e incapaces de reaccionar ante la nueva situación. Las emociones que aparecen más frecuentemente son la negación y el miedo, más tarde aparecen la depresión y la ira.

Negación: Este es un mecanismo por el cual los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad. Así actúa como si esta no fuera grave, o desapareciera rápidamente y no tuviera consecuencias a corto plazo. El paciente puede pensar que no está enfermo, aunque le hayan proporcionado información clara sobre el diagnóstico. La negación es una reacción muy frecuente que ha sido observada en pacientes con enfermedades de corazón o cáncer.

Actualmente algunas investigaciones han manifestado posibles beneficios de la negación, así como los problemas que conlleva. Para que esta resulte beneficiosa depende de la fase de la enfermedad en la cual es utilizada por el paciente. Cuando ocurre antes del diagnóstico, puede ser un obstáculo para acceder al tratamiento de forma rápida, cuando ocurre después del diagnóstico puede tener una función protectora, reduciendo los niveles de estrés.

Durante la fase de rehabilitación la negación suele tener efectos adversos, si interfiere con la búsqueda de información necesaria para el tratamiento y autocuidado. El papel activo que el paciente debe desempeñar para el cumplimiento de la terapia se puede ver obstaculizado por esas actitudes de negación.

Miedo: El temor es una respuesta frecuente. Los pacientes se sienten abrumados por el cambio que puede suceder y por la posibilidad de la muerte. Este puede surgir de forma intermitente en el transcurso de la enfermedad. Las revisiones del paciente durante su enfermedad le producen un fuerte temor ante un posible agravamiento de la misma.

Depresión: Está es una respuesta emocional que se experimenta como adaptación a la enfermedad crónica. La reacción aparece de forma retardada, debido a que pasa un cierto tiempo hasta que los individuos comprenden todas las implicaciones de su condición de enfermos crónicos. Puede ser beneficiosa en relación con algunas de las implicaciones del tratamiento o un obstáculo para otras. Dado que puede ser parte esencial del sufrimiento por la pérdida de actividades gratificantes, en algunos casos es una reacción preparatoria para los reajustes y restricciones impuestas por el tratamiento terapéutico. La depresión en otros casos puede impedir que se adopte el papel activo deseable para el manejo de la enfermedad.

La depresión puede ser grave y prolongada, con sentimientos de indefensión y desesperanza, dependencia hacia los demás y una innecesaria restricción de actividades. En estos casos el paciente puede requerir intervención psicológica para tratar el problema.

Ira: suele aparecer al transcurrir algún tiempo después del diagnóstico inicial de una enfermedad crónica, a medida que la negación y el miedo van disminuyendo, el paciente comienza a sentir que la enfermedad es algo injusta y, en consecuencia experimentan reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad. Estas emociones negativas generalmente se superan con el tiempo, pero puede generar rechazo hacia el personal sanitario y el tratamiento. Muchos pacientes tienen intensas reacciones emocionales en respuesta a la enfermedad, algunas ocurren con frecuencia en las fases iniciales, y otras lo hacen más tardíamente, eso ha llevado a pensar que los pacientes van pasando por una serie de etapas para adaptarse a su enfermedad (Latorre 1994). Sin embargo no se puede establecer una secuencia, un enfoque más útil para estudiar las reacciones emocionales, se debe intentar comprender que emociones ocurren, que momentos son más oportunos para que ocurran y que factores determinan su aparición.

REPRESENTACIONES MENTALES

Estar enfermo-caer enfermo

Es frecuente escuchar que sólo ante la manifestación de la enfermedad se inicia la prevención, buscando con esto evitar caer enfermo, es decir, el no poder levantarse para trabajar o cumplir con actividades rutinarias. Antes de este momento se mantienen en un rango de tolerancia a su malestar, dentro del cual echan mano de sus propias estrategias preventivas que, generalmente son en el ámbito doméstico, familiar, o de las farmacias.

Mechanic (1991) menciona modelos elaborados por el sentido común, es por eso que no se ajustan a los modelos científicos sostenidos por especialistas y profesionales de la salud. Estas representaciones de pacientes se basan en concepciones culturales erróneas e información equivocada. Sin embargo estos modelos determinan la conducta de la enfermedad y la utilización de los servicios. Por ejemplo, un paciente puede pensar que su enfermedad es un castigo divino, adoptando en consecuencia una actitud de resignación.

Asimismo habla del concepto de conducta de enfermo, y la define como la forma en que los síntomas pueden ser diferencialmente percibidos y puede llevar a diferentes reacciones en los individuos.

Este concepto distingue cuatro variables:

- ✓ *Visibilidad y frecuencia de los síntomas*
- ✓ *Grado de severidad de los síntomas*
- ✓ *Existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas*
- ✓ *Factores no sociológicos*

Suchman (1964) acerca del mismo concepto propone las siguientes variables:

- ✓ *Percepción de los síntomas*
- ✓ *Adopción del papel del enfermo con validación provisional de individuos no profesionales*
- ✓ *Establecimiento de contacto con los servicios de atención médica*
- ✓ *Ingreso en la relación médico paciente*
- ✓ *Recuperación y rehabilitación*

La promoción de los medicamentos que alivian el dolor y las molestias, a través de los medios de difusión sirve para reafirmar en estos sectores la tendencia a comparar la automedicación con la prevención. Si bien no existe una cultura preventiva, si puede afirmarse que existe una noción de prevención de la enfermedad que tiene que ver con evitar la incapacidad total. Sólo cuando se está enfermo se toman medidas preventivas para evitar que está evolucione negativamente, es decir, para evitar caer enfermo (Bronfman 1997).

Búsqueda de atención

Por lo general, las mujeres son quienes realizan un diagnóstico preliminar a los miembros de su familia, a través del cual determinan el tipo de enfermedad y la gravedad de la misma. En este ejercicio, suelen aceptarse como normales síntomas que, desde la perspectiva de la medicina moderna, se asocian con enfermedades comunes. A lo que se hace uso de algún medicamento previamente prescrito, combinado con algún remedio casero. Si esto no da resultado se busca atención.

Si se tratan de enfermedades calificadas como graves, que impiden trabajar, recurren directamente a un médico; por el contrario si se trata de síndromes de filiación cultural, (susto, caída de mollera, etc.) la opción será la medicina tradicional.

Modelo de Autorregulación

Representaciones mentales.

Howar Leventhal (1993) en su interés en buscar un modelo que explique la falta de adherencia de pacientes a tratamientos médicos y a programas de prevención de la enfermedad, ha centrado sus investigaciones en las representaciones que el paciente elabora acerca de su enfermedad (Latorre 1994).

El supuesto del que parten Leventhal y col. Es considerar al paciente como un procesador activo que elabora o construye una definición o representación de su enfermedad, y en función de esta, regula su comportamiento. A partir de esto se plantea un modelo acerca de cómo los sujetos autorregulan las experiencias estresantes de enfermedad; es decir, como definen o representan la amenaza de enfermedad y como actúan para hacer frente a esta amenaza (Latorre 1994).

Características del modelo de autorregulación.

Esquemas del procesamiento El sistema de opera en tres etapas.

- ✓ *Tiene lugar la definición o representación de la enfermedad y de la emoción que la acompaña.*
- ✓ *Supone planificación, selección y ejecución de respuestas para afrontar la amenaza objetiva de la enfermedad y las reacciones emocionales que ésta suscita.*
- ✓ *Fase de evaluación, a fin de determinar si las estrategias de afrontamiento han logrado la consecución de las metas establecidas.*

La información de la última etapa aporta una retroalimentación sobre las anteriores y de ese modo, puede alterar las estrategias de afrontamiento del individuo o la forma en que representa la enfermedad.

Canales paralelos en el procesamiento.

- ✓ *En uno se elabora una representación objetiva de la enfermedad y el desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla.*
- ✓ *El otro supone el procesamiento de las reacciones emocionales provocadas por la enfermedad y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar esas emociones.*

Según Galdon y Andreu son dos sistemas reguladores (uno objetivo o informal y otro afectivo) independientes, pero interactuantes, propugnando así la dependencia entre cognición y afecto (Latorre 1994).

Se sugiere que las representaciones o esquemas cognitivos que los pacientes elaboran sobre sus enfermedades incluyen diferentes factores o variables como:

- ✓ *Identidad:* Sirve para identificar la presencia o ausencia de enfermedad. Puede ser nombre o etiqueta de la enfermedad (cáncer, infarto) y signos y síntomas concretos (inflamación, dolor).
- ✓ *Consecuencias:* Es la percepción del paciente acerca de las implicaciones (físicas, Sociales y Económicas) que tendrá la enfermedad, Así como reacciones emocionales que pueden surgir como consecuencia de la misma.
- ✓ *Causas:* Ideas que tiene el paciente sobre la etiología y causas de la enfermedad (herencia, contagio).
- ✓ *Duración:* Expectativas del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad.

Además se manifiesta que para elaborar el modelo de enfermedad la gente utiliza cuatro fuentes de información.

- ✓ *Expectativas corporales del paciente.*
- ✓ *Concepciones predominantes de la enfermedad en la cultura del individuo.*
- ✓ *Comunicación social o información obtenida a través de otras personas.*
- ✓ *Experiencias personales que ha tenido el sujeto con la enfermedad.*

Turk y col (en Latorre 1994), proponen otros factores usados en la representación de la enfermedad.

- ✓ *Gravedad* Concepción del sujeto acerca de la dificultad que entraña la curación de la enfermedad y duración de la atención médica a requerir.
- ✓ *Responsabilidad personal en la causa y tratamiento* se refiere a las creencias del paciente sobre quien o que es responsable del comienzo de la enfermedad y su resolución.
- ✓ *Control* Creencias del sujeto sobre el grado de control que ejerce sobre la evolución de su enfermedad.
- ✓ *Variabilidad* Creencias del individuo si los síntomas y otros aspectos de la enfermedad permanecerán estables o no a lo largo del tiempo.

Expectativas de Autoeficacia

Bandura en su teoría de autoeficacia (1976). Habla de que las personas tienen diferentes tipos de expectativas él distingue dos.

- ✓ *Expectativas de resultado.* Se refieren a la creencia de que a un determinado comportamiento le seguirán unas consecuencias determinadas.
- ✓ *Expectativas de eficacia.* Se refieren a que la persona cree que es capaz de realizar el comportamiento o comportamientos al que seguirán determinadas consecuencias.

Bandura sostiene que ambas expectativas son importantes para predecir la conducta, aunque diferentes estudios indican que las expectativas de eficacia pueden predecir mejor la conducta que las expectativas de resultado.

Las expectativas de resultado suponen la existencia de relaciones entre la conducta y los acontecimientos del entorno pero estas relaciones se consideran desde un punto de vista general y, en cierta medida desvinculado de la persona. Así definidas, podrían poseer, por sí solas, una capacidad limitada para predecir el comportamiento humano. Por ejemplo, las personas son conscientes de que no siempre actúan de la mejor manera para sus intereses, especialmente en la salud. La gente continúa fumando aunque los peligros del tabaco sean conocidos. Con frecuencia quienes tienen exceso de peso no modifican su dieta pese a las advertencias del médico sobre los peligros de la obesidad. Lo mismo ocurre con el estrés: sabemos que puede ser muy perjudicial pero continuamos viviendo estresados y no rechazamos actividades que nos producen aún más estrés.

Unas expectativas de eficacia elevadas parecen ser una condición para que las personas emprendan acciones para proteger su salud. No obstante, uno puede sentirse capaz de hacer una determinada conducta preventiva, y, de hecho no llevarla a cabo en la práctica, o realizarla muy pocas veces.

Así pues, tampoco resulta suficiente para explicar el comportamiento que realizará el sujeto. Por último es posible que aún disponiendo de las dos expectativas tampoco tenga lugar el comportamiento deseado. Un fumador puede tener la expectativa de resultado que fumar produce cáncer y además sentirse capaz de dejar de fumar o por lo menos de intentarlo y sin embargo no dejar de fumar.

Esta limitación puede resolverse, distinguiendo un tercer tipo de expectativa: las expectativas de resultado autorreferencial se trataría de una expectativa puente entre las dos anteriores e indicaría en que medida la persona tiene confianza o cree que la expectativa de resultado se aplicará a su caso particular.

Las personas enfermas poseen expectativas diferentes respecto a sus posibilidades de curación. Teóricamente cuando más sencilla es la enfermedad mayores y más parecidas son las expectativas de resultado positivo o curación entre diferentes pacientes. Es lógico suponer que la manera en que vive cada paciente su enfermedad (en otras palabras su calidad de vida) estará influenciada por:

- ✓ *Sus expectativas respecto a la medida en que cree que la enfermedad que padece es curable o por lo menos controlable, expectativas de resultado teórico.*
- ✓ *Sus expectativas de autoeficacia o en qué medida se siente capaz de realizar lo necesario para curarse o mantener su estado de salud (seguir el tratamiento, modificar hábitos etc.).*
- ✓ *Sus expectativas de resultado autorreferencial o confianza en que la posibilidad de curarse se aplicará en su caso particular.*

Basándose en esto se recomienda proporcionar al paciente una visión lo más realista posible de su enfermedad. Esto se puede hacer tomando en cuenta puntos como los siguientes:

- ✓ *Que la información ofrecida abarque las tres etapas del procesamiento; Representación de la enfermedad, estrategias de afrontamiento y criterios para la evaluación de la eficacia de estas.*
- ✓ *Evitar discrepancias entre la amenaza objetiva provocada por la enfermedad y la representación que el sujeto hace acerca de ella; controlando al mismo tiempo el esquema afectivo del individuo, ya que puede influir en la representación de la enfermedad.*
- ✓ *Especificar metas y objetivos temporales que se refieren tanto al control del peligro que se deriva de la enfermedad, como al control del miedo u otra respuesta emocional.*
- ✓ *El paciente debe ser consciente de que existen factores sociales que pueden influir en la representación que hace de su enfermedad*

Se trata de ofrecer al paciente la oportunidad de estructurar su comprensión de la enfermedad y construir representaciones más adecuadas de lo mismo, que creen estrategias eficaces de afrontamiento y una evaluación estable de todo el proceso.

En la construcción de estas opciones influyen las redes familiares, sociales y comunitarias con las que cuentan los enfermos, cuya expresión adquiere diferentes matices e

intensidades entre regiones y aun entre ciudades. La manifestación más clara de este fenómeno se observa en la atención de las enfermedades crónicas, en donde estas redes, además de incrementar la gama de fuentes de curación alternativa, funcionan como financiadoras de su costo y, en muchas ocasiones, facilitan el acceso a un determinado servicio.

También llama la atención que en este tipo de enfermos se tiene tendencia a combinar diversos tipos de servicios. Abundan los testimonios que muestran que los enfermos crónicos tienden a utilizar tanto los servicios médicos modernos como los tradicionales e, incluso, en algunos casos, los de tipo mágico-religioso.

La característica central de las enfermedades crónicas -su permanencia en el tiempo- favorece esta conducta: los enfermos crónicos disponen de tiempo suficiente para intentar diversos tratamientos para su enfermedad. En este sentido, mientras que en el sector médico prevalece una lógica excluyente -solo un tipo de medicina es eficaz-, en la población puede encontrarse una lógica aditiva, que justifica utilizar diferentes alternativas al mismo tiempo o secuencialmente.

Desde la perspectiva de las personas, los diversos paradigmas médicos son vividos como un todo integrable, difícilmente diferenciables entre sí. Por lo que resulta indistinto utilizar el servicio de un médico moderno, que el de un huesero o un curandero.

Queda claro que para que se cree una representación mental existen factores determinantes que ayudan a elegir la forma de expresarla entre estos factores tenemos a la cultura, las creencias, los hábitos, los mitos y los valores.

Cultura

La elección del modo de vida de un individuo, esta condicionada por el nivel de desarrollo de la personalidad, la cultura y los patrones de experiencias de tipo social que facilitan determinadas formas de actividad concreta así como factores de personalidad que definen el conjunto de potencialidades del individuo (García 1993).

La cultura se aprende mediante la Interacción con otras personas en la sociedad, los seres humanos dependen de la transmisión social de conocimientos, el aprendizaje de estos conocimientos se le conoce como socialización. Mucho de lo que se aprende no es enseñado intencionalmente, ni se está consiente de estar aprendiéndolo. Diferentes maneras de pensar, actuar, sentir, y responder, son habituales desde muy temprana edad. Por esto mucho de lo que se aprende parece "natural".

La organización de la vida en grupos o comunidades proveen del contexto en el que se puede aprender de otros al mismo tiempo que estamos siendo protegidos por ellos. Así las formas de pensar o interactuar deben de compartirse con todos los miembros de esa cultura como sucede con algunos patrones dentro de una sociedad. Aunque no por esto dejan de existir las especialidades ocupacionales como por ejemplo las de genero.

Estas son las ideas que una sociedad tiene sobre lo que se debe de hacer y las maneras en que la conducta se debe de llevar a cabo. Estas normas son lo que la gente hace en realidad, aunque no siempre coinciden con el ideal. Las normas pueden cambiar antes que las conductas lo que permite a las personas cambiar las conductas conforme cambian las circunstancias.

Una cultura no es una lista de normas, valores, actividades y objetos. Todo esto se interrelaciona y forman un sistema. Se dice que existe la tendencia en una cultura a ser dominada por una Ideología o sistemas de valores particulares. Aunque ninguna cultura se encuentra completamente Integrada.

Creencias

Un factor que determina la manera en que el paciente afronta una enfermedad, son sus creencias acerca de la enfermedad así se sugiere que los pacientes forman una representación cognitiva de su enfermedad que influyen en su mejor o peor adaptación a la misma (Latorre 1994). Entre los factores se incluyen la identidad, causas, duración y consecuencias de la enfermedad. La identidad de la enfermedad se refiere al nombre y síntomas; Las causas son factores que el paciente cree que producen la enfermedad; la duración es la expectativa acerca del tiempo que permanece el trastorno; las consecuencias son las creencias de los pacientes sobre implicaciones y ramificaciones que tendrá la enfermedad.

Creencias sobre la naturaleza de la enfermedad: La naturaleza de una enfermedad tiene tres modelos dominantes.

- ✓ *Enfermedad aguda:* que es causada por un virus específico o agente bacteriano, de corta duración y consecuencias de corto plazo.
- ✓ *Enfermedad crónica:* causada por múltiples factores, como hábitos y estilos de vida inapropiados, es de larga duración y produce graves consecuencias.
- ✓ *Enfermedad cíclica:* caracterizada por periodos alternativos sintomáticos y asintomáticos (Latorre 1994).

Debido a esto se conceptualiza la enfermedad de la forma siguiente:

- ✓ Enfermedad en la cual una exacerbación del síntoma físico va acompañado de un deterioro de la perturbación, la cual se reduce por el cumplimiento o adherencia a un régimen terapéutico.
- ✓ Las enfermedades crónicas, cuyos síntomas son regularmente estables a pesar del régimen.

- ✓ Enfermedades que aparecen sin síntomas a pesar de su cronicidad, con consecuencias futuras muy serias (Dominguez 1984).

Los pacientes pueden adoptar un modelo inapropiado para el trastorno, por ejemplo pueden *creer* que desde el momento en que comienzan a sentirse bien, no resulta necesario continuar con la medicación puesto que el problema ha sido controlado. Por esto es importante comprobar la comprensión de la enfermedad por parte del paciente, evaluar y corregir errores y malentendidos para que no interfieran en el autocuidado de la enfermedad.

Creencia sobre la causa de la enfermedad: Los individuos desarrollan teorías acerca del origen de su trastorno, en estas incluyen factores como estrés, daño físico, ambiente o destino. Lo importante es saber a quién o a qué culpan los pacientes de su enfermedad: *a sí mismos, a otras personas, al ambiente o a la fatalidad*. Los pacientes pueden creer que han sido sus acciones las causantes de su trastorno. En algunos casos estas percepciones son, en cierta medida, correctas: hábitos perjudiciales para la salud, como el fumar, la dieta inapropiada o la falta de ejercicio, pueden implicarse en diversos trastornos crónicos.

En otros casos es errónea como cuando se conoce bien la base genética claramente. Se sugiere que el culparse de la propia enfermedad no es un mecanismo adaptativo ya que los pacientes se centran en lo que deberían haber hecho para prevenir la enfermedad y no adoptan, medidas eficaces para afrontar la misma en el futuro.

También se sabe que autoculparse puede ser adaptativo, ya que al percibir la causa del trastorno como propia, implica que el individuo asuma el control de su enfermedad y la afronte de un modo más eficaz. Asimismo se cree que el sentirse culpable puede ser una creencia adaptativa para enfrentarse a unas enfermedades pero no a otras (Taylor, Lichman Y Wood, 1984).

Culpar a otras personas de la propia enfermedad es inadaptable, existen pacientes que pueden creer que, su enfermedad es causada por problemas con miembros de su familia

o compañeros de trabajo. Ello supone que la hostilidad no resuelta interfiera con los intentos del paciente para adaptarse a su enfermedad.

Creencias sobre el control de su enfermedad: El creer que se puede ejercer control sobre su propia enfermedad, puede ser adaptativo. Estas creencias pueden llevar a los pacientes a poner en práctica conductas más saludables, a conseguir mayor adherencia a los tratamientos y, alcanzar una mejor calidad de vida.

Los sistemas de creencias suelen ser complejos pues incluyen no solo representaciones imaginarias sino conocimientos acumulados, supersticiones y mitos compartidos. Los universos imaginarios constituyen el cimiento de estructuras de pensamiento, y de marcos referenciales desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y desde donde se justifican las ocurrencias naturales del diario vivir (De Roux 1994).

Estas representaciones dinámicas que le imprimen un carácter particular a las creencias y sabiduría popular. Constituyen una extensión del conocimiento objetivo de que se dispone y ofrece confianza bajo situaciones de incertidumbre. Las creencias y su cumplimiento científico se articulan para considerar un sistema de pensamiento lógico, por eso el pensamiento mítico no es ilógico o irracional, aunque las conclusiones que se deriven no se correspondan siempre con la verdad científica.

Cuando el pensamiento lógico está determinado por elementos míticos la salud y enfermedad se codifican desde este marco de referencia, dando lugar a comportamientos particulares que corresponden con su trasfondo explicativo. Si una cultura entiende la enfermedad como producto de maleficios provocados por enemigos, el remedio natural será un amuleto que aísla y protege contra interferencias externas, pero si se entiende como resultado de temperatura, se tratará la dolencia con planta frías o calientes según el caso.

Hábitos

Se ha establecido la importancia que tienen los hábitos y el estilo de vida en el desarrollo y el curso de los padecimientos, siendo evidente en padecimientos crónico degenerativos como bronquitis, hipertensión y cáncer. Factores como la vida sedentaria, el sobrepeso, tabaquismo y estrés son determinantes en padecimientos cardiovasculares (Puente-Silva 1984).

El hábito no es solo una forma de conducta fijada, sino una expresión integral de todo un sistema psicológico, siendo su control una acción integral del sujeto sobre su propia vida personal. Una característica es que el hábito se transforma en costumbre y posteriormente en valores. (García 1993)

Debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, en la mayoría de ocasiones el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamientos diversos, así como reestructurar el estilo de vida, de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud. Ayudando a la rehabilitación y previniendo posibles recaídas.

Estas normas de salud se basan en cuatro suposiciones:

- ✓ *Determinados comportamientos incrementan los riesgos de adquirir o desarrollar ciertas enfermedades o en otras palabras que la conducta es un factor de riesgo.*
- ✓ *El modificar determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo en determinados procesos de salud.*
- ✓ *El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.*
- ✓ *Las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo-utilidad/eficacia.*

La presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, propician un riesgo más elevado de trastornos graves de salud. Estos factores de riesgo parecen presentarse en cuatro grupos.

- ✓ *Conductas habituales, poco saludables.*
- ✓ *Alteraciones de la salud en la que pueden influir variables psicosociales.*
- ✓ *Carcinogenos ambientales.*
- ✓ *Elevado nivel de estrés.*

Así pues, una característica crucial de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas y, por consiguiente, se adquieren, mantienen, y extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje (Latorre 1994). Existen factores que influyen en la práctica de estas conductas como lo son factores sociales y personales.

Entre los sociales tenemos los siguientes:

- ✓ *Comportamientos determinados por las experiencias de socialización generalmente vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan comportamientos que se convierten en hábitos que perduran toda la vida y que son excepcionalmente resistentes al cambio.*
- ✓ *Valores asociados a una cultura o grupo socioeconómico, son normas o roles con los que juegan los diferentes miembros.*
- ✓ *Influencias de grupos, como la presión de grupos de iguales*
- ✓ *Acceso al sistema sanitario.*
- ✓ *Hábitos de las personas*

Los personales son:

- ✓ *Autoconcepto, autoestima, autorrespeto, autoaceptación, autosuficiencia*
- ✓ *Autopercepción del síntoma, identificar señales corporales y las relaciones causales entre estos y ciertos hábitos.*
- ✓ *Factores emocionales.*
- ✓ *Creencias y actitudes.*

Aquí todas las actividades están orientadas a educar y concientizar para analizar y expresar problemas en forma franca. Cambiar hábitos y comportamientos es difícil y depende de la capacidad de los educadores para la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos, por eso es importante develarlas, entender su racionalidad sentido y significado, para poder eliminarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

Mitos

Los mitos son una serie de creencias bien integradas, que comparten todos los miembros de un grupo, Estos determinan los roles complementarios que erigen a cada uno de los miembros en relación con los demás, los cuales son siempre respetados a pesar de la distorsión de la realidad. Las familias tienen una variedad de mitos que cambian constantemente y evolucionan con el paso del tiempo y el desarrollo familiar, estas se encuentran en varios niveles de consciencia individual (persona) y grupales (familia). Algunos son resistentes y no los vuelve disfuncionales, otros promueven el cambio, el crecimiento y desarrollo. Los mitos tienden a ocupar un lugar preponderante como instrumento implicativo de hechos y fenómenos en ausencia de explicaciones con base científica.

En tiempo primitivo las personas comunes percibían entre lo profano o sagrado, cuando un aspecto de la vida y la existencia se veía como problemático, se cargaba de

ansiedad o peligro, se consideraba extraordinario entrando al mundo de lo sagrado mágico y misterioso. Para encontrar sentido a estas situaciones se crearon los mitos y las leyendas, para los ancestros estas explicaciones eran verdad, además de prescribir conducta. Oponerse a esta sabiduría es oponerse a un mandato preordenado. Estas acciones sólo pueden conducir a la catástrofe personal y familiar (ejem. edipo y Orestes). Un modo de conceptualizar los mitos es considerarlos explicaciones sobrenaturales, que legitimizan, justifican, y perseveran valores, conductas, normas, y costumbres personales de un individuo, familia, grupo, comunidad o sociedad determinada, fomentando también la identidad y cohesión grupal.

Los símbolos míticos tanto como los religiosos, son totalizantes y no dan lugar a intentos para justificarlos, se dan como respuesta o explicación final a un evento, y se ofrecen como una fuerza autoritaria incuestionable y muy poderosa. Esto hace que sea muy difícil transformar prácticas y comportamientos de la salud que se apoyen en ellos (De Roux 1994).

Valores

El valor es una cualidad que hace deseable o estimable a las personas o a los grupos (Menéndez 1990). Los valores son inspiradores de juicios; se hacen juicios de valor porque previamente existen valores a los cuales se hace referencia. Así estos son inspiradores de las conductas, de las normas y de las instituciones.

La consistencia afectiva de los valores explica su estabilidad y permanencia como su resistencia al cambio. La carga afectiva de valores explica como en una misma persona o grupo pueden existir al mismo tiempo valores lógicamente contradictorios, los sentimientos son los que establecen el vínculo de unión, ya que la razón no puede hacerlo.

La sociedad esta en continuo cambio, al igual que los valores insertos en ella, de acuerdo a la teoría materialista. Un periodo de transición se definiría por el momento que unos valores comienzan a bajar al tiempo que otros van apareciendo. De ahí que tomar

consciencia de la situación histórica signifique descubrir y captar la validez de los valores para la sociedad que se anuncia hoy. Pero este proceso no es fácil. Sí, como Freire (1974) señala, toda transformación social implica una nueva escala de valores, es lógico que quienes no deseen esta transformación nieguen el cambio de valores.

Por otra parte se ha visto que algunos patrones de conducta se encuentran fuertemente arraigados en tradiciones, costumbres o se inspiran en propagandas de productos comerciales, así como las percepciones o estereotipos desprendidos de las culturas.

Relación Médico-Paciente

La relación médico-paciente es otra variable que afectará, el grado de satisfacción del usuario con la atención recibida y la adherencia al tratamiento prescrito. La comunicación entre estos es uno de los aspectos más importantes del proceso terapéutico afectando la comprensión del trastorno y del tratamiento, su satisfacción de la atención y su percepción de la competencia de quien le atiende. (Godoy 1994).

La práctica médica se vale de la interrogación para buscar información sobre síntomas y evolución de un padecimiento así como antecedentes personales y familiares que puedan ser relevantes. Posteriormente sigue la exploración en esta fase es necesario que el médico tenga en claro no sólo la enfermedad, cuyos signos y síntomas trata de identificar, sino del padecimiento, es decir, la forma como el sujeto experimenta su enfermedad y el significado que le atribuye: su respuesta como persona (Fuente 1996).

Pero ¿Que es esta relación entre medico y paciente? Es una transacción, un sistema de Interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro, es una alianza terapéutica, es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza. Se ha definido esta relación como “un encuentro entre dos personas determinado por la intención tanto consciente como inconsciente de ambos (Fuente 1996).

Pedro Larain Entargo (en Fuente 1996) se refiere de la relación del médico con el enfermo como un encuentro entre dos hombres determinado por la intención tanto consciente como inconsciente de ambos. Por lo general la intención del médico es conseguir la curación del enfermo o el alivio de su sufrimiento y la intención del paciente es recibir ayuda competente, conocer la naturaleza de su enfermedad para hacer lo que convenga y así recuperar la salud, pero puede ocurrir que en forma desviada pretenda refugiarse en ella o que el paciente pueda engañar tanto al médico como a las personas con quien convive, y utilizar en su provecho la condición de enfermo.

La intención del médico es conseguir la curación del enfermo o el alivio de su sufrimiento, mientras la intención del paciente es recibir ayuda competente, conocer la naturaleza de la enfermedad y hacer lo que convenga para recuperar la salud.

Un factor esencial es la situación en que se encuentran médico y enfermo. El primero cumple una función profesional y su relación con el paciente puede ser para él un acto rutinario, mientras el enfermo está en una situación que para él es excepcional.

Además la personalidad de ambos así como el estrato social y cultural al que pertenecen y el escenario en el cual se da el acto médico, juegan un papel importante. La relación establecida tiene aspectos cognoscitivos y afectivos, y está sujeta a normas éticas y sociales. Las actitudes, acciones y omisiones influyen en el enfermo, y la disposición y actitud de este influye al médico.

Recientemente a consecuencia de la tecnificación, comercialización y expansión de servicios médicos, la relación ha experimentado cambios profundos y el lado humano tiende a diluirse en este hecho radican muchas de las insatisfacciones tanto de los enfermos como de los médicos.

El desarrollo de tecnología especializada y la creciente demanda de asistencia médica por una población creciente hicieron buscar nuevas formas de atención más eficientes para la asistencia médica. Ahora entre médico y enfermo se introduce un nuevo elemento, la "institución" (Hospitales, Centros de Salud, Clínicas) y con esto la pérdida de la facultad de escogerse el uno al otro, ya que tradicionalmente la iniciación y mantenimiento de esta relación dependía del enfermo actualmente ambos han perdido esta ventaja. A consecuencia de esto los médicos se encuentran bajo una carga excesiva de trabajo rutinario, y sus relaciones con los enfermos son menos íntimas y satisfactorias, así como las expectativas y necesidades emocionales de unos y otros. El enfermo duda del interés que por él sienten los médicos a quienes les falta entusiasmo o se limitan a cumplir con su trabajo, ocasionando que no se sigan las indicaciones o se abandonen los tratamientos.

La divulgación de información acerca de las enfermedades hace de la salud un tema popular, por lo que la gente sabe más de las enfermedades, tratamientos y limitaciones de la medicina. En otras palabras, el misterio se ha develado; las debilidades han quedado al descubierto y los médicos han perdido prestigio y autoridad. Por esto quien antes aceptaba su sufrimiento como irremediable y se plegaban a la voluntad divina, hoy exigen con justicia al médico el cumplimiento de sus obligaciones para con él.

Quienes tiene fe en la ciencia y conocen sus derechos exigen a los médicos que los atiendan con prontitud y eficacia, y están dispuestos a reclamarles sus errores y atribuirles negligencia y falta de interés.

Son frecuentes los relatos de diagnósticos inadecuados y negligencia en la atención, así como la prisa para terminar las consultas por parte del médico la falta de aclaración de dudas y la poca información adecuada sobre cuidados y efectos de medicamentos, o síntomas que evidenciarían una complicación, dudas acerca de la eficacia del tratamiento por la percepción de que se receta lo mismo para cualquier enfermedad, etcétera. Logrando con esto que los pacientes se quejen de la atención recibida.

Quejas con la atención médica

- ✓ *La insuficiente capacitación del personal médico*
- ✓ *La sustitución de los mismos por pasantes de medicina.*
- ✓ *Breve duración de la consulta*
- ✓ *Desconfianza hacia el tratamiento o calidad del medicamento (Bronfman 1997).*

Existen dos formas de relación entre médico y paciente, una es el modelo técnico y la otra el humanístico.

- ✓ *Modelo técnico, el médico aborda al enfermo como a un objeto al que hay que examinar y manipular; su relación con el es impersonal, porque al médico no le atañe investigar su experiencia íntima. Su interés se circunscribe al problema técnico-científico.*
- ✓ *Modelo humanístico, el enfermo es visto como una persona. El médico se interesa en la subjetividad del enfermo, y su relación con él tiene un componente afectivo importante (Fuente 1996).*

Ambos modelos son usados en la relación y algunos se inclinan a favor de uno u otro de acuerdo a su trabajo cotidiano, pero la influencia del médico juega un papel importante y se pueden distinguir tres tipos de interacción:

La pasiva del paciente; el médico hace algo por el paciente sin que este participe en la acción. Asume el control total de la situación debido a la pérdida de conciencia del paciente.

Otra Interacción es cuando una persona sufre un estado patológico de causa desconocida que le hace sufrir. El paciente está consciente y deseoso de cooperar con el médico en quien reconoce sabiduría y capacidad para ayudarlo a contener con la enfermedad.

Otro tipo de relación es donde tanto el médico como el paciente se distribuyen la responsabilidad, esta es la más conveniente cuando se trata de enfermos crónicos. El médico actúa como un guía experimentado pero toma en cuenta los deseos y opiniones del enfermo.

Esta comunicación puede obstaculizarse por varias razones, como la cantidad y calidad de información suministrada, la falta de comprensión de esta por parte del paciente, el nivel cultural y de estudios del paciente, la terminología médica empleada, por lo que el adecuado conocimiento por parte del personal de salud y médicos ayudará a lograr cambios en las conductas de las personas.

Existen reportes donde se confirma:

- ✓ *Que a mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento.*
- ✓ *Que a mayor satisfacción en el paciente, habrá menor probabilidad de deserción.*
- ✓ *Que a una mayor continuidad en la relación médico-paciente mejor será el cumplimiento.*

Asimismo la actitud del terapeuta hacia el tipo de tratamiento y hacia el paciente, constituye una importante variable en el cumplimiento terapéutico y en el desarrollo de efectos colaterales. Para algunos, la relación médico-paciente es de importancia tal que consideran que la causa principal del incumplimiento, es una comunicación deficiente entre el médico y el paciente (Puente-Silva 1984).

Un médico debe poseer formación no solo de medicina sino también en ciencias del comportamiento. Es necesario que sepa abordar la prevención de enfermedades y las consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas de la enfermedad, así como la capacidad para establecer buenas relaciones con los pacientes con miras a crear un clima de confianza estable entre el individuo y la colectividad y establecer lazos de colaboración para la salud.

Los médicos están en una posición que les permite recoger datos y desarrollar, aplicar y supervisar directamente los efectos de los programas comunitarios de salud pública. Se ha demostrado que las enfermeras en determinadas circunstancias, son más capaces que los médicos para conseguir la satisfacción del paciente y su observancia en el tratamiento, así como los resultados deseados.

Educación Para La Salud

Cuando se habla de la salud se tiene como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Latorre 1994).

La educación para la salud es un proceso cuya finalidad es apoyar el desarrollo integral del individuo con el fin de que sea útil a sí mismo y a la sociedad. El proceso educativo cuando no plantea solamente la adquisición de conocimientos, o el cambio maquinal de hábitos, sino que se enfoca al crecimiento personal es generador de nuevos estilos de vida. (García 1995)

Propósito de la educación para la salud

Los problemas de salud de los seres humanos se originan y manifiestan como resultado de la interacción de factores de diversa índole (Soberón 1988). La potencial genético, las condiciones ambientales, los hábitos, las creencias y las conductas personales, el nivel educativo, los valores, la organización sociopolítica, el nivel de vida y la alimentación, participan en grado variable, según las personas, la patología, el tiempo y lugar para definir enfermedades en cada individuo (García 1993).

La educación puede transformar una natural disposición defectuosa en una cualidad o carácter aceptable, podemos rehacer o modificar un carácter, y crear, por medio de la educación oportuna y tenaz, una actitud personal y un tipo de conducta edificante. Las exigencias individuales y sociales, son pues, las responsables de la formación de hábitos benéficos y, por consecuencia de la conducta privada y social del individuo. (García 1995).

Sri Sathya (En García 1995) afirma que "La educación, debe ser entendida como una ciencia cuyo objetivo es el de ayudar al individuo a alcanzar un nivel de conciencia que le

permita llegar a distinguir claramente lo que es beneficio y lo que no lo es, ampliando sus horizontes del saber y alentando a servir respetuosamente a los miembros de la sociedad con la que convive”.

En la declaración mundial de la “Educación para Todos” se define a la educación de la siguiente forma: “Educación es, un complejo proceso que implica motivación, cambios de actitudes y cambios de conducta. Las experiencias influyen en el aprendizaje así como las creencias y costumbres.” (García 1995)

Así la salud es contemplada como un bienestar percibido en las áreas física, psíquica y social de las personas; este es un concepto subjetivo y relativo ya que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están influenciadas por el contexto cultural en el que tienen lugar. La OMS la define como El estado de bienestar total en lo físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (García 1995).

Se incluye en el concepto de salud la capacidad del individuo de hacer uso de los recursos personales para afrontar las inevitables dificultades que toda historia humana enfrenta (García 1995). Esta se vincula con todos los factores de bienestar; pues permite la formación de individuos que pueden participar activamente en la solución de problemas. Para lograr esto no es suficiente la transmisión de conocimientos sino además, la reflexión, apropiación e intervención sobre hechos que tienen que ver con la salud. Para transformar este pensamiento es necesario ubicar ideas nuevas dentro de las representaciones que ya se disponen y que constituyen el marco de referencia lógico.

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes se deben transmitir conocimientos y destreza que aporten provecho y obtener información para conocer mejor la enfermedad, saber como tratarla y aprender a vivir con ella (Rodríguez 1996).

Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que ponen en riesgo la salud.

Modificar estilos de vida significa transformar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y tradiciones culturales.

El estilo de vida lo determinan cuatro factores que interaccionan entre sí:

- ✓ *Características individuales.*
- ✓ *Características del entorno microsocioal en el que se desenvuelve el individuo.*
- ✓ *Factores macrosociales, que modifican los anteriores.*
- ✓ *El medio físico geográfico (García 1995).*

En la mayoría de las sociedades, el cuidado de la salud es sinónimo del cuidado que proveen hospitales, clínicas y consultorios, lo que con frecuencia, minimiza la capacidad del individuo para cuidarse el mismo (García 1995). Ante esta situación, la finalidad de la educación para la salud es conseguir cambios de conducta que sean saludables.

Estos cambios de conducta saludables se deben a la posibilidad de aprender cuales son los determinantes del comportamiento en el ámbito cognitivo (conocimiento, información, etc.), Afectivo (valores y actitudes) y psicomotor (habilidades psicomotoras). Se reitera que "Para el aprendizaje de una conducta se necesita conocer el problema y estar interesado por él, sentir la necesidad de tomar una decisión, y en caso de sentirla, tomarla voluntariamente, teniendo la opción de cuestionar dicha decisión así como su conducta en cualquier momento. De esta manera el individuo tendrá la posibilidad de preguntarse si tiene la necesidad de tomar una decisión, si dicha adopción de una nueva conducta corresponde a una necesidad, además de saber qué puede sucederle si no la toma ahora, si dicha conducta puede traerle consecuencias positivas, así como si éstas son importantes para él" (García 1995).

Planteamiento del Problema

Debido a que existen tratamientos cada vez más efectivos, las preocupaciones del estado físico de una persona cambian por una postura donde también se toma en cuenta el estado psicológico. Las apreciaciones subjetivas, los sentimientos del paciente, sus relaciones personales, sus pensamientos y sentimientos hacen que las personas muestren formas diferentes de sentir y apreciar las cosas que suceden a su alrededor, es por eso que cada persona tiene una forma particular de percibir y reaccionan ante un problema. Para saber como es que esto afecta el trabajo en los sistemas de salud es necesario tomar en cuenta los factores que influyen en la atención e implementar programas que busquen sacar el mayor provecho de los recursos con que se cuenten.

El papel que desempeñan factores psicológicos, sociales y culturales en la salud y enfermedad, constituyen un importante objeto de estudio en las ciencias sociales y la conducta. Una de estas líneas de investigación es la relativa a lo que los individuos piensan acerca de su salud y enfermedad (Latorre 1994). Así como los estilos de vida, que son el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de cada individuo o grupo. *El cual es generado mediante la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida en el individuo o grupo. Los cuales se consideran saludables si estos generan o mantienen la salud (Mendoza 1990).*

Se sabe que el bagaje cultural, la experiencia personal y los hallazgos científicos ayudan a identificar que algunas conductas implican riesgos para la salud y otras la favorecen, también se sabe que estas no están aisladas sino que se encuentran dentro del estilo de vida de una persona o grupo (Pimentel 1995, García 1995).

Algunos autores afirman que “Las personalidades saludables adultas aceptan la responsabilidad de sus acciones, toman decisiones y buscan trascender los efectos determinantes y limitativos que en su conducta tienen las incapacidades, las presiones sociales para la conformidad del estrés desmedido, los impulsos y sentimientos biológicos.” (García 1993).

Estas conductas de salud son importantes, no porque estén implicadas en los procesos de salud y enfermedad, sino porque se pueden convertir en hábitos. Un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y se pone en marcha en forma automática, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto. Estos se desarrollan inicialmente en tanto se refuerzan con consecuencias positivas, y con el tiempo se independizan de los reforzamientos manteniéndose factores con los que habitualmente se asocian.

Debido a esta situación el objetivo de esta investigación es describir el papel que juegan en la adherencia terapéutica, factores como la formación de representaciones mentales, la resistencia al cambio, la relación médico paciente y la educación para la salud en personas que acuden a la consulta externa en un hospital de tercer nivel como lo es el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, que depende de la Secretaría de Salud.

Para llevar esto a cabo se identificarán las conductas que contribuyen de manera más significativa, a la manifestación de la adherencia terapéutica a los tratamientos médicos así como determinar si el cuestionario tiene las características psicométricas adecuadas (validez de constructo, consistencia interna) para emplearla en otro tipo de poblaciones que hacen uso de los servicios de salud.

METODO

Muestreo

En la investigación se usó un muestreo no probabilístico por cuota al cual se le administró un cuestionario de opinión sobre la adherencia terapéutica que fue llamado "Cuestionario Sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos" y se aplicó a pacientes o familiares de pacientes que acuden a la sala de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Tipo de Estudio

La investigación fue de tipo ex-postfacto.

Diseño

Se usó un diseño transeccional o transversal causal. Se recolectan los datos en un solo momento y en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado. Para describir la relación entre dos o más variables en un momento determinado sin precisar el sentido de la causalidad o pretender analizar las relaciones de causalidad (Hernández 1991).

Hipótesis

H₀: La adherencia a los tratamientos y programas preventivos dependen de la representación mental de la enfermedad, la resistencia que tengan las personas al cambio, la relación médico paciente y la Educación para la salud.

H_a: La adherencia a los tratamientos y programas preventivos no dependen de la representación mental de la enfermedad, la resistencia que tengan las personas al cambio, la relación médico paciente y la educación para la salud.

Definición Conceptual de Variables

Variable Independiente

Vi: Adherencia Terapéutica

Variables dependientes

Vd: Representaciones Mentales, Resistencia al cambio, Relación médico paciente y Educación para la salud.

Variables Sociodemográficas

Entre estas tenemos: Edad, Sexo, Escolaridad, Estado Civil, si es Paciente o Familiar, tipo de Padecimiento, de donde es Originario y Tiempo de asistir a consulta.

Adherencia Terapéutica: “Una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un caso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado” (Latorre 1994).

Representaciones Mentales: Son modelos de enfermedad elaborados por el sentido común basado en concepciones culturales e información erróneas o equivocada (Mechanic 1991).

Resistencia al Cambio: Es una conducta relacionada con la salud que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y se pone en marcha en forma automática, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto. Estas se desarrollan inicialmente en tanto se refuerzan con consecuencias positivas, y con el tiempo se independizan de los reforzamientos, y los mantienen factores con lo que habitualmente se asocian (García 1995).

Relación médico-paciente: Es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro, es una alianza terapéutica, es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza. Se ha definido esta relación como “un encuentro entre dos personas determinado por la intención tanto consiente como inconsciente de ambos (Fuente 1996).

Educación para la salud o Prevención primaria: "Es, un complejo proceso que implica motivación, cambios de actitudes y cambios de conducta. Las experiencias influyen en el aprendizaje así como las creencias y costumbres." (García 1995)

Definición Operacional de Variables

Adherencia Terapéutica: Será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos del cuestionario de adherencia terapéutica.

Representaciones mentales: Será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos del cuestionario de adherencia terapéutica.

Resistencia al cambio: Será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos del cuestionario de adherencia terapéutica.

Relación médico-paciente: Será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos del cuestionario de adherencia terapéutica.

Educación para la salud: Será medida mediante la respuesta que los sujetos den a los reactivos del cuestionario de adherencia terapéutica.

Sujetos

En la investigación participaron sujetos con las siguientes características:

Grupo 1

Personas que acuden regularmente a consulta (Pacientes) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Sexo: Indistinto

Escolaridad: Saber leer y escribir

Edad: 12 años en adelante

Ser paciente subsecuente.

Grupo 2

Familiares de persona que acudieron regularmente a consulta en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Sexo: Indistinto

Escolaridad: Saber Leer y escribir

Edad: 18 años en adelante

Que pasen a consulta con el paciente

Que su paciente sea subsecuente.

Material

Para el presente estudio se construyó un cuestionario de opinión con el propósito de medir adherencia terapéutica a los tratamientos médicos, el cuestionario fue llamado "Cuestionario Sobre Cumplimiento y Participación en los Tratamientos Médicos" (Los interesados en obtener el cuestionario podrán solicitarlo al Mtro. Samuel Jurado, a la Lic. Enequina Villegas o con el autor Francisco Paz Rodríguez en el cubículo 31 planta baja edificio "C" Facultad de Psicología o al 56 06 30 32).

RESULTADOS

Análisis de la Información

El análisis de datos se realizó por medio del programa estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), en el cual se obtuvieron medidas de tendencia central y medidas de dispersión, así como frecuencias para análisis descriptivo; para el comprobar las hipótesis planteadas se realizó un análisis inter-Item para ver la consistencia interna del cuestionario y se empleo la distribución X^2 para comparar las variables más importantes.

Los resultados que forman parte del trabajo se presentan de la siguiente forma:

- Creación del instrumento
 - ♣ Depuración del cuestionario
 - ♣ Aplicación

- Estadísticas globales de variables sociodemográficas
 - ♣ Datos Demográficos

- Análisis de Resultados Del Cuestionario Sobre Cumplimiento Y Participación en los Tratamientos Médicos

- Normas de Calificación

- Resultados de comprobación y rechazo de la hipótesis que constó:
 - ♣ Análisis inter-item de reactivos
 - ♣ Recodificación de datos
 - ♣ Resultados X^2 para el cuestionario
 - ♣ Resultados pruebas X^2

Creación del instrumento

Para la construcción del cuestionario se siguieron los pasos que a continuación se describen:

El primer paso consistió en realizar una búsqueda bibliográfica acerca de los temas de adherencia y basándose en esto se procedió a redactar preguntas que tenían la finalidad de medir 5 áreas que tiene que ver con el comportamiento y los pensamientos que las personas tienen cuando se enferman o acuden a consulta, el primer borrador constaba de 60 preguntas, se examinó su redacción mediante una revisión entre personas con conocimiento del tema (Psicólogos y Médicos). A los que se les pidió que lo contestaran y marcaran lo que no entendían o les parecía confuso, anotando sus sugerencias de redacción, las cuales se tomaron en cuenta para el mejoramiento del cuestionario.

Depuración del Cuestionario

El cuestionario fue proporcionado a un grupo de 15 personas con algún padecimiento, con la finalidad de tener una idea de la forma en que respondían. Se dio el instrumento a 10 personas con conocimiento del tema (Psicólogos y Médicos), para que se le realizara una valoración por jueces y posteriormente se eliminaron frases repetitivas, mal planteadas o confusas, cambiando la redacción de frases que se consideraban relevantes para la investigación. Se reorganizó nuevamente dando como resultado un cuestionario de 64 reactivos.

Para obtener la validez de los reactivos, el cuestionario fue aplicado a una muestra piloto de 122 pacientes que asisten a consulta externa en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de los cuales 100 fueron pacientes y 22 familiares, se le realizaron pruebas t de student a cada pregunta para saber la capacidad discriminativa de cada reactivo y saber en que preguntas había diferencias significativas, tomando para esto dos sub-grupos de la población encuestada, cada uno constaba con un 23% de la muestra. Arrojando como resultado un total de 40 preguntas con diferencias significativas, $p < 0.005$.

Esto nos indicó las preguntas que discriminaban entre sí, para corroborar este análisis se procedió a realizar una prueba de consistencia interna (Alpha de Cronbach); la cual fue realizada para los cinco factores que mide el cuestionario obteniendo puntuaciones para los factores de Adherencia terapéutica, Resistencia al cambio, Relación medico-paciente, Prevención primaria y Representaciones mentales así como para la Escala Total.

Al final se obtuvo un instrumento con 49 preguntas que discriminaron en los diferentes análisis efectuados. Cabe mencionar que se crearon preguntas de control en el instrumento para tener mayor veracidad en las respuestas que los pacientes podrían dar y se tomó en cuenta el nivel educativo y estado físico de los pacientes.

Además se le aplicó un análisis discriminante para saber con cuanta exactitud era posible predecir lo que respondían los pacientes y crear un modelo que incluyeran las preguntas que midieran mejor esto, se realizaron dos modelos comparando en uno el 23% de la muestra y en el otro un 50% de la muestra dando una confiabilidad de predicción de 96% para uno y 90% para el otro.

El siguiente paso fue reestructurar el instrumento, con las sugerencias de pacientes y jueces en el tema, cambiando las preguntas confusas. Se hizo un análisis de frecuencias a los 64 reactivos para saber la tendencia de las respuestas de los pacientes.

Este instrumento ya depurado fue el que se aplicó en la Investigación propiamente dicha. El cuestionario tiene reactivos de estimación para tratar de evitar inclinaciones individuales. Cabe mencionar que el cuestionario puede ser autoaplicado o administrado por entrevistadores sin capacitación previa, ya que son reactivos simples, directos y sin riesgo de confusión.

A cada reactivo se le otorgaron valores numéricos del 1 al 3, donde los valores más altos fueron distribuidos hacia el sentido positivo del reactivos y los más bajos hacia el sentido negativo. En reactivos planteados desfavorablemente al objeto actitudinal recibieron valores opuestos en sus alternativas de respuesta. El cuestionario fue autoaplicable y el tiempo promedio de aplicación fue de 25 minutos. Este instrumento pretende evaluar cinco factores que aumentan la adherencia a los tratamientos médicos, estos son:

- ✓ Adherencia Terapéutica
- ✓ Resistencia al cambio
- ✓ Representaciones mentales de enfermedad (Creencias, hábitos, mitos, valores, cultura, e información errónea)
- ✓ Relación medico-paciente
- ✓ Prevención primaria o Educación para la salud

Las preguntas de la escala se intercalaron aleatoriamente, tanto en el estudio piloto como en la aplicación del instrumento final.

Aplicación

Se utilizó un cuestionario previamente validado mediante un estudio piloto en 122 sujetos del cual se obtuvo la consistencia interna que dió una puntuación para toda la escala de un alpha de 0.74.

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en la sala de consulta externa dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. El levantamiento de esta información fue de aproximadamente 3 meses. Para esto se solicitó a los pacientes o familiares de pacientes su colaboración para contestar el cuestionario explicándoles en que consistía el mismo y garantizando la discreción y el anonimato en sus respuestas. Se les proporcionó a las personas que aceptaron contestarlo, lápiz y goma. Se les preguntó el tiempo de asistir a consulta, si eran pacientes de primera vez o subsecuentes.

La muestra total fue de 1007 de cuestionarios aplicados, se dieron de baja 3 cuestionarios por estar incompletos y 216 quedaron fuera del estudio ya que los pacientes no los regresaron.

En el caso de personas analfabetas el entrevistador aplicó el instrumento al paciente. Cuando contaba sólo con instrucción primaria se le brindó asesoría, y si tenían secundaria o nivel medio superior, se trataba de aclarar dudas y se pedía que no dejaran preguntas sin contestar.

En el caso de personas con problemas para contestar el cuestionario pero que deseaban participar en el estudio, se les leyeron las preguntas, procurando no mostrar ninguna tendencia o juicio de valor por parte del entrevistador, para evitar respuestas tendenciosas o dirigidas, la aplicación siempre fue hecha por la misma persona.

Llevado esto a cabo se procedió a calificar el cuestionario y pasar a una base de datos los resultados de los mismos, para su posterior análisis mediante el uso de estadística.

Datos Demográficos

Para la siguiente investigación se recolectó una muestra de 1004 sujetos todos ellos pacientes o familiares de pacientes que asisten de forma subsecuente a la consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Como se puede observar en el cuadro 1, El promedio de la edad de la muestra total es de 37 años. La escolaridad por su parte promedio 9 años tomando en cuenta 65 personas sin instrucción primaria. El tiempo de consulta promedió 3 años 2 meses y la duración de la enfermedad promedió 7 años 6 meses. Para obtener los resultados no se tomaron en cuenta a las personas que no respondieron a estas preguntas.

Variables	X	DS
Edad	37	14.8
Escolaridad	9	4.3
Tiempo en consulta	38 meses	58.4
Duración de la Enfermedad	90 Meses	109.8

Como se puede observar en el cuadro 2, El sexo predominante en los pacientes de la muestra es en el caso de las mujeres de 60% del total, y los hombres 40%.

<i>Sexo</i>		
	N	%
<i>Hombres</i>	403	40
<i>Mujeres</i>	601	60
<i>Total</i>	1004	100

Analizando el estado civil de la muestra total de los pacientes cuadro 3, encontramos que predominan los casados con un 49% y le siguen los solteros con un 41%.

Cuadro 3		
Estado Civil		
	N	%
Soltera	417	41
Casada	489	49
Unión Libre	28	3
Separada	6	1
Viuda	42	4
Divorciada	22	2
Total	1004	100

Respecto al tipo de encuestados, en el cuadro 4. Encontramos que el 88% fueron pacientes y el 12 % fueron familiares.

Cuadro 4		
Tipo de encuestados		
	N	%
Pacientes	884	88
Familiares	120	12
Total	1004	100

La mayoría de las personas encuestadas actualmente están tomando medicamentos cuadro 5, el 84 % está bajo tratamiento y el 16% no tiene tratamiento médico.

Cuadro 5		
Medicamentos		
	n	%
Si Toman Actualmente	846	84
No toman Medicamentos	157	16
Total	1003	100

Como puede verse existen pocos centros de atención especializada de este tipo (véase, cuadro 6) ya que hay un porcentaje alto de la población encuestada que es de provincia con un 44 %. Para obtener los resultados no se tomaron en cuenta a las personas que no respondieron a estas preguntas.

Cuadro 6		
Donde vive		
	N	%
Distrito Federal	560	56
Estados	435	44
<i>Total</i>	995	100

Respecto a la ocupación de la muestra total de los pacientes cuadro 7, encontramos que predominan las personas que se dedican a labores domésticas con un 49% del total de la muestra encuestada, siguiendo a estos los empleados con un 14% y los estudiantes con un 12%.

Cuadro 7		
Ocupación		
	N	%
Hogar	421	49
Obrero	44	5
Comercio	67	8
Empleado	121	14
Estudiante	100	12
Profesionista	56	7
Técnico	11	1
Campesino	35	4
Artesano	5	.5
Niñera	2	.2
Jardinero	4	.5
<i>Total</i>	1004	100

Posteriormente se realizó un análisis de resultados de cada reactivo de la prueba, reportando está información por cada uno de los factores que mide el cuestionario.

Análisis de Resultados Del Cuestionario Sobre Cumplimiento Y Participación en los Tratamientos Médicos

En el cuadro 8 se detalla la forma en que se contestó al factor de adherencia terapéutica en el se muestra que en general las personas contestan positivamente a este factor y es notoria la importancia que se le da al apoyo familiar (91%) para seguir con los tratamientos, el tomarse los medicamentos con instrucciones claras (89%), el tomar la medicina aunque a otras personas no les sirva (84%), el recordar información del médico (71%), el tomar los medicamentos a su hora indicada (72%), como parte importante en la adherencia terapéutica.

Cuadro 8			
Adherencia Terapéutica			
	Si %	No %	A veces %
¿Cuándo se cumplen exactamente las recomendaciones de los médicos se puede superar una enfermedad?	69	10	21
¿Es para usted fácil seguir las indicaciones del tratamiento que le dan?	67	12	21
¿El paciente recuerda la información que el médico le da?	71	7	22
¿Toma siempre los medicamentos a las horas indicadas?	72	9	19
¿Toma usted sus medicamentos si las instrucciones son claras?	89	7	4
¿Al tomar varios medicamentos se confunde de hora o de medicamento?	19	70	11
¿Gasta en ocasiones en medicamentos que no le curan y después los tiene que cambiar?	33	57	10
¿No tomó el medicamento que le recetaron porque a otros conocidos no les sirvió?	13	84	3
¿Usted cree que la gente no va al médico porque ya sabe lo que le dará de tratamiento?	21	57	22
¿Necesita generalmente el organismo medicamentos para curarse?	46	30	24
¿Si la familia apoya al paciente éste seguirá con los tratamientos?	91	5	4

En el cuadro 9 detalla la forma en que se contestó al factor de resistencia al cambio como podemos ver la falta de información adecuada puede hacer que la gente realice conductas desfavorables en el cuidado de su salud, ya que se piensa que no tendrán consecuencia graves al dejar de tomar una dosis (37%) o suspender el medicamento cuando se siente mejor (22%). Pero no por esto dejan de hacer cosas que les producen placer (29%), aunado a que la mayoría piensa que es difícil el futuro de un enfermo (65%) haciendo más difícil aceptar esta situación.

Cuadro 9			
Resistencia al Cambio	Si %	No %	A veces %
¿Le da flojera llevar a cabo las indicaciones recomendadas por los médicos?	13	72	15
Al enterarnos de una enfermedad pensamos: "A mí no me va a tocar"	34	43	23
¿Aunque sepa que algo puede hacerme daño lo realizo porque me produce placer?	29	48	23
¿Piensa que no le pasará nada si deja de tomar una dosis de medicamento?	37	52	11
¿Piensa que no le pasará nada si no termina el tratamiento?	36	56	8
¿Olvida en ocasiones tomar sus medicamentos?	35	45	20
¿Generalmente suspende los tratamientos cuando ya se siente bien?	24	66	10
¿Suspende usted el medicamento cuando no siente mejoría?	22	71	7
¿Generalmente me auto-receto porque el medicamento me dio buen resultado?	17	71	12
Si supiera que tiene una enfermedad incurable ¿se resigna a su futuro?	47	46	7
¿Es difícil de sobrellevar el futuro de un enfermo?	65	17	18

El cuadro 10 detalla la forma en que se contestó al factor de educación para la salud siendo notorio el conocimiento de las personas de las conductas que mejoran su salud como que hacer deporte les puede ayudar a mejorar su salud (91%), saben que tomar o fumar les produce enfermedades graves (95%), que el estar nervioso les puede causar daño (90%), así como cambiar información acerca del cuidado que debe tener con la salud con personas con su padecimiento (72%) les puede ser útil, así como el seguir las indicaciones del médico (88%) o asistir a la consulta (88%).

Cuadro 10			
Educación para la Salud			
	Si %	No %	A veces %
¿Usted se considera una persona disciplinada y que planea sus actividades?	55	20	25
¿Siempre sigue las indicaciones del médico?	77	4	19
¿Asiste a sus consultas regularmente?	88	7	5
¿El poco cuidado que tenemos con nuestra salud nos puede causar una enfermedad?	88	5	7
¿El médico le explica claramente la cantidad de medicamento a tomar?	92	3	5
¿El médico le explica las posibles reacciones al medicamento que le receta?	63	20	17
¿Estar nervioso es una causa que puede agravar una enfermedad?	90	4	6
¿Tomar y fumar, pueden causar enfermedades graves?	95	2	3
Practicar algún deporte nos ayudará a estar más sanos	91	4	5
¿Intercambiar información con personas con una misma enfermedad puede ser de utilidad?	72	12	16

En el cuadro 11 se detalla la forma en que se contestó al factor de relación médico-paciente es notorio que la relación con el médico es importante ya que la gente confía en las indicaciones del médico y personal relacionado con la salud (96 y 82%), esto parece mejorar si se mantienen buenas relaciones (94%) y si las indicaciones tienen que ver con el tratamiento de la enfermedad (88%).

Cuadro 11			
Relación médico-paciente	Si %	No %	A veces %
Si está satisfecho con la atención de la enfermera ¿confiará en las indicaciones que le dé?	82	6	12
Si está satisfecho con la atención del médico ¿confiará en las indicaciones que le dé?	96	1	3
¿Una buena relación con el médico facilitará seguir sus indicaciones?	94	4	2
¿Quienes atienden a los enfermos no los comprenden y todo lo quieren arreglar con medicamentos?	26	46	28
Durante la consulta ¿El médico le explica correctamente la causa de la enfermedad?	56	20	24
¿El médico le explica claramente los síntomas de la enfermedad?	56	20	24
¿Considera que el médico le da el tiempo suficiente de consulta cada vez que asiste?	68	15	16
¿Considera que se le proporcionan las consultas necesarias para curar su enfermedad?	76	15	9
¿Las indicaciones recomendadas por los médicos mejoran a los pacientes?	77	3	20
¿Las indicaciones recomendadas por los médicos curan a los pacientes?	48	17	35
Las indicaciones de los médicos ¿tienen que ver con el tratamiento de la enfermedad?	88	5	7
¿Generalmente le pregunta al médico cuando tiene alguna duda?	77	7	16
¿El médico toma en cuenta los sentimientos del paciente al momento de dar su diagnóstico?	43	26	31
¿El paciente espera más de lo que sabe el médico?	43	37	20
¿Cuando el médico no sabe lo que tenemos sólo nos queda esperar que un milagro nos cure la enfermedad?	43	45	13
¿Es satisfactoria la atención recibida en este hospital?	78	7	15

El cuadro 12 se detalla la forma en que se contestó al factor de representaciones mentales como podemos observar existen desacuerdos entre lo que las personas pueden pensar acerca del padecimiento, posiblemente se deba al deseo de aliviarse de forma rápida (94%), la percepción que se tiene acerca de la enfermedad cuando es grave (88%), y el miedo que produce tenerla (60%). Esto sucede especialmente con cuestiones que le preocupan a la gente como ideas acerca de lo justo o injusto del padecimiento los problemas incapacitantes de la enfermedad y el planteamiento del futuro así como sus relaciones personales o de pareja.

Cuadro 12			
Representaciones Mentales			
	Si %	No %	A veces %
¿Le gustaría que los padecimientos se curaran con tratamientos cortos y sin dolor?	94	1	5
¿Está usted confiado en que puede superar cualquier enfermedad?	72	14	14
¿Sufren mucho quienes saben que tienen una enfermedad grave?	83	9	8
Cuando la enfermedad es delicada se cuida mas el paciente	7	82	11
¿Piensa que es su culpa el que esté usted enfermo?	21	69	11
¿Considera que no es justo tener una enfermedad grave?	49	35	16
¿Generalmente la gente mira a los enfermos con lastima?	51	21	28
¿Generalmente la gente se enferma porque se portó mal?	8	84	8
¿Los pacientes tienen ideas falsas acerca de su enfermedad?	36	29	35
¿Un enfermo se convierte en una carga para la familia?	31	34	35
¿Le preocupa que pueda contagiar a algún familiar con su enfermedad?	34	58	8
¿Al enfermarse se siente incapacitado para hacer algún trabajo?	39	31	29
¿Si tuviera una enfermedad crónica ya no podría trabajar?	32	45	23
¿Teme que sus relaciones sexuales cambien debido a su estado de salud?	42	46	12
El saber las consecuencias de una enfermedad me produce miedo.	60	20	20
¿La mayoría de las enfermedades tienen origen hereditario?	28	43	29

Normas de Calificación

Posteriormente se procedió a sacar la suma de los puntajes totales de la prueba para cada sujeto y obtener las normas de calificación del cuestionario para la muestra, utilizando para esto cuartiles (véase cuadro 13), quedando la división siguiente:

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Rango</i>
Adherencia Baja	276	27	112-146
Adherencia Media Baja	228	23	147-152
Adherencia Media	259	26	154-160
Adherencia Alta	241	24	161-180

Se hizo el mismo procedimiento para cada uno de los factores (véase cuadro 14) que mide el cuestionario quedando las siguientes divisiones por factor.

<i>Factor 1 (adherencia terapéutica)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Rango</i>
Adherencia Baja	212	21	15-25
Adherencia Media Baja	211	21	26-27
Adherencia Media	271	27	28-29
Adherencia Alta	310	31	30-33
<i>Factor 2 (Resistencia al cambio)</i>			
Adherencia Baja	276	28	10-21
Adherencia Media Baja	303	30	22-24
Adherencia Media	222	22	25-26
Adherencia Alta	203	20	27-32
<i>Factor 3 (Educación para la salud)</i>			
Adherencia Baja	194	19	17-25
Adherencia Media Baja	280	28	26-27
Adherencia Media	230	23	28
Adherencia Alta	300	30	29-30
<i>Factor 4 (Relación médico paciente)</i>			
Adherencia Baja	284	28	25-37
Adherencia Media Baja	229	23	38-40
Adherencia Media	254	25	41-43
Adherencia Alta	237	24	44-48
<i>Factor 5 (Representaciones mentales)</i>			
Adherencia Baja	275	27	21-31
Adherencia Media Baja	280	28	32-34
Adherencia Media	231	23	35-37
Adherencia Alta	218	22	38-48

Comprobación de la hipótesis

Análisis Inter-item

Para comprobar la hipótesis planteada en la investigación se realizó un análisis Inter-item a los 64 reactivos de los 1004 cuestionarios de la encuesta, se obtuvo la consistencia Interna que dio puntuaciones para el factor I (adherencia terapéutica) con 11 reactivos, obteniendo un alpha de cronbach de 0.38. El factor II (resistencia al cambio) formado por 11 reactivos, logró un alpha de cronbach de 0.36. El factor III (relación medico-paciente) formado por 16 reactivos, logró un alpha de cronbach de 0.69. El factor IV (educación para la salud) formado por 10 reactivos, logró un alpha de cronbach de 0.47. El factor V (representaciones mentales) formado por 11 reactivos, logró un alpha de cronbach de 0.47. Para toda la escala se obtuvo un alpha de 0.73.

Recodificación de datos

Se recodificaron variables demográficas para ser comparadas mediante X^2 contra los diferentes factores que mide el cuestionario.

En la variable escolaridad cuadro 15 se crearon cuatro grupos quedando de la siguiente forma:

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Rango</i>
Básica	335	33	0-6
Media	238	24	7-9
Bachillerato	270	27	10-12
Superior	157	16	13-22

Cabe mencionar que el grupo de nivel básico se tuvieron 65 personas sin escolaridad pero saben leer y escribir.

Se recodificó la variable de edad cuadro 16, dividiéndola en cuatro grupos de edades quedando con las siguientes frecuencias:

Cuadro 16		
Edad		
Años	Frecuencia	%
12-26	280	28
27-34	232	23
35-46	257	26
47-92	234	23

También se recodificó la variable de tiempo de asistir a consulta cuadro 17, separando a quienes tenían hasta un año de hacerlo en un grupo y quienes tenían mas tiempo en otro quedando dos grupos con la siguiente frecuencia:

Cuadro 17		
Tiempo de asistir a consulta		
	Frecuencia	%
Hasta un año	536	53
Más de un año	468	47

La variable de enfermedad fue categorizada para su mejor manejo Cuadro 18, se codificaron dos grupos de enfermedades neurológicas la división quedo como se presenta a continuación:

1 *Desórdenes funcionales*; estos incluían dolores de cabeza, migraña, ansiedad, nervio trigémino, depresión, angustia, vértigo, parálisis facial y epilepsia ideopática.

2 *Desórdenes estructurales* que incluía; neoplasmas cerebrales, (adenoma de hipófisis, hemangioma, linfoma, meningioma); inflamaciones o infecciones (cisticercosis, hidrocefalia, meningitis, Síndrome Guillian Barre, Esclerosis múltiple, encefalitis, etc.) y enfermedades degenerativas (ataxia, enfermedad de huntington, enfermedad de parkinson, diskinesia, esquizofrenia etc.).

Las enfermedades que se reportan con mayor frecuencia en este estudio son:

Epilepsia

Dolores de cabeza

Esquizofrenia

Cuadro 18		
Enfermedad		
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Desordenes funcionales	488	59
Desordenes estructurales	336	41

Cabe mencionar que 180 personas (pacientes y familiares) no supieron el diagnóstico de su enfermedad y no se tomaron en cuenta en el análisis.

Resultados χ^2 para el cuestionario

Se realizaron comparaciones entre los puntajes obtenidos contra las preguntas del cuestionario para saber si existen diferencias significativas entre los grupos de adherencia contra lo contestado en cada pregunta obteniendo resultados para cada una de las respuestas que se presentan más adelante en cuadros por factor.

Podrá observarse además que la mayoría de las preguntas que no mostraron diferencias significativas son preguntas que tenían el propósito de ser preguntas control o son preguntas de información en general por lo que esto demuestra que los sujetos están enterados de su padecimiento.

Los resultados obtenidos en el cuadro 19 sobre el factor I (adherencia terapéutica) nos muestran que la mayoría de las preguntas tuvieron diferencias significativas cuando se compararon los puntajes obtenidos contra las preguntas que evalúan el factor, Las preguntas no mostraron diferencias significativas en el análisis son: ¿Toma usted sus medicamentos si las instrucciones son claras? ¿Necesita generalmente el organismo medicamentos para curarse? ¿Si la familia apoya al paciente éste seguirá con los tratamientos?

Adherencia Terapéutica	X²	g. l.	p
¿Cuando se cumplen exactamente las recomendaciones de los médicos se puede superar una enfermedad?	39.749	6	0.000
¿Es para usted fácil seguir las indicaciones del tratamiento que le dan?	113.459	6	0.000
¿El paciente recuerda la información que el médico le da?	69.202	6	0.000
¿Toma siempre los medicamentos a las horas indicadas?	115.646	6	0.000
¿Toma usted sus medicamentos si las instrucciones son claras?	15.298	6	0.018
¿Al tomar varios medicamentos se confunde de hora o de medicamento?	115.296	6	0.000
¿Gasta en ocasiones en medicamentos que no le curan y después los tiene que cambiar?	144.775	6	0.000
¿No tomó el medicamento que le recetaron porque a otros conocidos no les sirvió?	28.646	6	0.000
¿Usted cree que la gente no va al médico porque ya sabe lo que le dará de tratamiento?	82.900	6	0.000
¿Necesita generalmente el organismo medicamentos para curarse?	4.184	6	0.652
¿Si la familia apoya al paciente éste seguirá con los tratamientos?	11.322	6	0.079

Los resultados obtenidos en el cuadro 20 sobre el factor II (Resistencia al cambio) nos muestra que en la mayoría de las preguntas existieron diferencias significativas cuando se compararon los puntajes obtenidos contra las preguntas que evalúan el factor, Las preguntas que no mostraron diferencias significativas en el análisis son: Al enterarnos de una enfermedad pensamos: "A mí no me va a tocar", Si supiera que tiene una enfermedad incurable ¿se resigna a su futuro?

Resistencia al Cambio	X²	g. l.	p
¿Le da flojera llevar a cabo las indicaciones recomendadas por los médicos?	106.018	6	0.000
Al enterarnos de una enfermedad pensamos: "A mí no me va a tocar"	4.270	6	0.640
¿Aunque sepa que algo puede hacerme daño lo realizo porque me produce placer?	37.708	6	0.000
¿Piensa que no le pasará nada si deja de tomar una dosis de medicamento?	55.060	6	0.000
¿Piensa que no le pasará nada si no termina el tratamiento?	68.073	6	0.000
¿Olvida en ocasiones tomar sus medicamentos?	123.936	6	0.000
¿Generalmente suspende los tratamientos cuando ya se siente bien?	165.530	6	0.000
¿Suspende usted el medicamento cuando no siente mejoría?	145.425	6	0.000
¿Generalmente me auto-receto porque el medicamento me dio buen resultado?	149.815	6	0.000
Si supiera que tiene una enfermedad incurable ¿se resigna a su futuro?	9.923	6	0.128
¿Es difícil de sobrellevar el futuro de un enfermo?	48.160	6	0.000

Los resultados obtenidos en el cuadro 21 sobre el factor III (Relación médico-paciente) nos muestra casi todas las preguntas existieron diferencias significativas cuando se compararon los puntajes obtenidos contra las preguntas que evalúan el factor, La pregunta que no mostró diferencias significativas en el análisis fue: ¿Una buena relación con el médico facilitará seguir sus indicaciones?

Cuadro 21				
Relación Médico Paciente		X²	g. l.	p
Si está satisfecho con la atención de la enfermera ¿confiará en las indicaciones que le dé?		40.894	6	0.000
Si está satisfecho con la atención del médico ¿confiará en las indicaciones que le dé?		28.023	6	0.000
¿Una buena relación con el médico facilitará seguir sus indicaciones?		10.045	6	0.123
¿Quienes atienden a los enfermos no los comprenden y todo lo quieren arreglar con medicamentos?		147.311	6	0.000
Durante la consulta ¿El médico le explica correctamente la causa de la enfermedad?		165.978	6	0.000
¿El médico le explica claramente los síntomas de la enfermedad?		169.728	6	0.000
¿Considera que el médico le da el tiempo suficiente de consulta cada vez que asiste?		132.147	6	0.000
¿Considera que se le proporcionan las consultas necesarias para curar su enfermedad?		109.488	6	0.000
¿Las indicaciones recomendadas por los médicos mejoran a los pacientes?		73.715	6	0.000
¿Las indicaciones recomendadas por los médicos curan a los pacientes?		72.493	6	0.000
Las indicaciones de los médicos ¿tienen que ver con el tratamiento de la enfermedad?		58.177	6	0.000
¿Generalmente le pregunta al médico cuando tiene alguna duda?		107.088	6	0.000
¿El médico toma en cuenta los sentimientos del paciente al momento de dar su diagnóstico?		104.341	6	0.000
¿El paciente espera más de lo que sabe el médico?		61.937	6	0.000
¿Es satisfactoria la atención recibida en este hospital?		67.312	6	0.000
¿Cuando el médico no sabe lo que tenemos sólo nos queda esperar que un milagro nos cure la enfermedad?		42.837	6	0.000

Los resultados obtenidos en el cuadro 22 sobre el factor IV (educación para la salud) nos muestra que en la mayoría de las preguntas existieron diferencias significativas cuando se compararon los puntajes obtenidos contra las preguntas que evalúan el factor, Las preguntas que no mostraron diferencias significativas en el análisis son: ¿El poco cuidado que tenemos con nuestra salud nos puede causar una enfermedad? ¿Estar nervioso es una causa que puede agravar una enfermedad? ¿Tomar y fumar, pueden causar enfermedades graves? ¿Intercambiar información con personas con una misma enfermedad puede ser de utilidad?

Cuadro 22			
Educación para la Salud	X²	g. l.	p
¿El médico le explica claramente la cantidad de medicamento a tomar?	27.603	6	0.000
¿Siempre sigue las indicaciones del médico?	128.236	6	0.000
¿El médico le explica las posibles reacciones al medicamento que le receta?	100.375	6	0.000
¿Asiste a sus consultas regularmente?	77.261	6	0.000
¿El poco cuidado que tenemos con nuestra salud nos puede causar una enfermedad?	3.976	6	0.680
¿Estar nervioso es una causa que puede agravar una enfermedad?	5.196	6	0.519
¿Tomar y fumar, pueden causar enfermedades graves?	8.365	6	0.213
Practicar algún deporte nos ayudará a estar más sanos	29.486	6	0.000
¿Usted se considera una persona disciplinada y que planea sus actividades?	72.876	6	0.000
¿Intercambiar información con personas con una misma enfermedad puede ser de utilidad?	6.333	6	0.387

Los resultados obtenidos en el cuadro 23 sobre el factor V (Representaciones mentales) nos muestra que en la mayoría de las preguntas existieron diferencias significativas cuando se compararon los puntajes obtenidos contra las preguntas que evalúan el factor, Las preguntas que no mostraron diferencias significativas en el análisis son: ¿Le gustaría que los padecimientos se curaran con tratamientos cortos y sin dolor?, ¿Considera que no es justo tener una enfermedad grave?

Cuadro 23			
Representaciones Mentales	χ^2	g.l.	p
¿Le gustaría que los padecimientos se curaran con tratamientos cortos y sin dolor?	4.250	6	0.643
¿Está usted confiado en que puede superar cualquier enfermedad?	36.251	6	0.000
¿ Sufren mucho quienes saben que tienen una enfermedad grave?	23.366	6	0.001
¿Considera que no es justo tener una enfermedad grave?	2.734	6	0.841
¿Generalmente la gente mira a los enfermos con lastima?	44.647	6	0.000
¿Piensa que es su culpa el que esté usted enfermo?	82.450	6	0.000
Cuando la enfermedad es delicada se cuida mas el paciente	26.532	6	0.000
¿Los pacientes tienen ideas falsas acerca de su enfermedad?	44.010	6	0.000
¿Generalmente la gente se enferma porque se portó mal?	27.461	6	0.000
¿Un enfermo se convierte en una carga para la familia?	57.181	6	0.000
¿Al enfermarse se siente incapacitado para hacer algún trabajo?	57.941	6	0.000
¿Si tuviera una enfermedad crónica ya no podría trabajar?	26.266	6	0.000
El saber las consecuencias de una enfermedad me produce miedo.	35.815	6	0.000
¿Teme que sus relaciones sexuales cambien debido a su estado de salud?	77.253	6	0.000
¿Le preocupa que pueda contagiar a algún familiar con su enfermedad?	100.944	6	0.000
¿La mayoría de las enfermedades tienen origen hereditario?	37.366	6	0.000

Resultados de χ^2

Se compararon las diferentes variables demográficas contra los puntajes obtenidos por factor que se miden en el cuestionario y se encontraron diferencias entre las variables del tipo de enfermedad y el tiempo que se tenga de asistir a consulta.

Pregunta	χ^2	g. l.	p
Escolaridad	22.87	9	0.006
Enfermedad	12.78	3	0.005
Tiempo de asistir a consulta	36.31	3	0.000

Posteriormente compararon las diferentes variables demográficas contra los puntajes obtenidos por factor que se miden en el cuestionario y se encontraron diferencias significativas entre la adherencia terapéutica y el tiempo de asistir a consultas, educación para la salud y tiempo de asistir a consultas, resistencia al cambio y tiempo de asistir a consultas.

Tiempo de asistir a consulta	χ^2	g. l.	p
Adherencia Terapéutica	27.893	3	0.000
Resistencia al Cambio	34.196	3	0.000
Educación para la Salud	19.068	3	0.000

Además se tuvieron diferencias significativas entre representaciones mentales contra escolaridad representaciones mentales contra edad y relación médico paciente contra la edad.

Representaciones Mentales	χ^2	g. l.	p
Escolaridad	33.532	3	0.000
Edad			
Representaciones Mentales	27.107	3	0.000
Relación Médico-Paciente	20.886	3	0.000

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto la adherencia que muestran los pacientes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía a los tratamientos médicos ya que las puntuaciones obtenidas en la aplicación del cuestionario fueron de 112 puntos para el más bajo y de 180 puntos para el más alto, de un máximo de 192 puntos.

Esto posiblemente se deba a que las enfermedades neurológicas a las que se les da servicio en este hospital son en su gran mayoría incapacitantes dejando secuelas graves y de pronóstico desfavorable. Además de ser enfermedades crónicas de tipo degenerativo.

Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes que acuden a esta institución de salud, después de haber tenido experiencias anteriores en otros servicios de atención deben contar con un primer diagnóstico de su enfermedad ya que sin él no se les brinda atención, también es importante decir que los pacientes contaban con consultas previas. Todo esto hace suponer que muestran una buena adherencia a los tratamientos médicos aún cuando en ocasiones no les parezca muy efectiva la atención que reciben.

También se puede decir que las preguntas muestran una buena medición de los factores evaluados ya que para la mayoría se obtuvieron valores en los análisis realizados que demuestran esta situación y las preguntas que no resultaron significativas son preguntas que eran preguntas control o preguntas de información en general por lo que se puede suponer que los sujetos tienen conocimiento de su padecimiento.

Por otra parte las pruebas X^2 que se realizaron para comparar las variables demográficas contra los factores que mide el cuestionario demostraron que la adherencia, y la educación para la salud se verán favorecidas entre más tiempo se asista a consulta, asimismo se tendrá menor resistencia al cambio. También se encontró que la escolaridad y la edad serán factores importantes para la creación y manejo adaptativo de las representaciones mentales que tengan los pacientes que acuden a servicios de consulta.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La perplejidad y desorientación producto del diagnóstico inicial, imposibilitan al paciente y familiares asimilar los cambios que se van a producir en sus vidas, lo que les resta capacidad para reaccionar ante esta nueva situación. Trayendo como consecuencia emociones como la negación, el miedo y en ocasiones, la depresión y la ira. La forma habitual de resolver problemas no les resulta eficaz, al menos temporalmente; a consecuencia de esto se experimentan sensaciones de ansiedad y desorganización.

En México generalmente las mujeres son quienes informan el diagnóstico preliminar a los miembros de su familia, y determinan el tipo de enfermedad y la gravedad de la misma. En este ejercicio, se aceptan como normales síntomas que, desde el punto de vista de los médicos, se asocian con enfermedades comunes.

En la construcción de estas opciones de diagnóstico influyen la familia y el medio social donde se desarrollan las personas, por lo que adquiere diferentes explicaciones. La manifestación más clara de este fenómeno se observa en la atención de las enfermedades crónicas, en donde estas redes, además de incrementar la gama de fuentes de curación alternativa, funcionan en ocasiones como financiadoras del costo y facilitan el acceso a un determinado servicio.

Los pacientes tienen problemas para interpretar y reaccionar ante estos comportamientos. Como puede observarse cualquier cambio en la vida de algún miembro de la familia afecta a los demás, el problema que trae consigo una enfermedad es el incremento de la dependencia del paciente respecto a otros miembros de la familia. Quienes además asumen responsabilidades que correspondían al paciente, lo que provoca cambios importantes en la dinámica familiar.

Se sabe que el éxito de los tratamientos no solo dependen de su efectividad, sino que además dependen del grado en el que el paciente cumple con el esquema prescrito. Así como de su cooperación en las recomendaciones realizadas por el médico. El que el paciente siga un programa de tratamiento depende en gran parte en que las conductas asociadas con el tratamiento ayuden a mejorar o aliviar los síntomas.

Cuando un paciente reconoce la gravedad de su enfermedad, conoce las consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado, es responsable en otras áreas de su vida y cuenta con un relación familiar estable, es más fácil que se adhiera a los programas de tratamiento.

Aun cuando la literatura indica la manera como los pacientes cumplen las indicaciones de los médicos, se ha demostrado que muchos pacientes, aun cuando reciben las indicaciones de los doctores de manera clara, se desvían de los tratamientos prescritos o dejan de cumplir muchas de sus recomendaciones (Dominguez 1984).

Podríamos hablar de que esto se debe probablemente a que el retraso en el alivio de los síntomas motiva al paciente a buscar una gratificación inmediata, buscando además evitar los efectos colaterales y desagradables del medicamento o cambiar las dietas prescritas por el médico, a pesar de los riesgos que a largo plazo tiene este tipo de actividad.

La interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con su salud, así como del tipo de educación preventiva que sea impartida por el médico y los profesionales de la salud por lo que es urgente incrementar este tipo de acciones en beneficio de los pacientes.

El nivel de escolaridad del enfermo determinará en gran parte sus actitudes ante la enfermedad y la forma como expresa sus quejas. Algunos le restan importancia a sus síntomas o los niegan, otros los exageran. Además de que muchas personas estiman la competencia del médico no tanto por sus habilidades técnicas y conocimiento, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus quejas.

Las creencias que el enfermo tiene acerca de la causa del padecimiento varían entre creencias racionales, irracionales y en ocasiones delirantes. Cuando se sufre estando enfermo y se representa como una amenaza para la vida se puede usar la imaginación y anticipar las consecuencias económicas, familiares y sociales de la enfermedad.

Las representaciones de pacientes en relación a la enfermedad están basadas en la mayoría de los casos en concepciones culturales erróneas e información equivocada. Sin embargo estos modelos determinan su conducta y la forma en que utilizarán los servicios de salud. Por ejemplo, un paciente puede pensar que su enfermedad es un castigo divino, adoptando en consecuencia una actitud de resignación y no buscando la ayuda adecuada de manera oportuna.

Las personas son conscientes de que no siempre actúan de acuerdo a sus propios intereses, especialmente en lo referente a la salud, uno puede sentirse capaz de adoptar una determinada conducta preventiva y de hecho no llevarla a cabo en la práctica, o realizarla muy pocas veces

Queda claro que para que se cree una representación mental existen factores determinantes que ayudan a elegir la forma de expresarla; entre estos factores se encuentran a la cultura, las creencias, los hábitos, los mitos y valores.

Existen varias formas de experimentar la enfermedad ya que para unos representa un evento desafortunado fuera de su alcance, otros lo ven como un castigo a sus transgresiones morales, mientras otros se avergüenzan de estar enfermos o la experimentan como una lesión a su dignidad. Para muchas personas lo más importante cuando están enfermas es "no causar molestias a los demás". Para otras puede significar ventajas psicológicas económicas o sociales.

Quienes sufren enfermedades crónicas adoptan estrategias para hacer frente a los problemas de la fase crítica, Así se puede negar o minimizar la gravedad del trastorno, otros por el contrario, buscan información relevante para enfrentar los problemas asociados a la enfermedad y su tratamiento, otros pueden obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos, o profesionales de la salud.

Las fallas o poca adherencia a los tratamientos se deben a varias razones; el olvido, la falta de disciplina, la negación de su condición de enfermo, el miedo a los efectos colaterales, la información inadecuada del médico, al grado de cambio de conducta requerido y a que la atención recibida en el lugar sea percibida como deficiente.

Esta falta de adherencia produce pérdidas que se manifiestan en las complicaciones y secuelas que trae consigo la enfermedad, éstas se refieren al sufrimiento, limitaciones o incapacidad progresiva e irreversible, también existen diferencias entre familiares respecto al tipo de tratamiento que reciben los pacientes que repercuten en la relación de pareja y en ocasiones en la relación con el resto de la familia.

Lo anterior se observa con más frecuencia en pacientes crónicos con un manejo inadecuado del problema. Sin tomar en cuenta el costo para las instituciones de salud, ya que se dan servicios que se utilizan en forma inadecuada, prolongando tratamientos y presentando recaídas y readmisiones, las cuales pueden ser evitadas mediante la aplicación de programas educativos en hábitos que fomenten y mejoren el cuidado de la salud.

Debido a esto la tarea más importante de los profesionales de salud es orientar de forma realista a los pacientes crónicos acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan seguir en el curso de su enfermedad y proporcionar metas razonables a seguir.

También llama la atención que este tipo de enfermos tienen la tendencia a combinar diversos tipos de servicios. Abundan los testimonios que muestran que los enfermos crónicos tienden a utilizar tanto los servicios médicos modernos como los tradicionales e incluso, en algunos casos, los de tipo mágico-religioso.

La característica central de las enfermedades crónicas -su permanencia en el tiempo- favorece esta conducta: los enfermos crónicos disponen de tiempo suficiente para intentar diversos tratamientos para su enfermedad. En este sentido, mientras que en el sector médico prevalece una lógica excluyente –solo un tipo de medicina es eficaz-, en la población puede encontrarse una lógica aditiva, que justifica utilizar diferentes alternativas al mismo tiempo o secuencialmente.

Las personas consideran que los diversos paradigmas médicos son un todo que se puede integrar y difícilmente varían entre sí. Por lo que resulta indistinto utilizar el servicio de un médico moderno, que el de un huesero o un curandero.

Es muy importante señalar que lo anterior mencionado puede adoptar una perspectiva diferente si existe una buena comunicación con el médico, de lo contrario cuando no hay acuerdo entre paciente y médico acerca de la naturaleza y causa de la enfermedad, se afectan las relaciones existentes entre ambos y se resta efectividad a la relación.

Esto puede darse debido a que los marcos culturales o lingüísticos de ambos son diferentes, cuando el médico no se percata que esto Interfiere importantemente en la asimilación por parte del enfermo de sus instrucciones y consejos, no se entenderán y se agravarán los padecimientos si además no se le permite al paciente expresarse libremente y se rehusa tomar en cuenta que existen conceptos de enfermedad diferentes a los de la medicina científica. Por esto es necesario que el médico este dispuesto a explorar el marco de referencia de sus enfermos y respetar sus creencias y suposiciones.

La comunicación entre médico y paciente es muy importante en la adherencia terapéutica por lo que es necesario que este conozca no sólo la enfermedad, cuyos signos y síntomas trata de identificar, sino el padecimiento, es decir, la forma como el sujeto experimenta su enfermedad y el significado que le atribuye: su respuesta como persona.

Esta comunicación puede obstaculizarse por varias razones, como la cantidad y calidad de información suministrada, la actitud del médico con el paciente, la falta de comprensión de esta por parte del paciente, el nivel cultural y de estudios del paciente, la terminología médica empleada, por lo que el adecuado conocimiento por parte del personal de salud y médicos ayudará a lograr cambios en las conductas de las personas.

Son frecuentes los relatos de diagnósticos inadecuados y negligencia en la atención, así como la premura para terminar las consultas por parte del médico la falta de aclaración de dudas y la poca información adecuada sobre cuidados y efectos de medicamentos, o síntomas que evidenciarían una complicación, dudas acerca de la eficacia del tratamiento por la percepción de que se receta lo mismo para cualquier enfermedad. Logrando con esto que los pacientes se quejen de la atención recibida.

La situación en que se encuentran médico y paciente hacen que en ocasiones la interacción se convierta en un acto rutinario, en donde interviene la personalidad de ambos. Otro factor importante es el sitio donde se lleve a cabo la consulta médica. Asimismo los avances tecnológicos, la comercialización y expansión de servicios médicos provocan cambios y el lado humano se ha diluido debido a la carga excesiva de trabajo haciendo las relaciones menos cercanas y satisfactorias.

LIMITACIONES Y APORTACIONES

Los resultados hasta el momento encontrados unicamente son válidos para la población del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía debido a que el tipo de pacientes encuestados en esta institución son diferentes a los que se pueden encontrar en otros hospitales sobre todos en instituciones de atención primaria. Se sugiere realizar este tipo de investigaciones en otros institutos de tercer o primer nivel para poder generalizar los resultados encontrados.

Ante la falta de herramientas adecuadas para investigaciones específicas, la creación de instrumentos con una base sólida para realizar estudios en investigación son de gran ayuda en sitios donde existen grandes demandas de servicio.

Sería conveniente implementar un estudio de seguimiento, con pacientes que acuden a consulta por primera vez, para estudiar si la adherencia se presenta de la misma forma. Asimismo también se sugiere realizar investigaciones en personas que asisten por primera vez a consulta en hospitales de primer nivel analizar su respuesta al cuestionario y describir si la enfermedad, las representaciones mentales y la resistencia al cambio favorecen o no, de forma importante la adherencia a los tratamientos médicos.

BIBLIOGRAFÍA

Bandura (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bronfman, M. Castro, R. Zuñiga, E. Miranda, C. Oviedo, J. Del "Cuanto" al "Por que": La Utilización de los Servicios de Salud Desde la Perspectiva de los Usuarios. *Salud Pública*. Vol.

Fuente M R. (1996). *Psicología Médica*. México. Fondo de Cultura Económico. ed. FCE.

De Roux, G.I. (1994). La Prevención de Conductas de Riesgo y La Promoción de vida Saludable en el Desarrollo de la Salud. *Rev. De. Med. Salud*. Vol 28-2.

Dominguez B. (1984). Contribuciones de la Investigación en Psicología a la Adherencia Terapéutica. *Adherencia Terapéutica Implicaciones para México*. XXIII Congreso internacional de Psicología. Acapulco Guerrero. Ed. Autor.

Freire, P (S/f). *Cambio*. America Latina. P. 64-65

García, Viveros M. (1995). Tesis: Educación para la Salud. Propuesta de un modelo activo-participativo sustentado en valores humanos. Maestría en tecnología educativa. Centro de Estudios en tecnología educativa y comunicación. México.

García, Viveros, M.; Gonzales Rey, F.; Uribe M; Púlido, V. A. ; Casillas, L. (1993). Factores de Riesgo de la Personalidad en la Población Adolescente (proyecto).

Godoy, J. F. Juan R.L. Sanchez-Huete. Jose A. M. (1994). Evaluación Del nivel de Comunicación Médico-Paciente en la Consulta Ambulatoria. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de granada. *Rev. Psic. Salud*. Vol. 6: 1. 103-122.

Haynes RB, Taylor DW y Sackett DL.,(1992). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Hernandez Berber Y. (1998). *Actitudes de la Familia Hacia su Paciente Psiquiátrico Dentro de un Programa de Rehabilitación Psicosocial en el Instituto nacional de Neurología y Neurocirugía*. Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM.

Hernandes, S. R. Fernandez C. Baptista P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México. Ed. Mc Graw Hill.

Latorre, Postigo. J. Benelt, M. P. <Coordinadores> (1994). *Psicología de la Salud*. Argentina. Ed. Lumen.

Mechanic, D. (1961). The concept of Illness Behavior. *J. Chron Dis*. Vol 15: 189-194.

Mendoza, R. (1990). *Concepto de estilo de vida saludable y Factores determinantes*. Segunda conferencia europea de Educación para la Salud. Varsovia.

Puente-Silva, Federico G.(1984). *¿Qué es la Adherencia Terapéutica?. Adherencia Terapéutica Implicaciones para México*. XXIII Congreso Internacional de Psicología. Acapulco Guerrero. Ed. Autor.

Pimentel, Aguilar. (1995). *Tesis: Estudio comparativo de cambio de actitudes en pacientes con cancer mamario atravez de un grupo de autoapoyo*. Lic. Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Ruiz de Chávez, Manuel. Cuevas, C. Susana.(1984). *La Falta de cumplimiento Terapeutico. Adherencia Terapéutica Implicaciones para el Sector Salud*. XXIII Congreso internacional de Psicología. Acapulco Guerrero.

Rodríguez, Y. González, C. Velázquez, J. Trujillo, Z. (1996) Creación y Beneficio de un Grupo de Apoyo para Familiares y Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Arch Neurocién. Vol 1;1:16-19.

Rodríguez, Y. A. y Cols. (1995) La Trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo Integral de los enfermos crónicos. Gaceta Medica de México. Vol.131;3:329-334.

Suchman EA. (1964). Sociomedical variations among ethnic groups. Am J Sociol 70(3). 319-331.

Soberon G., Kumate, J., Laguna, J. <Compiladores>. (1988) La salud en Mexico: Testimonios Problemas y Programas de Salud, Biblioteca de la Salud. Fondo de cultura Económica, S.A. de C.V.

Taylor, SE. Litchman, RR. Y Wood, JV. (1984). Attributions, Beliefs About Control, and Adjustment to Breast Cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 489-502.