



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Psicología de la salud: Una aproximación al estudio
de la percepción de la enfermedad en la
adherencia a los padecimientos crónico degenerativos”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

Aarón Villegas Cisneros

Directora: Dr. Carlos Narciso Nava Quiroz

Dictaminadores: Dra. Cynthia Zaira Vega Valero

Dra. Patricia Guillermina Landa Durán

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012





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.

JURADO:

DR. CARLOS NARCISO NAVA QUIROZ

DRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO

DRA. PATRICIA GUILLERMINA LANDA DURÁN

LIC. ENRIQUE BERRA RUIZ

LIC. SANDRA IVONNE MUÑOZ MALDONADO

ÍNDICE GENERAL

Introducción	I
Capítulo 1. Evolución histórica, fundamentos y aplicaciones clínicas de la psicología de la salud	1
1.1 Paradigmas de la salud.....	3
1.1.1 Modelo biomédico y dualismo cartesiano	
1.1.2 Modelo Biopsicosocial	
1.2 Paradigmas de la salud	6
1.3 Antecedentes de la psicología de la salud.....	7
1.3.1 Medicina conductual	
1.3.2 Salud conductual	
1.3.3 Psicología de la salud y sus aplicaciones prácticas	
1.4 Principales aportaciones de la psicología de la salud.....	14
1.5 Educación como promoción de la salud y prevención de enfermedades.....	14
1.6 Modelos teóricos en psicología de la salud.....	15
1.6.1 Modelo de creencias sobre la salud (MCS)	
1.6.2 Teoría de la acción razonada (TAR)	
1.6.3 Modelo de autorregulación (MA)	
1.6.4 Modelo de promoción de salud (MPS)	
1.6.5 Teoría de la acción social (TAS)	
1.6.6 Modelo de la prevención de la enfermedad (MPE)	
Capítulo 2. Aspectos clínicos y biopsicosociales de las enfermedades crónico-degenerativas	29
2.1 Enfermedades crónico-degenerativas de mayor incidencia en México.....	29
2.1.1 Obesidad	
2.1.2 Diabetes mellitus	
2.1.3 Hipertensión arterial	
2.2 Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica.....	44
Capítulo 3. Interacción de las variables cognitivas y conductuales en la adherencia al tratamiento	46
3.1 Concepto de adherencia terapéutica	46
3.1.1 Factores vinculados a la adherencia al tratamiento	48
3.1.2 Métodos de producción de datos más comunes en psicología de la salud	50
3.1.2.1 Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas	
3.1.2.2 Escala de adhesión al tratamiento de la diabetes tipo II, versión III	
3.1.2.3 Cuestionario de Percepción de la Enfermedad/ <i>Illness Perception Questionnaire (IPQ)</i>	
3.1.2.4 Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado/ <i>Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)</i>	
3.1.2.5 Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Breve/ <i>The Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B)</i>	
3.2 Estrategias para mejorar la adherencia en pacientes crónico-degenerativos Percepción de la enfermedad y adherencia terapéutica en los padecimientos crónico-degenerativos.....	59
Conclusiones	66
Bibliografía	

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad hasta hoy, salud y enfermedad han sido procesos que se han estudiado e interpretado de manera distinta entre los profesionales de la salud. Incluso algunos de ellos han pragmatizado el ejercicio clínico, enfocándolo a aspectos exclusivamente de rehabilitación o “curativos” y separándolo de importantes variables que integran al individuo, las cuales determinan que éste desarrolle actitudes relacionadas con el mantenimiento de la salud y el control de enfermedades, o bien, que genere o mantenga conductas que pongan en riesgo su calidad de vida.

Hoy día es erróneo creer que los aspectos de salud individual o colectiva competen sólo al personal médico (enfermeras, psiquiatras y otros especialistas), cuando en los últimos cuarenta años se han realizado numerosas aportaciones para el perfeccionamiento de métodos de prevención, rehabilitación y control de enfermedades desde el área psicológica. De hecho, para solucionar o controlar un padecimiento crónico, se requiere de un trabajo multidisciplinario entre el médico, el psicólogo y el paciente, pero es precisamente de este último de quien se requiere una mayor implicación, pues la cura o el control de su padecimiento dependerá de lo que haga o deje de hacer, es decir, del desarrollo de repertorios conductuales y cognitivos que se pueden traducir en una óptima adherencia al tratamiento, la cual, como se explicará en la presente obra, va más allá del simple “cumplimiento” de indicaciones médicas.

Sin lugar a dudas, la creación de nuevas tecnologías y tratamientos farmacológicos ha posibilitado contar cada día con mejores y más variadas prescripciones médicas. Esto, a su vez, debería significar un aumento tanto en la efectividad de los tratamientos, así como también incidir directamente en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, para que esto ocurra deben existir al menos dos elementos preponderantes: la correcta prescripción por parte del equipo médico y una óptima adherencia a la misma. Debido a que la prescripción médica es un tema que corresponde sólo a competencias de médicos, esta revisión se centrará en el estudio de las variables cognitivas que cobran una gran importancia en la comprensión de la adherencia a los tratamientos médicos de tres

padecimientos crónico-degenerativos, en los cuales la psicología de la salud tiene mucho que aportar.

De manera específica, en el primer capítulo de la presente tesina, se exponen dos paradigmas filosóficos de la salud y algunos conceptos que se le han otorgado en las últimas décadas. Después, se describen los antecedentes de lo que hoy se conoce como psicología de la salud y como ésta, rescata diversas formas de representar y analizar las actitudes que influyen en la salud individual desde el modelo cognitivo-conductual. También se hace un especial énfasis en la necesidad de incorporar a la educación sanitaria en la población y así, facilitar el trabajo de todos los profesionales de la salud involucrados.

En el segundo capítulo, se hace una breve integración de los síntomas, etiología, diagnóstico y tratamientos de las principales enfermedades crónico-degenerativas de mayor incidencia en México, como son la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, desde los últimos años.

Posteriormente, en el tercer capítulo, se describe el concepto de adherencia terapéutica, factores que la afectan, estrategias para mejorarla y evaluarla, considerando a los instrumentos psicométricos como elementos fundamentales en la detección de variables conductuales y cognitivas que inciden en ella, y en el estado de salud del organismo. Al final de este capítulo se explica la influencia de la percepción de la enfermedad en la adherencia al tratamiento de los padecimientos crónico-degenerativos.

Se concluye con la propuesta de producir instrumentos acordes con modelos teóricos más sofisticados que permitan la evaluación de las variables conductuales y cognitivas en una amplia temporalidad.

Así pues, este trabajo tiene como objetivos: a) explicar los fundamentos y los principales modelos teóricos subyacentes de la psicología de la salud, b) describir los aspectos clínicos de la obesidad, diabetes e hipertensión, c) analizar la interacción entre la adherencia al tratamiento (como variable conductual) y la percepción de la enfermedad

(como variable cognitiva), d) resaltar la importancia de los métodos psicométricos en la evaluación de variables psicológicas implicadas en las conductas de salud y enfermedad.

Este proyecto tiene una gran relevancia social pues es una contribución al esclarecimiento de falsas creencias en torno a la enfermedad y al tratamiento por medio de la educación sanitaria, dirigida a todos aquellos lectores interesados en el tema. Este trabajo supone una valiosa aportación teórica y aplicada en los padecimientos crónico-degenerativos, pues sugiere la unidad entre los profesionales de la salud para un objetivo en común con la finalidad de cambiar los arcaicos paradigmas en donde se piensa que el médico es el único profesional capacitado para rehabilitar o controlar una patología determinada.

Además, en esta revisión teórica, se dirige la atención a aspectos cognitivos y comportamentales, que muchas veces no son tomados en cuenta por otros profesionales de la salud. También se propone una práctica clínica respaldada en los métodos de evaluación psicométrica, con el propósito de obtener datos objetivos y específicos sobre las áreas en las que hay que ocuparse con el paciente crónico o agudo.

CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA, FUNDAMENTOS Y APLICACIONES CLÍNICAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Generalmente, cuando se habla de salud, lo primero que podría asociarse es un concepto dirigido a la ausencia de enfermedad y a un estado óptimo de funcionamiento corporal. Sin embargo, es preferible no establecer categorías tales como “sanos” o “enfermos”, pues la salud no es un asunto ambivalente, sino un proceso continuo.

De hecho, entre los objetivos principales en psicología de la salud está la promoción de acciones educativas que clarifican el conocimiento relativo y parcial de la población, en lo referente a la salud y las enfermedades, las estrategias para prevenirlas, controlarlas o rehabilitarse de ellas. Asimismo, se ha observado que se ignora la influencia de las variables conductuales, cognitivas y sociales en relación a la promoción de la salud y prevención de los diferentes padecimientos crónicos.

La manera de entender la salud y la enfermedad y su manera de afrontarla, depende de diversos elementos endógenos y exógenos como son; los antecedentes del aprendizaje conductual y cognitivo en cada persona, y los factores socioculturales en los que está inmersa. Por ejemplo: algunos medios de comunicación audiovisual tienen una poderosa influencia en la adquisición de conductas y cogniciones dañinas para la integridad individual, como pueden ser el autodiagnóstico, la automedicación y el uso desmedido de fármacos, dando como resultado la inasistencia a la consulta médica y el mantenimiento de dichas conductas perniciosas y cogniciones falaces en torno a la salud. Por supuesto, esto hace evidente que el interés por ésta sea algo puramente comercial para algunos sectores socioeconómicos, haciendo notar la escasa sensibilidad a la morbilidad, etiología, prevalencia e incidencia de las patologías generadas por los estilos de vida de las últimas décadas.

Por tal motivo, se sugiere reestructurar la educación sanitaria en todos los sectores sociales, pues entre otras cosas, existe una idea parcial e incluso errónea de las actividades que desempeña el psicólogo en el ámbito hospitalario. Prueba de esto es cuando las personas, ante un problema de índole cognitivo o emocional, acuden al médico para que éste les dé “alivio” o creen que el psicólogo también puede administrar fármacos. Esta educación sanitaria también debe estar dirigida a todo el personal de salud con el objetivo de conocer cuáles son las actividades que desempeña cada profesional y así, mejorar la eficiencia y la efectividad de los servicios en las instituciones sanitarias a nivel multidisciplinario.

También es necesario adoptar una nueva filosofía en relación a la salud, ya que es bien sabido que uno de los campos de mayor generación de tecnología en lo referente a cuestiones nosológicas, e innovaciones para el diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades, es la medicina. Pero aunque en la actualidad ésta ha generado numerosos éxitos y avances tecnológicos dentro del campo de la salud, es insuficiente para dar cuenta de los tratamientos relacionados a los múltiples padecimientos crónicos.

Por eso, después de la constante práctica con diferentes procedimientos médicos, se vinculó a la psicología para modificar variables conductuales y cognitivas potencialmente dañinas para el organismo, así como para promover y mantener la salud, pues se ha demostrado que ésta depende de lo que el individuo hace o deja de hacer. En este sentido, los patrones de conducta y pensamiento socialmente aprendidos, están estrechamente vinculados a los fenómenos de salud y enfermedad.

Una vez que se incorporó la psicología al área de la salud, se dieron cambios sustanciales en la forma de observar los fenómenos patológicos y en los métodos de intervención clínica, ya que el modelo biomédico tradicionalmente se encargaba de atender problemas de salud encontrando el origen de éstos en procesos estrictamente orgánicos, prescindiendo de los procesos conductuales, cognitivos, sociales y emocionales del paciente.

No obstante, para delimitar el campo de la psicología en esta área, tuvo que hacerse un desarrollo teórico-metodológico sistemáticamente fundamentado, como se mostrará en el primer capítulo de la presente tesina basada en el modelo cognitivo-conductual. Ahora se explicarán los diferentes paradigmas de la salud y el concepto que se le ha otorgado en las últimas décadas, también se expondrán los fundamentos de la psicología de la salud, sus aplicaciones prácticas y algunos de sus principales modelos teóricos.

1.1 Paradigmas de la salud

Desde tiempos ancestrales, las incógnitas por el estado de salud han sido una constante en la humanidad, se creía que las enfermedades eran atribuidas a fuerzas espirituales malignas que poseían a las personas tomando el control de su voluntad. De hecho, en algunas regiones de México se mantienen vigentes estas “pseudoteorías”, modelos o atribuciones que pretenden dar cuenta del origen y tratamiento de las diferentes afecciones orgánicas.

Estas maneras de interpretar los procesos de salud-enfermedad también fueron propias de algunas culturas de la Grecia clásica. Hipócrates, por ejemplo, desarrolló su biotipología humoral-temperamental en la que proponía una explicación fisiológica de las diferencias individuales en la conducta, relacionando asimismo las disposiciones biopsicológicas de la personalidad con la propensión a determinados padecimientos. Desde esta perspectiva, las enfermedades eran el resultado de un exceso o carencia de alguna sustancia elemental como sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra en el organismo. Precisamente, el tratamiento médico hipocrático consistía en devolver y mantener el equilibrio entre estas sustancias por medio de la ingestión de ciertos alimentos. Los antiguos médicos griegos recomendaban cambios en la dieta durante el transcurso de las estaciones del año, pues influían en los humores y éstos, en la salud y en la personalidad (Barquín, 1975).

Sin embargo, mientras que en algunas culturas mente y cuerpo fueron pensadas como entidades indisociables, en otras, se postulan como elementos independientes. Tal es

el caso de la premisa cartesiana de la relación mente-cuerpo, en donde la primera pertenece a la realidad espiritual y la segunda, a la realidad física. Entonces, desde este enfoque, el cuerpo sería visto como una máquina que podría ser estudiada en términos mecánicos. La enfermedad sería el resultado de alguna falla en algún elemento de la máquina y al igual que haría un mecánico, el trabajo del médico sería el diagnosticar dicha falla y reparar la maquinaria. Por lo tanto, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como un asunto meramente bioquímico, prescindiéndose de la relevancia de los factores sociales o psicológicos (Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

Como se puede apreciar, desde la antigüedad se comenzaban a exponer los primeros postulados sobre las diferentes formas de analizar el fenómeno de salud y enfermedad, tales como la propuesta hipocrática o la premisa cartesiana, sin embargo estas perspectivas se mantuvieron e influyeron en nuevas propuestas tales como el modelo biomédico y biopsicosocial, respectivamente. En seguida se explican las características de cada una de ellas.

1.1.1 Modelo Biomédico y Dualismo Cartesiano

El modelo biomédico, como se sugirió anteriormente, se apoya en la visión cartesiana de la relación mente-cuerpo. Esto determina que la tarea curativa sea dividida; los médicos trabajan con lo somático y los psicólogos se ocupan de las emociones, comportamiento y procesos cognitivos. Por lo tanto, partiendo de esta perspectiva, el paciente es fragmentado en partes que corresponden a cada especialidad o disciplina. Este enfoque asume que todo proceso patológico se ciñe únicamente a reacciones físico-químicas. Aquí el criterio para el diagnóstico es la presencia de anomalías bioquímicas y éste depende en gran medida, de la información que le proporciona el paciente al médico.

La aproximación biomédica de la enfermedad se centra en el estudio de la problemática fisiológica y excluye la influencia de determinadas situaciones o eventos en la salud de las personas. Es decir, el médico prescinde de las variables culturales y sociales en las cuales están inmersos (Amigo, Fernández y Pérez, op.cit). Pese a esto, es válido

reconocer que el modelo biomédico ha generado grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la salud, pero finalmente, este modelo es patologista y reduccionista, con una pobre visión respecto a la prevención.

Abordar la enfermedad desde esta perspectiva es un asunto grave pues sí los médicos se limitan a atender sólo la rehabilitación, están enviando, indudablemente, un mensaje implícito a la población de que hay que acudir a ellos cuando el problema se ha presentado, entonces los pacientes observarán al médico como un profesional en rehabilitación sanitaria y eso mantendría las conductas no preventivas.

Ante la necesidad de una visión más integral y humana de los procesos de salud-enfermedad, surge un modelo que ofrece un marco conceptual de los aspectos psicológicos y sociales, además de los aspectos orgánicos, de manera lógica y apropiada. Esta perspectiva se refiere al modelo biopsicosocial.

1.1.2 Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial es propuesto por Engel en 1977, desde esta perspectiva, la salud es un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. La función del personal que parte de este paradigma es cuidar y mantener la salud. Este modelo opta por una atención sanitaria centrada en el paciente en vez de centrarla en la enfermedad como es el caso del modelo biomédico (Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

En el diagnóstico de la enfermedad se incluye el análisis de variables biológicas, psicológicas y socioculturales. Dicho diagnóstico debe contextualizarse tomando en cuenta a la familia, las redes sociales de apoyo, la relación médico-paciente o la relación existente con los sistemas de salud.

Desde este paradigma, el médico participa junto con el paciente en la definición del problema, considera fundamental el papel de la familia y piensa en la triada (profesional-

paciente-familia), permitiéndole tener una perspectiva más amplia de la vida del enfermo e incluso a veces, ayuda a mejorar la relación de éste con su contexto familiar. En el modelo biopsicosocial las actividades del personal médico se amplían cuando su actividad implica la promoción activa de la salud y provee de educación sanitaria a la población (Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

En resumen, los paradigmas de la salud han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En algún periodo de la historia se mantuvo el pensamiento mágico-religioso, después se iniciaron los primeros cambios conceptuales, enfocando dichos paradigmas a aspectos de salud pública e individual. Prueba de ello, es que en la Edad Media se comienza la enseñanza de la medicina hipocrática, la cual introdujo ideas innovadoras que motivaron grandes avances en la medicina de aquel entonces (Barquín, 1975). Sin embargo, un cambio conceptual importante tuvo lugar hasta 1946, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) otorgó una concepción integral a la salud como se muestra a continuación.

1.2 Concepto de salud

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como un equilibrio entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales, proponiendo una visión integral de los procesos de salud-enfermedad. A partir de ese momento se han creado diversas concepciones y se ha encontrado un elemento común en todas ellas; la formulación de la salud en términos positivos y considerando en este concepto, a la sociedad y el hombre.

De hecho San Martín (1975), considera que la salud es una adaptación del hombre a su medio ambiente dentro del concepto de normalidad estadística. Este autor señala que el hombre, como individuo y como miembro de una colectividad depende de sus condiciones de salud y enfermedad y éstas a su vez, dependen de las condiciones de vida en el trabajo, en el hogar, en el campo, en la escuela y de las oportunidades económicas y culturales que la sociedad ofrece a sus miembros. Explica que el concepto de “salud”, involucra ideas de balance y de adaptación, mientras que el de enfermedad alude al desequilibrio o desadaptación. Por lo tanto para el autor, la salud no es solo la ausencia de enfermedad.

También Vallejo (1998), señala que el término salud implica sentirse bien, tanto con uno mismo, como en las relaciones con el entorno social y ambiental, es decir, sugiere que la salud depende de una estrecha relación de homeóstasis entre las interacciones del organismo, conducta y ambiente (físico y social).

Por otra parte Brannon y Feist (2001), remarcan que existen múltiples definiciones de salud pertenecientes a características diferentes, considerando que el concepto de salud con orientación positiva como “ausencia de enfermedad” es muy restringido y ambiguo, sugiriendo por lo tanto, una ampliación más completa e integral de las variables inmersas en el modelo biopsicosocial con sus profesionales involucrados.

Partiendo de esta concepción biopsicosocial de la salud, se puede tratar de explicar el origen y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en problemas recurrentes del mundo occidental. Desde esta perspectiva, se resalta que los padecimientos médicos ya no pueden ser explicados por los tradicionales modelos de enfermedad, dado que la “causa” no siempre está en el organismo en sí mismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. Por lo tanto, el fin ya no es sólo tratar la enfermedad, sino intervenir de una manera integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes modificando actitudes perjudiciales para la salud a través de técnicas cognitivo-conductuales. A continuación, se expondrán los fundamentos de los que se parte para lograr dichos cambios en beneficio de la salud individual y colectiva.

1.3 Antecedentes de la psicología de la salud

Este tópico resulta esencial para la comprensión general del tema, pues se trata de un devenir teórico que marca las diferencias prácticas de la psicología con otras disciplinas en el contexto de la salud. En este apartado, y en el resto de la presente tesina, se pretende exponer al lector que la psicología de la salud es, y ha sido, una disciplina que se ha desarrollado y sustentado con años de rigurosa investigación y que ésta no se creó espontáneamente. La evolución histórica de esta área ha producido innovaciones teórico-metodológicas que se enuncian a continuación.

1.3.1 Medicina Conductual

El término “medicina conductual” fue utilizado por primera vez por Birk en 1973 expresando la importancia de las técnicas conductuales, especialmente la bio-retroalimentación, con la finalidad de poder intervenir desde una perspectiva conductual en problemas de salud pública (Prokop y Bradley, 1981).

Más tarde Pormeleau y Brady (1979) afirmaron que:

La medicina conductual puede ser definida como el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, terapia conductual y modificación de la conducta para la evaluación, prevención, manejo y/o tratamiento de enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas y también a la realización de investigaciones que desde el análisis funcional, contribuye a la explicación de los comportamientos asociados a trastornos médicos y problemas al cuidado de la salud (p. 7).

Durante la delimitación de esta disciplina, Schwartz y Weiss (1978, citado en Borda, Pérez y Blanco, 2000) definieron a la medicina conductual como:

Un campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración de los conocimientos de las ciencias biomédicas y del comportamiento de interés para la comprensión de la salud y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y técnicas para la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (p. 25).

Schwartz y Weiss (op.cit.) y Pormeleau y Brady (op.cit.) coinciden en que los profesionales de la medicina conductual pueden intervenir ya sea a nivel preventivo o directamente sobre el trastorno con una estructura integral.

De hecho, Borda, Pérez y Blanco (2000), complementan que en medicina conductual la intervención se centra en conductas abiertas o respuestas fisiológicas que en sí mismas constituyen un problema de salud, en la conducta de sus profesionales para mejorar sus servicios, en mejorar o mantener la adherencia al tratamiento prescrito y en cambiar conductas o respuestas que constituyen un factor de riesgo para la enfermedad.

En relación a esto, los autores mencionan que de la definición de medicina conductual propuesta por Schwartz y Weiss a finales de la década de los setenta, se derivan tres aspectos fundamentales:

1. La necesidad de colaboración entre médicos, científicos biomédicos y psicólogos con un mismo estatus, sin que el papel de alguno prevalezca sobre otros.
2. La importancia de la aplicación del conocimiento conductual a los problemas de salud física que tradicionalmente no han estado dentro del dominio de la psicología.
3. La exclusión de los temas tradicionales, concretamente de los problemas de salud mental y psicología clínica.

Una vez definida la medicina conductual y sus aplicaciones, es importante señalar que Oblitas (2004) ubica el surgimiento y desarrollo de ésta disciplina como consecuencia del cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, por el control de las enfermedades infecciosas a través de antibióticos, y la elevación en la prevalencia de las enfermedades crónicas y funcionales propias de las sociedades industrializadas (tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolores crónicos, entre otras), las cuales surgen como producto del estilo de vida que mantienen los individuos y han venido generando elevados costos a la salud pública.

En esta misma línea, dicho autor identifica como orígenes de la medicina conductual, a los avances alcanzado en las ciencias conductuales y sociales, a los resultados de los estudios epidemiológicos y experimentales los cuales han evidenciado el papel de las variables conductuales en los procesos de salud y enfermedad.

A pesar de la gran aportación de la medicina conductual, y conforme fue avanzando la investigación, se propusieron nuevas formas de enfocar el objeto de estudio, centrándose en una visión positiva de la salud, es decir, en el mantenimiento y la prevención de los trastornos médicos, como se explica a continuación.

1.3.2 Salud conductual

Matarazzo (1979 citado en Vallejo, 1998) propone el término de salud conductual para recalcar dos áreas de intervención de la medicina conductual: la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la inmunidad. Definitivamente, este término supone la transición al de psicología de la salud. En salud conductual, en primer lugar, se elimina la multidisciplinariedad característica de la medicina conductual para restringirse al campo psicológico y en segundo lugar, se mantiene una filosofía de la salud como elemento característico de la intervención en el ámbito hospitalario.

Brannon y Feist (2001), argumentan que esta disciplina emerge aproximadamente al mismo tiempo en el que la medicina conductual instauraba las bases de su propia identidad. De acuerdo con estos autores, la salud conductual hace énfasis en la mejora de la calidad de vida y la prevención de la enfermedad en la población saludable, en vez de centrarse en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, es considerada una “subespecialidad interdisciplinaria” dentro de la medicina conductual dedicada específicamente al mantenimiento de la salud y prevención de trastornos médicos en personas sanas.

La visión positiva de la salud es sumamente funcional, pero también un tanto limitada ya que se requiere de la atención secundaria y terciaria dentro de la población. Incluso es importante ampliar la atención al sector familiar y al personal médico. En relación a esto, la psicología se hizo partícipe en estos casos para dar inicio a lo que hoy se conoce como psicología de la salud.

1.3.3 Psicología de la salud y sus aplicaciones prácticas

Matarazzo (1980) definió a la psicología de la salud como un agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de salud, enfermedades y

disfunciones. Al respecto, el autor propone, además, dos propósitos esenciales para esta disciplina: la promoción y el mantenimiento de la salud, y el control de la enfermedad. El primero se enfoca al mantenimiento y desarrollo de inmunógenos conductuales (hábitos sanos que son benéficos para la salud del individuo) y el segundo, alude a la prevención, detección, eliminación y modificación de patógenos conductuales (conductas que colocan al individuo en situaciones riesgosas para contraer enfermedades).

Basados en estas premisas, Amigo, Fernández y Pérez (2009) destacan cuatro acciones de vital relevancia en psicología de la salud:

1. Promoción y mantenimiento de la salud (por medio de una mejor nutrición, práctica regular de ejercicio físico, aprendizaje de solución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, entre otras.)
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos tales como el abuso de alcohol y tabaco, aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar determinada enfermedad, etc.)
3. Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarecen las causas de la salud o de la enfermedad).
4. Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política sanitaria (efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población; recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud).

Por su parte Oblitas (2004) señala que las actividades que desempeñan los psicólogos de la salud se pueden agrupar en tres categorías generales: investigación, aplicaciones y formación. La investigación se orienta a cuestiones vinculadas con el mantenimiento y promoción de la salud así como la prevención de determinados padecimientos, también se estudian las interacciones entre la enfermedad y los estilos de vida individuales o colectivos. Es importante destacar que los conocimientos aportados por la investigación, son el sustento de las aplicaciones clínicas. Dentro de éstas, los psicólogos de la salud participan en la educación sanitaria y en el entrenamiento en conductas

benéficas que mantendrán sanos a los educandos. Estos conocimientos pueden ser dirigidos al personal médico, al paciente y su familia, a la población y al sistema sanitario en general. Finalmente, la formación competente de los psicólogos de la salud puede ser orientada a la comprensión de síntomas clínicos y fisiopatológicos, lo que exige, por lo menos, la adquisición de algunos fundamentos básicos de medicina.

Por supuesto, entre las tareas de esta disciplina psicológica se encuentran el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de enfermedades centradas fundamentalmente en la modificación y control de conductas y cogniciones que tienen efectos en la calidad de vida del individuo. Al respecto, Reynoso y Seligson (2005) indican que los niveles de prevención han sido divididos tradicionalmente por los médicos en tres niveles; no obstante, ellos consideran que se pueden organizar en cuatro categorías tales como: (1) *prevención primaria*: consisten en intervenciones para prevenir enfermedades, (2) *prevención secundaria*: intervención temprana que tal vez incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad, (3) *prevención terciaria*: intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica y (4) *prevención cuaternaria*: son los esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después de que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento.

Cabe resaltar que la prevención consiste en aquellas intervenciones dirigidas a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos para el desarrollo de algún tipo de enfermedad, mientras que las intervenciones referidas a la promoción de la salud tienen la intención de que el individuo adquiera y mantenga comportamientos saludables y como consecuencia, mejore su calidad de vida (Oblitas, 2006).

En relación a esto Vallejo (1998) puntualiza que la división de la asociación americana de psicología (APA) ha determinado 10 objetivos prioritarios para la psicología de la salud, los cuales son:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender como las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Como resultado del ejercicio profesional y de los avances generados por sus primeras investigaciones, la psicología de la salud ha sustentado adecuadamente los fundamentos que hoy día se ven expresados en la práctica clínica, y que han generado valiosas aportaciones tecnológicas que le han proporcionado aún un mayor soporte teórico y metodológico.

1.4 Principales aportaciones de la psicología de la salud

Durante la evolución de la psicología de la salud se observan numerosas aportaciones que podrían abreviarse de la siguiente manera (Millon, Green y Meagine, 1982):

- Ha proporcionado un marco teórico para los eventos psicológicos dentro del fenómeno de enfermedad.
- Ha proporcionado un marco conceptual que elucida la relación existente entre salud y estilos de vida.
- Ha evidenciado el papel del estrés en la salud.
- Ha marcado la existencia de conductas relacionadas con la enfermedad.
- Ha manifestado la importancia que tiene la representación de la gente en cuanto a su estado de salud.
- Ha determinado el papel del afrontamiento en la enfermedad.
- Ha señalado los factores que influyen en la adaptación de las personas a la enfermedad.

Dado lo anterior, la psicología de la salud ha logrado avances importantes permitiendo una atención genuina para la gente sana y enferma, pues la finalidad de esta disciplina, es el cambio de estilo de vida promoviendo la salud, tanto en la población, como en el personal médico. Una de las estrategias para favorecer a la población es la atención comunitaria por medio de la educación sanitaria complementaria a la intervención individual, la cual se abordará a continuación.

1.5 Educación como promoción de la salud y prevención de enfermedades

Para que los propósitos de la psicología de la salud se lleven a cabo de manera eficaz, se pueden emplear, entre otros recursos, campañas en los medios de comunicación, escuelas, trabajo, grupos de autoayuda en clínicas y hospitales e incluso, se pueden desarrollar programas comunitarios.

Algunas técnicas comúnmente empleadas en la comunidad son las apelaciones al miedo, las cuales consisten en provocar cierto miedo y aprehensión a la audiencia para evitar futuras enfermedades y discapacidades. Las apelaciones al miedo deben clarificar la medida en la cual las prácticas negativas de salud tienen consecuencias indeseables y además, el mensaje debe convencer a la gente de que esas consecuencias son reales y pueden afectarles. Evidentemente, es necesario informar a la gente la forma de evitar esas consecuencias negativas e insistir que las personas son capaces de comportarse conforme a los cambios que se han sugerido (Amigo, Fernández y Pérez 2009).

Para un mejor resultado en las campañas de prevención de enfermedades se puede hacer uso de técnicas y terapias cognitivo-conductuales. De hecho, se pueden implementar programas que ayuden a los pacientes a identificar las posibles situaciones de recaída para posteriormente entrenar las habilidades necesarias para manejarlas. Además, es fundamental enseñar a la población la estrecha relación entre las variables sociales, conductuales, emocionales y cognitivas con los procesos de salud-enfermedad. Una vez que analicen la relación multicausal entre éstas variables, se pueden explicar las estrategias de intervención y modelos básicos para entender la relación entre los comportamientos y la salud.

1.6 Modelos en psicología de la salud

Los procedimientos utilizados para la promoción de la salud y prevención de enfermedades se han basado en el modelo cognitivo-conductual y en algunos elementos teóricos de la sociología y psicología social, con la finalidad de analizar y explicar ampliamente los procesos implicados en el estilo de vida de cada persona, dando lugar a la generación de múltiples modelos teóricos que se explican a continuación.

1.6.1 Modelo de creencias sobre la salud (MCS)

Inicialmente el modelo de creencias sobre la salud (MCS) surgió con la intención fundamentalmente pragmática de encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter

social principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas tales como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades. Por tanto, su objetivo primario de estudio era la prevención, considerando que el mero cuidado médico era sólo una parte de la totalidad del servicio que la salud pública podía y debía ofrecer.

Así pues, el modelo, inicialmente se centraba en la prevención e intentaba explicar la conducta de salud de los sujetos sanos. Es decir, se centró en el estudio de la conducta de evitación de la enfermedad, debiendo pasar algunas décadas para que el modelo se aplicase también a las respuestas de los pacientes ante síntomas manifiestos y al cumplimiento de los regímenes médicos prescritos. En resumen, el modelo tuvo en sus primeros años de vida, una doble dimensión, psicológica y social, un carácter eminentemente pragmático (con vistas, en un primer momento, a la prevención y más tarde, al tratamiento), y surgió desde una perspectiva de investigación aplicada en el ámbito de la sociología de la educación, más que desde un marco estrictamente teórico de la psicología.

Los componentes básicos del Modelo de Creencias de Salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: la primera, en el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y la segunda, en la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si se circunscriben estas variables estrictamente al ámbito de la salud, se podrían traducir en los siguientes términos: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.) La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas serían las dimensiones de las cuales consta el Modelo de Creencias de Salud. (Rosenstock 1974, citado en Moreno y Roales-Nieto, 2003),

La *susceptibilidad percibida* ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud, pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.

La *severidad percibida* se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída, y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud; por un lado, las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y por otro, las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.).

Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad que además, se percibe como grave (las dimensiones primera y segunda), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conductas de salud, sin embargo no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta puede tomar. Más bien, el curso de acción específico dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los *beneficios percibidos*. Así, por ejemplo, aunque un sujeto esté asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico a menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno, asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso, por presiones del grupo social al que pertenece (Rosenstock, 1974 citado en Moreno y Roales-Nieto, 2003).

Por último, otra dimensión del modelo tiene que ver con que determinadas *barreras percibidas* se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

Para entender el resultado final, el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud o la enfermedad. Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarían definitivamente como barreras, impidiendo definitivamente la acción. Pero si la preparación para actuar es alta y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver excepto que el sujeto disponga de otros cursos de acción alternativos, de igual eficacia pero con menos barreras o de menor aversividad; ahora bien, si no dispone de dichos cursos alternativos, el sujeto puede optar por alejarse psicológicamente del conflicto, llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema, o puede finalmente, caer en una crisis de ansiedad que le lleve a no pensar en el problema objetivamente y en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado para solucionar el problema (Rosenstock, 1974 citado en Moreno y Roales-Nieto, op. cit).

En resumen, el modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costos y beneficios para el sujeto, quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costos de tomarla. Además de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de "*claves para la acción*". En el ámbito de la salud, estas claves

pueden ser internas (por ejemplo, síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.). La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida. (Bernard y Krupat, 1994). (Ver figura 1).

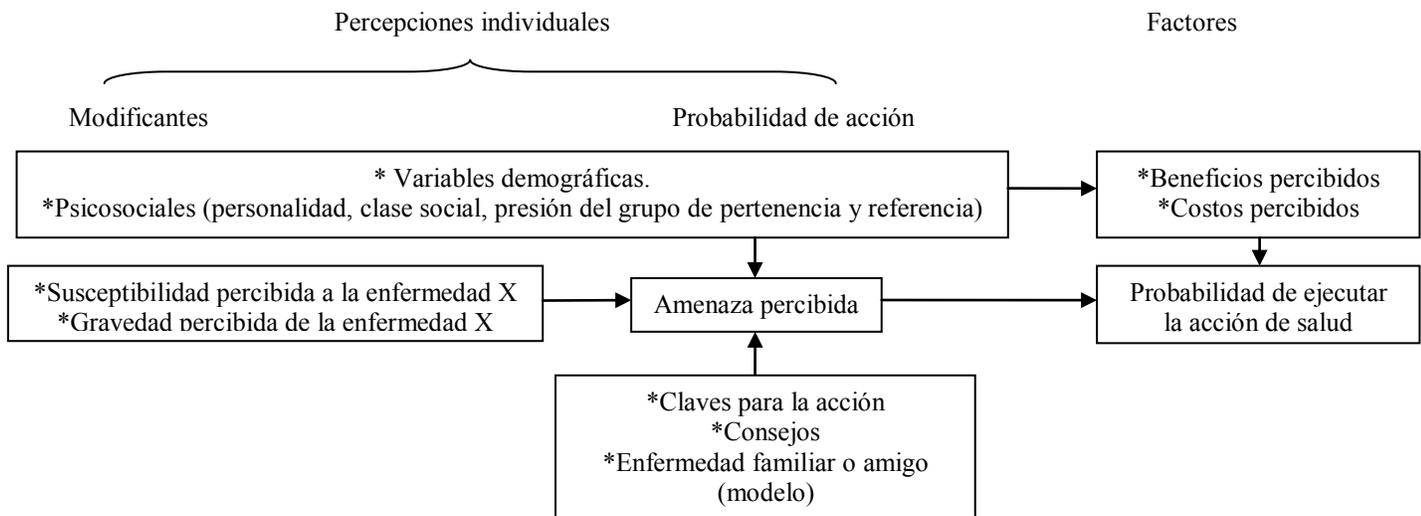


Figura 1. Modelo de creencias sobre la salud (Becker y Mainman, 1975).

1.6.2 Teoría de la acción razonada (TAR)

De acuerdo con Carpi-Ballester, Zurriaga-Llorens, González-Navarro, Marzo-Campos y Buunk (2007), la teoría de la acción razonada (TAR) señala que el determinante inmediato de la conducta es la “*intención*”, la cual está en función de dos componentes; la “*actitud hacia la conducta*” y la “*norma subjetiva*”. Del primero depende la valoración de resultados (valoración positiva o negativa de una determinada conducta) y la “*creencia conductual*” (creencia de los resultados más probables). Del segundo componente depende de la “*creencia normativa*” (creencia de la persona de la existencia de presiones sociales para que se realice o no la conducta). Las primeras dos refieren a variables personales (rasgos de personalidad) y las últimas dos obedecen a variables demográficas (Ver figura 2).

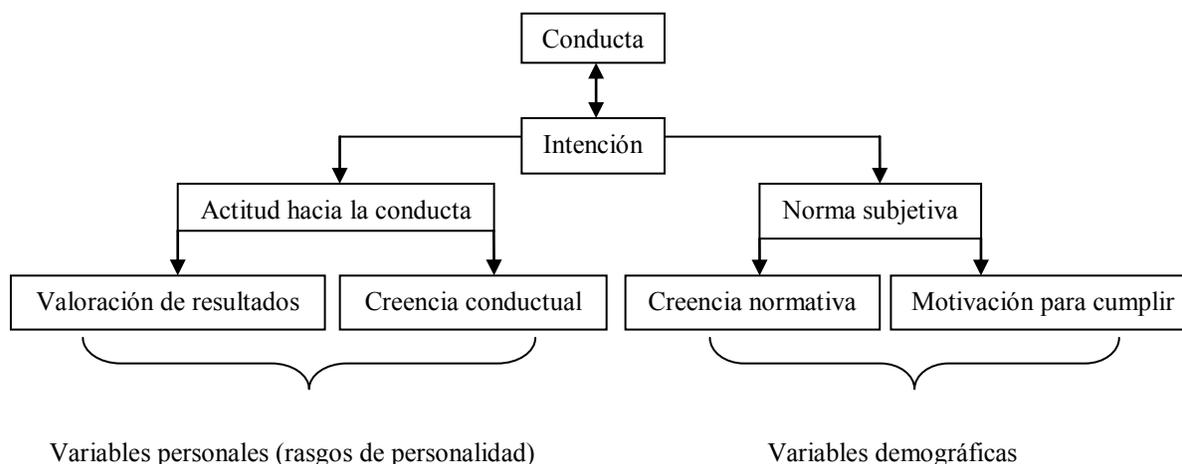


Figura 2. Teoría de la acción razonada (Azjen y Fishbein, 1980)

1.6.3 Modelo de autorregulación (MA)

El modelo de Autorregulación fue desarrollado por Leventhal, Meyer y Nerenz en la década de los ochentas con el objetivo de explicar la conducta de las personas en relación con la salud y la enfermedad. Según Vázquez, Bermejo y Dolores (2005), este modelo parte de la consideración de los individuos como “solucionadores” activos de problemas que organizan el procesamiento de la información perceptiva y conceptual, referida a las amenazas de salud de manera episódica y autorregulada mediante un sistema de feedback. Así, inicialmente, las personas procesan la información externa (por ejemplo: un mensaje de un profesional de la salud) o interna (por ejemplo: la detección de un síntoma) elaborando una representación cognitiva del problema, así como de las emociones que le acompañan. En una segunda fase se desarrollan planes de acción o procedimientos de afrontamiento (por ejemplo: la búsqueda de apoyo o la toma de medicación). Por último, el tercer paso supone la valoración de las consecuencias que pueden afectar a las etapas previas y modificar, por tanto, los subsiguientes episodios ante futuras amenazas de salud. Un supuesto implícito de este modelo, y que sugiere su potencial utilidad práctica, es el impacto de la representación cognitivo/emocional de la enfermedad en los resultados de salud-enfermedad (estado físico, estrés, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc.) y por tanto, la oportunidad de identificar dicha representación como medio para intervenir y

posibilitar la adaptación y la recuperación. La figura 3 muestra el procesamiento paralelo (cognitivo y emocional) de las amenazas de salud/enfermedad.

Los contenidos cognitivos de las representaciones de la enfermedad pueden estructurarse en torno a cinco componentes: *identidad* o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad, ideas del paciente acerca de las *causas* de la enfermedad, *curso* o percepciones de la duración probable de sus problemas de salud, consecuencias o creencias acerca de la severidad y el impacto de la enfermedad y creencias de *cura/control*.

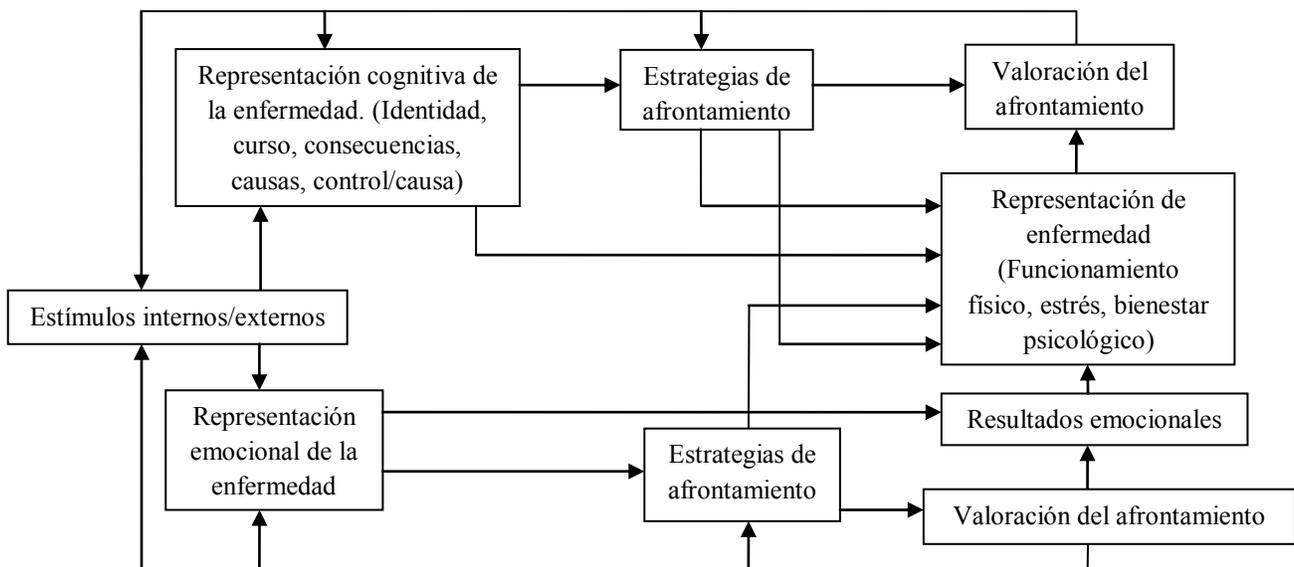


Figura 3. Modelo de autorregulación (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980)

1.6.4 Modelo de promoción de salud (MPS)

El modelo de promoción de salud (MPS) pretende ordenar conceptos que pueden explicar la ocurrencia de conductas de promoción de la salud, servir de marco para generar hipótesis empíricamente contrastables, e integrar los resultados de la investigación en una pauta coherente. Dentro del modelo se entiende que las conductas promotoras de salud son, casi sin excepciones, conductas continuas que deben formar parte de un estilo de vida personal (por ejemplo, ejercicio físico, desarrollado de apoyo social, uso de técnicas de relajación, etc.). Por otro lado, con mucha frecuencia hay que extinguir pautas comportamentales antiguas, y hay que instalar nuevas pautas para mejorar la calidad de

vida y el bienestar. Determinadas conductas son promotoras de salud en cuanto expresan la tendencia a la autorrealización (maximización de la actitud positiva, de la autosatisfacción, de la autoestima, nivel de consciencia, y el goce).

Por ejemplo, cuando se corre para alcanzar una mejor resistencia física o una mayor competencia psicomotora, más energía física y una mejor apariencia personal, valorado positivamente, correr es una conducta promotora; sin embargo, cuando una persona corre porque está en una situación de “riesgo” para la salud y desea evitar problemas cardiovasculares, se está llevando a cabo una conducta básicamente “protectora” o “preventiva”. Por supuesto, una acción puede comenzar siendo preventiva y acabar siendo una conducta primordialmente promotora. Por otro lado, el MPS considera a las conductas promotoras como acciones sobre el entorno cuando el individuo se mueve hacia niveles más altos de salud, más que reacciones a influencias o amenazas externas (Fernández-Ballesteros, 1994).

El MPS se deriva básicamente de la teoría del aprendizaje social, subrayando la importancia de procesos mediadores cognitivos en la regulación de la conducta y su estructura es semejante a la del MCS. Es decir, los determinantes de la conducta promotora se categorizan como “*factores modificantes*” y variables que afectan a la “*probabilidad de la acción*”. Los “*factores cognitivo-perceptivos*” se identifican en el modelo como mecanismos motivacionales primarios para la adquisición y mantenimiento de las conductas promotoras de salud, e incluyen: importancia de la salud, control percibido, autoeficacia percibida, definición, estatus percibido, beneficios percibidos de la conducta promotora, barreras percibidas para las conductas promotoras. Los “*factores modificantes*” incluyen variables demográficas, características biológicas, influencias interpersonales, factores situacionales (opciones disponibles para promover la salud y la facilidad de acceso a alternativas promotoras de salud, como por ejemplo, disponer de alimentos bajos en calorías, colesterol o sodio) y factores conductuales (historia de aprendizaje del sujeto, con referencia específica a su experiencia previa con conductas promotoras, destrezas psicomotoras y cognitivas). Finalmente, las variables que afectan a la probabilidad de la acción, son básicamente las “*claves para la acción*” (internas, como por ejemplo, el

sentimiento de bienestar al involucrarse en la conducta en cuestión, y externas, como por ejemplo, conversaciones con otros, relaciones interpersonales, campañas en medios de comunicación masiva, etc.) (Fernández-Ballesteros, op.cit). (Ver figura 4).

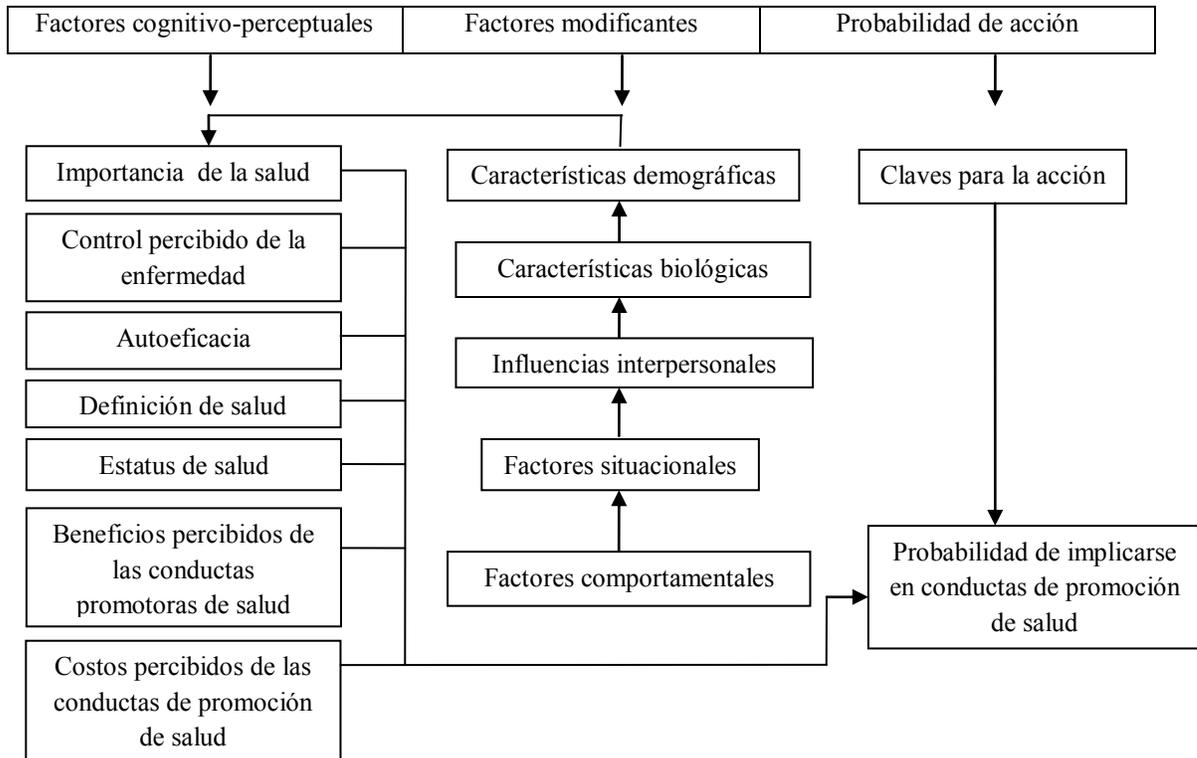


Figura 4. Modelo de conducta de promoción de la salud (Pender, 1987)

1.6.5 Teoría de la acción social (TAS)

Esta teoría ha sido propuesta por Ewart en 1991. Los antecedentes pueden encontrarse en el modelo descrito por Leventhal desde los años ochenta. El modelo concibe al individuo como un sistema regulador que intenta activamente alcanzar objetivos específicos, y lo considera como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos serialmente, o etapas (una entrada que representa el campo de estímulos y establece los objetivos; una salida o producción de respuestas, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de las respuestas de afrontamiento, y una etapa de supervisión que implica la consideración de las consecuencias de la acción, en relación con el conjunto inicial de los objetivos). El modelo incluye básicamente tres

dimensiones: la autorregulación como un estado-acción deseado, un conjunto de *mecanismos de cambio* interconectados, y un conjunto de sistemas socioambientales que determinan contextualmente cómo operan los mecanismos de cambio personal. El modelo subraya el papel del contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud (dimensión de estado-acción), proporciona la estructura causal que liga los procesos de autocambio a los ambientes interpersonales (dimensión del proceso) y especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten o constriñen el cambio personal (dimensión contextual) (Fernández-Ballesteros, 1994).

De acuerdo con la TAS, las intervenciones preventivas implican, casi siempre, la creación de hábitos protectores en forma de secuencias comportamentales muy rutinarios que disminuyen el riesgo personal. De esta forma, se puede representar un hábito de salud como un “bucle acción-resultado”, un equilibrio dinámico entre las actividades autoprotectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas. El fumar, por ejemplo, es una actividad que tiende a seguir un “guión” predecible, una secuencia de conductas predecible, en la que cada acontecimiento refuerza las conductas antecedentes y guía las consecuentes. Este tipo de “guiones” muy integrados pueden ejecutarse al mismo tiempo que otras conductas habituales, en medida en que están incorporados en acontecimientos sociales o recreativos. Eso es lo que hace que los hábitos sean tan difíciles de cambiar (Fernández-Ballesteros, 1994).

En este modelo, el punto de partida para cualquier intervención será un análisis de las relaciones entre conductas peligrosas o valiosas para la salud y sus efectos experimentados, para descubrir los aspectos en los que tales conductas son más accesibles a la prevención o a la promoción, y seguir procedimientos efectivos para el diseño de nuevos “guiones” que protejan la salud o promuevan niveles más altos de salud.

Además, la TAS subraya que los guiones de acción personal están socialmente interconectados con los guiones de miembros de familia, amigos, u otros, de forma que plantean obstáculos significativos a los cambios a largo plazo. Es necesario, ampliar la concepción del estado-acción centrado individualmente para incluir la *interdependencia*

social, como un determinante de un cambio de conducta y su mantenimiento. Cuando más densa es una relación social, mayor es la probabilidad de una persona que intente alterar una simple rutina que trastorne las rutinas y metas de los otros, y se quebrante su compromiso con nuevas pautas de conducta de salud.

Por otro lado, la TAS supone la existencia de mecanismos que capacitan a las personas para llevar a cabo transiciones desde estados-acción viejos a nuevos, produciendo un cambio. Además, considera a los procesos de transición (procesos de cambio) como componentes interactivos dentro de un modelo causal general. No son las actitudes ni los refuerzos los que ponen en marcha la conducta. Las personas se motivan a sí mismas considerando los posibles resultados, evaluando sus capacidades y generando metas que guían y dinamizan la solución de problemas. Los elementos que incluye dentro de lo que se denomina procesos motivacionales son: las expectativas sobre resultados, la autoeficacia percibida y el establecimiento de metas.

El otro elemento explicativo viene dado por el establecimiento de metas. Las conductas de salud se incluyen dentro de amplios conjuntos de guiones conductuales dirigidos hacia alguna meta importante, y dichos conjuntos son más prevalentes en unos subgrupos que en otros. Por otro lado, los conjuntos están constituidos por proyectos personales de un individuo, responden a tareas básicas (por ejemplo, tener influencia social, adquirir recursos materiales, ser aceptado por los demás o proteger la seguridad personal), afectan a las pautas de acción autoprotectora al hacer que las personas generen metas directivas, junto con estándares para evaluar la propia actuación. Así los cambios en conductas de salud, que se perciban como facilitadores de proyectos importantes serán adoptados con mayor facilidad que aquellos que aparezcan como compatibles, incluso en el caso de que se perciban como deseables (expectativa de resultado) y factibles (autoeficacia).

En tercer lugar, los actos de resolver un problema, formular una meta, valoración de las propias conductas o proveer consecuencias de una conducta, aprovechan esquemas. Estos esquemas representan conjuntos de conocimiento organizado que dirigen la atención

a aspectos específicos de situaciones y escenarios, guían la codificación de experiencias en la memoria a largo plazo y proporcionan rutinas procedimentales para realizar tareas familiares. Estas formas de conocimiento comprenden capacidades generativas personales que permiten considerar metas alternativas y crear nuevas estrategias de acción.

Finalmente, la TAS se completa indicando cómo el ambiente afecta los procesos de cambio para alterar o mantener un estado-acción dado. El contexto modifica las capacidades generativas personales y las relaciones sociales afectando el establecimiento de metas, la consideración de oportunidades para la acción y el diseño y ejecución de estrategias de salud relevantes. La TAS analiza las influencias contextuales caracterizando los escenarios y los sistemas sociales en términos de las metas que activan y de las capacidades personales, interacciones sociales, valoraciones motivacionales y estrategias de acción que la apoyan. En suma, la TAS proporciona una taxonomía útil para organizar las estrategias de intervención, incorporando el papel determinante de los contextos sociales en la instalación, mantenimiento o cambio de conductas protectoras o promotoras de salud.

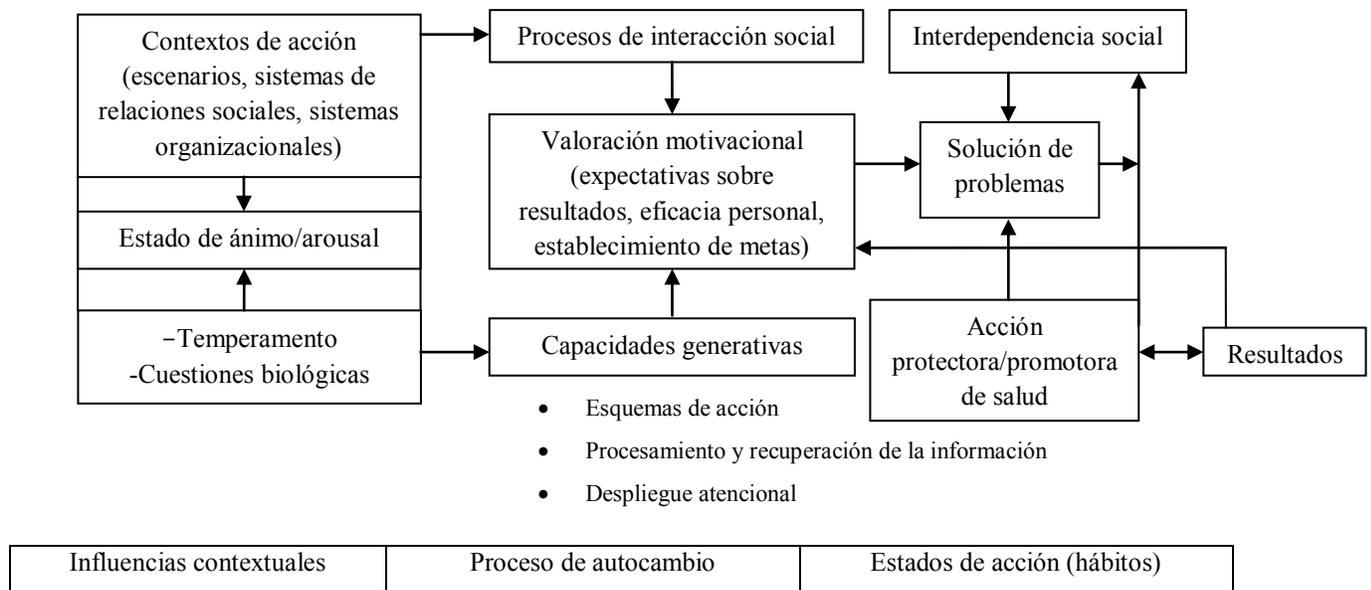


Figura 6. Teoría de la Acción Social (Ewart, 1991).

1.6.6 Modelo de prevención de la enfermedad (MPE)

De acuerdo con Fernández-Ballesteros (1994), el modelo de prevención de la enfermedad (MPE) es desarrollado por Bayés a principios de la década de los noventa del siglo pasado, considera que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) tienen una influencia tanto en el proceso de la enfermedad como en el mantenimiento de la salud. Estos factores psicológicos son el resultado de la historia individual de cada persona en un determinado contexto cultural, socioeconómico y político. Este modelo trata de comprender e identificar los factores que influyen en la prevención de una enfermedad y mejorar, en tal caso, la eficiencia de los programas preventivos. Se pueden distinguir tres fases: el pasado (antecedentes), el presente (factores implicados en la interacción actual) y el futuro (consecuencias de una conducta a corto y largo plazo). De este modo, el pasado son los factores históricos, entendidos como variables susceptibles de facilitar una conducta en una determinada situación interactiva o de influencia recíproca. El presente alude a los aspectos actuales y a la influencia recíproca o interactiva de un conjunto de factores que pueden o no facilitar una conducta preventiva o por el contrario, de riesgo. Finalmente, el futuro, es el resultado del grado de vulnerabilidad y de los comportamientos, de prevención o de riesgo, llevados a cabo por los individuos, de manera que el equilibrio psicobiológico en términos o enfermedad se rompa, se establezca o se mantenga.

Baýes enfatiza las consecuencias de los comportamientos, y asocia las conductas de riesgo con una consecuencia inmediata y placentera, generalmente intensa y de corta duración. Por el contrario, las consecuencias negativas que se deriven de una conducta de riesgo suelen ser probables y de largo plazo. Por otra parte, no hay evidencias que permitan correlacionar el estado de salud actual de un individuo y la práctica de comportamientos incompatibles, muchas personas optan por aquel que tiene un beneficio inmediato, ignorando las eventualidades y graves alteraciones de salud que puede soportar el futuro (Fernández-Ballesteros, 1994). También Bayés remarca la importancia de las consecuencias sociales extrínsecas asociadas a las conductas. En este sentido, el comportamiento social aprobatorio o inhibitorio de los sujetos del entorno respecto a una

conducta determinada, puede resultar determinante en el momento de adoptar o no una conducta concreta.

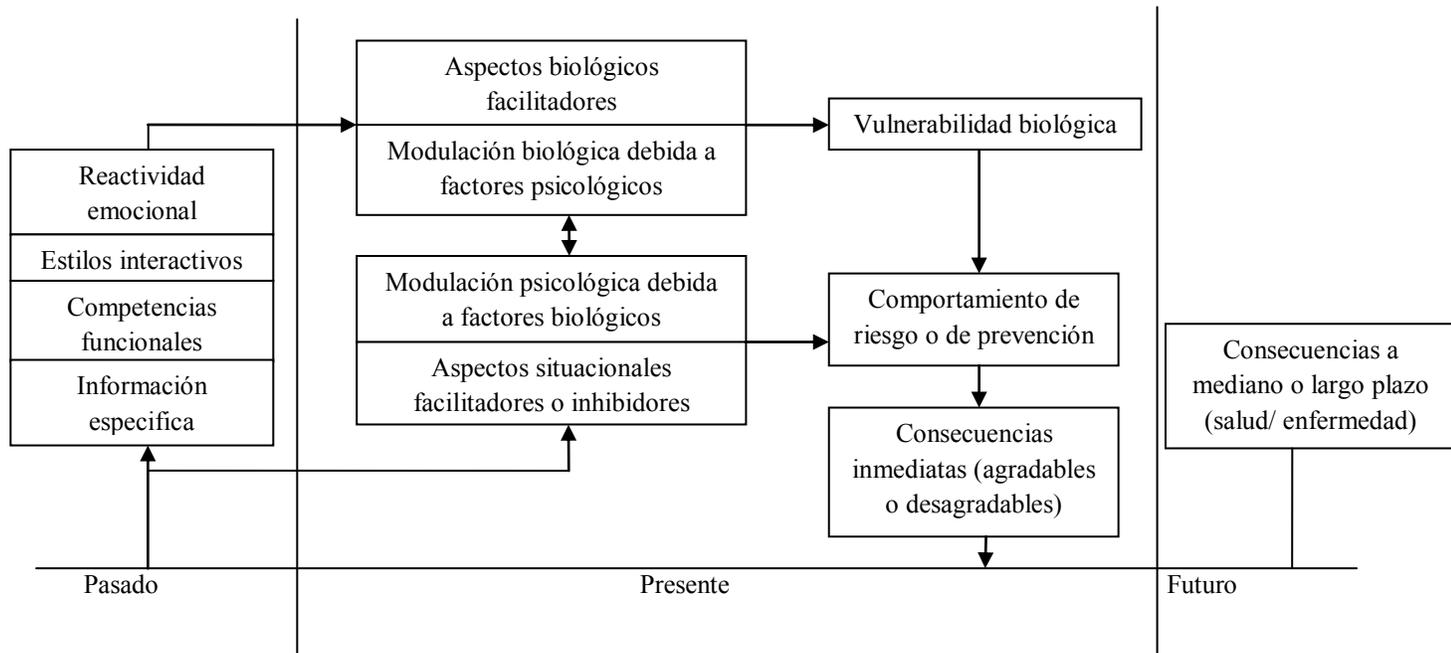


Figura 5. Modelo de prevención de la enfermedad (Bayés, 1992)

En este primer capítulo se realizó una descripción de la evolución, fundamentos y modelos de la psicología de la salud. Se explicaron los principales paradigmas en salud y sus diferentes concepciones, se manifestó que el modelo biomédico es insuficiente para atender a las demandas de la población general, por lo tanto se considera necesario incorporar una nueva perspectiva sobre salud que integre al modelo biopsicosocial en la práctica clínica. También se incluyeron algunos de los modelos más representativos en psicología de la salud para un mejor conocimiento de las variables implicadas en los procesos de salud y enfermedad. Se expuso que la psicología de la salud ha logrado desarrollar sólidos modelos teóricos y ha definido sus aplicaciones en contextos muy variados de la salud. Uno de estos campos, como se mencionó, corresponde a la atención de las enfermedades crónicas tema al cual se dirige la atención en el siguiente capítulo donde se explicarán aspectos generales de la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial para posteriormente relacionar estos padecimientos con los fenómenos psicológicos involucrados en ellos.

CAPÍTULO 2. ASPECTOS CLÍNICOS Y BIOPSIICOSOCIALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.

Algunos de los principales problemas en salud pública son los múltiples daños en la población debido a patologías crónico-degenerativas. Desafortunadamente, además de tener un efecto grave sobre el estado físico de las personas, estas enfermedades también afectan el ámbito socioeconómico por las visitas recurrentes al médico y por la necesidad de medicación permanente, la cual el paciente no sigue, la mayoría de las veces. Así mismo, es inevitable mencionar el costo personal y social que ocasionan, pues quien las padece presenta recurrentes licencias médicas. Además, la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial son factores de riesgo asociados a las isquemias cardíacas o cerebrovasculares, insuficiencia renal, entre otras, que pueden provocar daños irreversibles e incluso, la muerte repentina. Por eso es muy importante educar a la población sobre qué son los padecimientos crónico degenerativos desde su causalidad hasta cuáles son los principales tratamientos y estrategias para el desarrollo de conductas preventivas y promotoras de la salud.

Bajo estas premisas, en este segundo capítulo se mostrará al lector una breve integración de los síntomas, etiología, diagnóstico y tratamientos de las principales enfermedades crónico-degenerativas de mayor incidencia en México

2.1 Enfermedades crónico-degenerativas de mayor indecencia en México

Las enfermedades crónico-degenerativas son aquellas que no tienen cura y normalmente toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen pudiendo deteriorar la capacidad funcional de algunos órganos y tejidos, lo cual implicaría la muerte de quien las padece. En general, este tipo de padecimientos se relacionan a actitudes no saludables y por fortuna pueden prevenirse y controlarse. Dentro de estas enfermedades se pueden citar: asma, cáncer, diabetes, artritis reumatoide, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial, hipo o hipertiroidismo, entre otras. Por supuesto, existen factores hereditarios referentes a la etiología de este grupo de patologías.

Cabe señalar que en este trabajo sólo se considerarán tres de las enfermedades crónico-degenerativas mencionadas, las cuales se han considerado de mayor incidencia en México hoy día, éstas son: obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, de las que se hará una breve descripción abarcando la etiología, síntomas, diagnóstico, complicaciones, principales tratamientos e implicaciones psicológicas.

2.1.1 Obesidad

- **Descripción clínica y etiología:** La obesidad es la enfermedad crónica de origen multicausal caracterizada por la acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo. Se presenta con el paso del tiempo, cuando el individuo ingiere más calorías que aquellas que consume o utiliza. Los factores genéticos, sociales, económicos, culturales, ambientales, comportamentales, cognitivos, hormonales, neurológicos (condición **hipotalámica**) **pueden** determinar las causas de esta enfermedad. La obesidad constituye un factor de riesgo para otros padecimientos como la hipertensión o diabetes (Foz Sala, 1998).
- **Síntomas:** La acumulación de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, esto puede interferir en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que puede causar somnolencia durante el día y otras complicaciones. Desde luego, la obesidad puede causar varios problemas ortopédicos en la espalda, caderas, rodillas y tobillos. El paciente obeso puede presentar además trastornos cutáneos ya que no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que suda más que el individuo delgado. Es posible que presente tumefacción en pies y tobillos, causada por la retención de líquido (edemas).
- **Diagnóstico:** La obesidad generalmente se determina a partir de indicadores de sobrepeso, como el índice de masa corporal (peso en kilogramos sobre talla en metros al cuadrado), o bien por medio de indicadores de porcentaje y distribución de tejido adiposo en el organismo (como los distintos pliegues subcutáneos, o la razón circunferencia de cintura sobre circunferencia de cadera) (Foz Sala, 1998).

- **Complicaciones:** la obesidad constituye un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y circulatorias (estasis vascular-pulmonar, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, infarto al miocardio, tromboflebitis, varices, aterosclerosis, entre otras.), trastornos metabólicos (diabetes tipo II, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, síndrome de pickwick, por mencionar algunos), trastornos digestivos (dispepsia gástrica, úlcera gastroduodenal, estreñimiento, insuficiencia hepática y pancreática.) (Foz Sala, 1998).
- **Principales tratamientos:** Entre éstos están la cirugía (habitualmente se coloca un bypass gástrico, que consiste en unir una sección del yeyuno desde la parte superior del estómago, hasta el duodeno), por supuesto la dieta y el ejercicio forman parte de esta serie de tratamientos contra la obesidad) (Foz Sala, op.cit).
- **Implicaciones psicológicas:** la obesidad también puede ocasionar baja autoestima, depresión, angustia por la presión social frente a su obesidad y frente a su adelgazamiento, lo que puede implicar aislamiento social por parte del paciente.

2.1.2 Diabetes mellitus

- **Descripción clínica y etiología:** La diabetes mellitus es enfermedad crónica producida por un funcionamiento inadecuado del páncreas que altera el metabolismo de los carbohidratos (contenidos en los alimentos, especialmente, frutas, cereales, vegetales y azúcares) y por lo tanto, impide el aprovechamiento del azúcar en el cuerpo. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Cuando falla, origina un aumento excesivo del azúcar que contiene la sangre (hiperglucemia). Las causas exactas de la diabetes son desconocidas aun, sin embargo, se han identificado dos condiciones para la aparición de la enfermedad: la herencia, la obesidad y el sedentarismo.

La diabetes se clasifica en Tipo I, la cual es más frecuente en niños y jóvenes menores de 30 años. Esta denominación se da en los casos en los que el páncreas no produce insulina por un daño en las células beta, ya sea por una predisposición

genética o por los factores ambientales. Por esa razón, las personas son insulino dependientes y requieren de esta hormona para sobrevivir. Otra clasificación es la tipo II, la cual es más frecuente en personas adultas mayores de 40 años, no obstante, se ha observado que este tipo de diabetes es independiente a la edad pues actualmente hay jóvenes e incluso niños que la padecen. La diabetes tipo II es producida por factores comportamentales (sedentarismo y alimentación inadecuada) que conducen a la obesidad (Salvador, 2002).

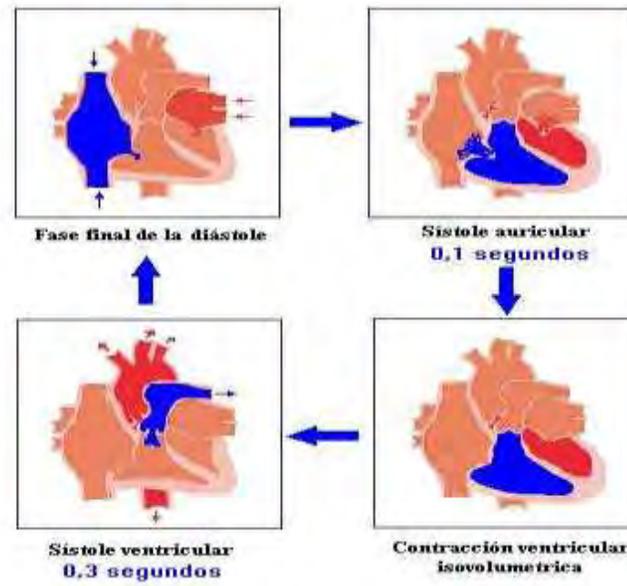
- **Síntomas:** los síntomas más característicos de este padecimiento son: poliuria, polidipsia, fatiga, visión borrosa, polifagia, resequedad en la piel o picazón, pérdida repentina de peso (en el caso de la diabetes tipo I), y sobrepeso (en la diabetes tipo II). La mayoría de éstos sólo dejan de presentarse en la medida en que la glicemia se controle (Salvador, op.cit).
- **Diagnóstico:** La diabetes puede ser diagnosticada por medio de un análisis de orina para buscar hiperglucemia, también se pueden hacer algunos exámenes clínicos como pueden ser la glucemia en ayunas, la cual determina diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dL en dos oportunidades. Los niveles entre 100 y 126 mg/dL se denominan alteración de la glucosa en ayunas o prediabetes. Dichos niveles se consideran factores de riesgo para la diabetes tipo 2. Entre estos estudios clínicos están el examen de hemoglobina A1c o la prueba de tolerancia a la glucosa oral, en la cual se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas (esta prueba se usa con mayor frecuencia para la diabetes tipo 2) (Salvador, 2002).
- **Complicaciones:** Si la diabetes no es controlada puede producir cambios en los órganos diana. Entre las principales complicaciones están: las retinopatías, daño renal, neuropatías, problemas digestivos, circulatorios; enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, hipo o hiperglicemia (Salvador, 2002).
- **Principales tratamientos:** El tratamiento radica en la ingestión de medicamentos como pueden ser la insulina inyectada (para diabetes tipo I), la glibenclamida y metformina (para diabetes tipo II) La glibenclamida baja los niveles de azúcar en la sangre al estimular el páncreas para secretar insulina. La insulina ayuda a controlar la glucemia. El páncreas debe producir insulina para hacer que el medicamento

tenga efecto. La metformina ayuda al cuerpo a que regule la cantidad de glucosa (azúcar) en la sangre. Reduce la cantidad de glucosa que usted obtiene de su régimen alimenticio y la cantidad incorporada por su hígado. También ayuda al cuerpo a que use su propia insulina más eficazmente. El tratamiento farmacológico es complementario a la dieta y ejercicio para controlar el azúcar en la sangre y prevenir síntomas y problemas (Salvador, 2002).

- **Implicaciones psicológicas:** Salazar y Ventura (2007) señalan que el paciente, al recibir el diagnóstico, puede ser incapaz de adoptar estrategias de afrontamiento inadecuadas, en parte porque sus expectativas sobre la vida se ven afectadas por este suceso. Según las autoras, tan pronto como se le comunique el diagnóstico de diabetes, al individuo le parezca imposible lo que está sucediendo y le cueste trabajo aceptar la realidad, después puede experimentar sentimientos de rabia (contra él mismo, su familia y el médico), de incompreensión e incontrabilidad, razones por las cuales puede llegar a rechazar cualquier tipo de apoyo. En ese momento su sensación es de “no volver a vivir una vida normal”. Después, esas ideas catastróficas van siendo reemplazadas y se asume un compromiso activo de salir adelante, es ahí cuando el paciente está dispuesto a cooperar con los profesionales de la salud.

2.1.3 Hipertensión arterial

- **Descripción clínica y etiología:** El corazón recibe sangre desoxigenada de las venas y la envía nuevamente oxigenada por las arterias. Cuando esta sangre sale del corazón, lo hace con fuerza mientras las paredes de las arterias ofrecen una resistencia. Es la acción de estos dos elementos en conjunto determina la tensión arterial. La tensión arterial es un índice de diagnóstico importante, en especial de la función circulatoria. Se divide en dos formas distintas de tensión arterial; la tensión arterial sistólica, que representa la presión máxima ejercida cuando el corazón se contrae, y la tensión arterial diastólica, que representa la presión mínima en las arterias cuando el corazón se encuentra en reposo (Chávez, 1993) (ver dibujo 1).



Dibujo 1. Circuito de la actividad cardíaca

Habitualmente, en un adulto normal, se pueden considerar cifras normales de tensión arterial a aquellas que se encuentran por debajo de 120 mm/Hg de tensión arterial sistólica, y 80 mm/Hg de tensión arterial diastólica. Se considera prehipertensión cuando el número superior (presión arterial sistólica) oscila entre 120 y 129 la mayor parte del tiempo y el número inferior (presión arterial diastólica) está entre 80 y 89 la mayoría de las veces. Si existen estos datos en el paciente, es muy probable que desarrolle hipertensión. Los niveles de presión arterial se clasifican de acuerdo al rango de valores que presente el paciente tanto en su presión sistólica como diastólica, dividiendo los valores en cuatro categorías (ver Tabla 1). La tensión arterial es variable y multicausal, y depende de las condiciones ambientales, temporales o de las condiciones de las arterias pulmonares, renales o coronarias. La hipertensión arterial (HTA), por definición, es el aumento de la tensión arterial de forma crónica, es un padecimiento multifactorial, en el cual problemas genéticos asociados a problemas medioambientales y personales facilitan de alguna manera la disfunción endotelial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la hipertensión en dos categorías: (a) Hipertensión esencial, primaria o idiopática, que suele denominarse como aquella cuya etiología no puede explicarse; constituye la forma más frecuente de hipertensión, alcanzando el 90% de los casos y (b) Hipertensión arterial secundaria o asintomática, que es la derivada de una enfermedad detectada y capaz de producirla, como nefropatías o endocrinopatías, coartación de la aorta, tumores suprarrenales, trastornos tiroideos, síndrome de Cushing¹ o por el uso incorrecto de pastillas hormonales, drogas o ciertos medicamentos, y constituye alrededor del 10% restante de los casos de hipertensión (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

Clasificación	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Normal	120 mm Hg.	80 mm Hg.
Prehipertensión	120-129 mm Hg.	80-89 mmHg.
Estadio I	140-159 mm Hg.	90-99 mm Hg.
Estadio II	+ de 160 mm Hg.	+ 100 mm Hg.

Tabla 1. Clasificación de los niveles de presión arterial (Amigo, Fernández y Pérez 2009).

- **Síntomas:** La HTA es una enfermedad asintomática durante mucho tiempo (porque el paciente al manejar niveles de tensión arterial muy altos puede sentir fatiga, epistaxis, arritmias, cefaleas, zumbido en los oídos, dolor torácico) y si no se trata puede desencadenar complicaciones severas como un infarto al miocardio, una isquemia o hemorragia cerebral. Sin embargo, esto se puede evitar si la hipertensión se controla y se modifican comportamientos desfavorables para la salud. No obstante, si esto no ocurre, las primeras consecuencias las sufren las arterias, que se

¹ Trastorno endocrinológico ocasionado por la producción excesiva de cortisol, estrógenos y de aldosterona en las tres capas suprarrenales debido al uso de medicamentos esteroides. (Martín-Abreu, 1975). En el caso de los hipertensos, al haber una mayor retención de sodio, mayor es la producción de cortisol.

endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua haciéndose cada vez más gruesas y dificultando el flujo sanguíneo (Chávez, 1993).

- **Diagnóstico:** El médico tomará varias lecturas de presión arterial por medio de un instrumento llamado esfigmomanómetro, evaluará los antecedentes familiares y realizará algunos estudios de rutina, entre ellos, la ecocardiografía, la cateterización cardíaca, el electrocardiograma, sólo por mencionar algunos.
- **Complicaciones:** Las complicaciones dependen de muchos factores, si el hipertenso presenta comorbilidad, si toma algún tratamiento, si presenta conductas de riesgo, o si el paciente presenta niveles altos de colesterol por ejemplo, puede desarrollar coronariopatías como la *aterosclerosis* y la *arteriosclerosis*; la primera hace referencia a un ensanchamiento de las paredes internas de las arterias debido a la acumulación de ateroma al interior de ellas, obstaculizando el flujo sanguíneo y dando como resultado que el músculo cardíaco no reciba la sangre o el oxígeno que necesita. La arteriosclerosis es un padecimiento que consiste en el endurecimiento y estrechamiento de las arterias, dificultando el paso de la sangre por la arteria afectada. Cabe mencionar que ambas afecciones cardíacas propician la obstrucción del flujo sanguíneo y por lo tanto implica, en ambos casos, hipertensión arterial, la cual es un grave factor de riesgo asociado a una isquemia cardiovascular o cerebrovascular, lo que puede conducir a la muerte (Chávez, 1993).
- **Principales tratamientos:** Generalmente para el control y tratamiento de la hipertensión como enfermedad crónica, se emplean algunos medicamentos como pueden ser: (a) *diuréticos* los cuales aumentan la eliminación de sodio por medio de la micción y reduce la tensión arterial, sin embargo sus efectos secundarios son el alto nivel de ácido úrico y la descompensación de electrolitos y potasio en el organismo, lo que puede propiciar que el médico recomiende una ingesta de alimentos ricos en potasio. (b) *betabloqueadores*, éstos propician que el corazón palpite de manera más lenta y con menos fuerza. En sus efectos secundarios se encuentran la reducción de gasto cardíaco, el volumen sistólico y la frecuencia cardíaca, pueden producir la sensación de fatiga, impotencia, asma y la capacidad para hacer ejercicio. c) *los calcio- antagonistas y vasodilatadores* que reducen la tendencia de las arterias a estrecharse y disminuyen la contractilidad miocárdica

(Rosas, Pastelín, Martínez, Herrera-Acosta, Attie, y el Comité Institucional para el Estudio y Prevención de la hipertensión arterial sistémica, 2004).

Además del tratamiento médico, hay muchas conductas que se pueden desarrollar para coadyuvar al tratamiento, entre ellas están el aumentar la ingestión de agua, el consumo de fibra natural y potasio, llevar a cabo una actividad física, reducir o eliminar la ingesta de alcohol y tabaco, reducir la toma de sodio (sal). Imprescindiblemente la reducción de los niveles de estrés. Reducir el peso corporal equilibrándolo con la talla. Todo esto puede convertirse en algunos de los objetivos de intervención psicológica.

En otras palabras, el médico recomendará cambios en el estilo de vida para reducir la tensión arterial a un rango normal. Aquí es cuando el psicólogo de la salud realiza intervenciones para el control de la adherencia al tratamiento médico, modifica conductas dañinas para la salud y desarrolla comportamientos de prevención de enfermedades, por mencionar algunas.

- ***Implicaciones psicológicas:*** Como se mencionó, el desarrollo de los padecimientos crónico-degenerativos tiene qué ver con una serie de variables conductuales y cognitivas que se manifiestan en el contexto individual y social. Algunas de las conductas que pueden facilitar la aparición de hipertensión arterial, son las que forman parte del estilo de vida de cada persona, como puede ser el sedentarismo, la alimentación con alto contenido en carbohidratos, colesterol y sodio. Asimismo, el hábito de fumar y la ingesta de alcohol excesiva también son hábitos que pueden asociarse a este padecimiento, con una baja calidad de vida e incluso con el riesgo de infarto al miocardio y con la muerte súbita. (Fernández-Abascal, 1998). Entre los factores de riesgo psicológicos que se suman a esta enfermedad crónica son:

(1) *Estrés:* De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el estrés es una respuesta fisiológica a eventos cognitivamente percibidos y evaluados como amenazantes, y ante las cuales el organismo no posee recursos para hacerles frente de manera adecuada. Esto comprende dos variables psicológicas a tomar en cuenta: la valoración cognitiva del evento y la capacidad de afrontamiento del individuo.

Por su parte, Labrador y Crespo (1993), indican que hay tres aspectos elementales en la respuesta de estrés:

1. *Aspectos cognitivos*: aluden a la manera en que el individuo interpreta su medio, filtra y procesa la información de éste y evalúa si los eventos deben ser considerados como relevantes, irrelevantes o inofensivos. En función de esto estará la manera de responder del sujeto ante el evento y el modo en que se verá afectado por el estrés. Estos autores consideran cuatro periodos que implican procesos diferentes dentro de los aspectos cognitivos: (a) evaluación automática inicial, (b) valoración de las demandas del evento (evaluación primaria) las cuales pueden ser irrelevantes, benignas, estresantes por pérdida, amenaza o desafío, (c) valoración de las habilidades para hacer frente a la situación (evaluación secundaria) y por último, (d) selección de la respuesta.
2. *Respuesta motora o conductual*: Estas se refieren a las conductas emitidas ante eventos de estrés que pueden ser de enfrentamiento o afrontamiento, evitación o de inhibición. El tipo de respuesta de afrontamiento determinará la forma de activación del organismo y por lo tanto, el tipo de recursos que se utilizarán y las estructuras fisiológicas implicadas, así como los posibles trastornos psicofisiológicos que pudiesen generarse. El afrontamiento de eventos estresantes se desarrollará en forma de respuestas relativamente específicas, según la historia de aprendizaje del sujeto.
3. *Respuesta fisiológica*: La respuesta fisiológica del estrés se debe a la actividad predominante en el sistema nervioso simpático, el cual tiene una función activadora que sirve como alarma, lucha, huida o emergencia que conlleva varios cambios fisiológicos, de los cuales el más sobresaliente es la tensión muscular; no obstante, ocurren otros cambios evidentes en el funcionamiento neurofisiológico y neuroendocrino derivados de un mantenimiento relativamente prolongado del estado de tensión, como es la presión alta, el dolor muscular y otros trastornos fisiológicos.

En resumen, la respuesta de estrés básicamente consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, lo cual favorece una mejor percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible, una búsqueda de soluciones más eficaz y una mejor selección de las conductas adecuadas de afrontamiento de los eventos o situaciones, a la vez de preparar al individuo para actuar de manera rápida y vigorosa ante las exigencias de la situación. La activación a estos tres niveles: fisiológico, cognitivo y conductual, es eficaz hasta un cierto límite, el cual si es rebosado tiene un efecto desorganizador del comportamiento. A su vez, las consecuencias de la activación dependen de la frecuencia, intensidad y duración de la respuesta, lo cual puede tener repercusiones negativas, con una amplia gama de manifestaciones orgánicas, denominadas trastornos psicofisiológicos.

El estrés, es una intensa respuesta adaptativa que pone a disposición del organismo una importante cantidad de recursos excepcionales. No obstante, si la respuesta del estrés es excesivamente frecuente, intensa o duradera, puede tener consecuencias negativas. El organismo no puede mantener por mucho tiempo un ritmo constante de activación por encima de sus posibilidades y si se mantiene más allá del límite, se producirán serios deterioros en los diferentes sistemas corporales. Al respecto Crespo y Labrador (2001), señalan que las condiciones ambientales que generan estrés se pueden clasificar en:

- *Psicosociales*: son eventos que no causan directamente la respuesta del estrés, sino que se convierten en estresantes cuando pasan por una valoración cognitiva que el individuo le asigna. Son los más frecuentes y se clasifican en sucesos vitales intensos y extraordinarios, eventos estresantes cotidianos y circunstancias de tensión crónica mantenida. Es preciso exponer que los eventos estresantes cotidianos pueden asociarse a otros factores de riesgo psicológicos como la activación de la ira o el patrón de conducta tipo A.

- *Biológicos*: son eventos que se convierten en estresantes por su capacidad para producir en el organismo determinados cambios bioquímicos que automáticamente disparan la respuesta de estrés, con independencia de la interpretación cognitiva que se haga de la situación.

(2) *Ira-hostilidad*: La ira y la hostilidad, que conjuntamente con la agresividad configuran un síndrome denominado síndrome AHI (agresividad, hostilidad e ira), en la cual la ira es una emoción primaria que se presenta cuando una persona es bloqueada en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad. Por su parte, la hostilidad es una actitud cognitiva relativamente estable en el tiempo, que se desarrolla como consecuencia de haber sometido a repetidas situaciones de ira y que a su vez, facilita la aparición de futuras respuestas de ira. Por último, la agresividad es la forma de afrontamiento o preparación para la acción de ira y hostilidad, pero que al estar socialmente penalizada obliga a desarrollar formas de afrontamiento alternativas que habitualmente no requieren de la importante activación fisiológica que la ira y la hostilidad desencadenan, tornándose esta activación en contra de la salud.

Para Vallejo (1998), la ira y la hostilidad no son factores de riesgo independientes de los demás sino que su forma de actuar es interactuando con algunos de ellos. Así, las personas con una actitud hostil tienen frecuentemente episodios de ira, como consecuencia de ello mantiene estados de hipervigilancia, y de hiperdemanda cardiovascular y neuroendocrina. Evidentemente, esto es contraproducente para el paciente hipertenso, pues la unión de ambos factores multiplica el riesgo de padecer una cardiopatía isquémica. Además la hostilidad potencia la realización de determinadas conductas de riesgo, como consumir alcohol, tabaco o drogas. También puede facilitar la emisión de conductas como el sedentarismo, retrasar la solicitud de ayuda en caso de enfermedad, una baja en la adherencia al tratamiento.

(3) *Patrón de conducta tipo A (PCTA)*: De acuerdo con Del Pino (1996), el patrón de conducta tipo A (PCTA) es un constructo desarrollado por los cardiólogos Friedman y Rosenmann y el bioquímico Bayers a mediados del siglo pasado. Entrada la década de los noventas, Rosenmann lo definió como un complejo de acción-emoción que comprende disposiciones conductuales tales como tensión muscular, alerta, un estilo de habla rápido y enfático y un ritmo de actividad acelerado, y respuestas emocionales tales como irritación, hostilidad y un elevado potencial para la ira. Por su parte Tron y Reynoso (2000), describen al PCTA como un agregado de comportamientos en que los que observan excesiva competitividad, esfuerzos para realizar muchas tareas, agresividad, urgencia del tiempo y aceleración de las actividades comunes; los sujetos tipo A procuran no descansar, demuestran su hostilidad y estado de hiperalerta, son explosivos al hablar, presentan tensión de los músculos faciales y manifiestan sentimientos de lucha contra las limitaciones del tiempo y a la insensibilidad del ambiente; son individuos ordenados y organizados, que prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión; no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea; se involucran profundamente en su trabajo y son incapaces de relajarse. Estas conductas se canalizan usualmente en una vocación o profesión con tal dedicación, que los sujetos tipo A, a veces, niegan otros aspectos de su vida, tales como la familia o el ocio. Además, estos comportamientos se acompañan de incrementos en la frecuencia cardiaca y de presión arterial lo que constituye un factor de riesgo biopsicológico.

Afortunadamente todos los factores de riesgo psicológicos pueden ser tratados para evitar trastornos cardiovasculares mayores. No obstante, el manejo de la HTA es un trabajo en conjunto entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Del mismo modo, el tratamiento no sólo comprende aspectos puramente farmacológicos, sino también comportamentales y cognitivos a modificar, como se explicará a la postre. El tratamiento psicológico ha mostrado resultados favorables en diversas investigaciones (Arrivillaga, Varela, Cáceres de Rodríguez, Correa y Holguín, 2007; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa; Molerio y García, 2004; Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa) y se

ha consolidado como un método efectivo para la prevención y el manejo de la hipertensión desde hace varias décadas. Sin embargo, para determinar el éxito del tratamiento psicológico en cualquier padecimiento, dependerá de las técnicas y las características propias del paciente. Es de considerar que éstos últimos tienen necesidades diversas, por lo tanto, se requieren diferentes estrategias para que logren afrontar las condiciones propias de la enfermedad, mantener los beneficios terapéuticos y lleven a cabo lo aprendido a diferentes situaciones cotidianas.

Cabe señalar que las creencias y actitudes de cada individuo también son factores que afectan la motivación e influyen en el logro de resultados efectivos. Además, para seleccionar un tratamiento hay que tomar en cuenta otras variables relevantes como el grado de malestar y bienestar psicológico, la disponibilidad de tiempo del paciente y el apoyo familiar.

Es importante tener en cuenta que cualquier intervención psicológica debe incluir, desde su fase inicial, una evaluación continua mediante la aplicación de instrumentos psicométricos válidos y confiables, para obtener información objetiva y sostenida que permita valorar el proceso del paciente hacia el control de su enfermedad.

De este modo, el tratamiento psicológico implica la producción de un programa posterior a la realización de dicha evaluación e intervención que puede estar centrado, entre otras cosas, en la psicoeducación sanitaria, la cual puede facilitar y maximizar considerablemente objetivos orientados a la eliminación de creencias falaces relativas a un padecimiento en particular, a la autoeficacia percibida o al control de la propia salud. Asimismo, ésta puede estar dirigida a la generación de conductas preventivas y promotoras de la salud, así como al debilitamiento o la eliminación de comportamientos patógenos (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007; Rivas y Fernández, 1996).

Sobre los programas de intervención, la psicología cognitivo-conductual ha hecho múltiples investigaciones al respecto. Por ejemplo, Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona (1994), adoptaron en su investigación una perspectiva multicausal en la

explicación del origen y mantenimiento de la hipertensión arterial, prestando especial atención a las variables emocionales como factores de riesgo. Presentaron un programa cognitivo-conductual para el control de la hipertensión en el que combinaron distintas técnicas terapéuticas: sesiones informativas, entrenamiento en relajación muscular progresiva, técnicas de respiración, solución de problemas y técnicas de autocontrol para el cambio de hábitos de vida. Los resultados mostraron cambios significativos en un número de las variables psicológicas tratadas (ansiedad, ira, solución de problemas, etc.), así como fuertes reducciones en los niveles de presión arterial, variando la media del grupo tratado desde 151mmHg de presión sistólica y 94mmHg de diastólica en la evaluación pretratamiento, hasta 132mmHg de presión sistólica y 81mmHg de diastólica en la evaluación postratamiento.

Otra evidencia al respecto es la de Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa (2005) cuya investigación tuvo el objetivo de evaluar los efectos de una serie de intervenciones de tipo cognitivo-conductual sobre la calidad de vida, la adherencia terapéutica e índices de bienestar en 20 pacientes hipertensos diagnosticados. Se les proporcionó un tratamiento cognitivo-conductual basado en las siguientes técnicas: detección de pensamientos disfuncionales, reestructuración cognitiva, solución de problemas, autorregulación, moldeamiento y modelamiento. Los resultados revelaron cambios pre-postest-seguimiento, clínica y estadísticamente significativos en prácticamente todos los pacientes en calidad de vida, adherencia terapéutica, bienestar y ansiedad.

La eficacia del tratamiento cognitivo-conductual ha sido probada por Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa y Holguín (2007) por medio de un programa de intervención para la disminución de los niveles de presión arterial en 94 pacientes que asistían a control médico por hipertensión arterial en una institución de salud colombiana. Se utilizaron como medidas los niveles de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica, la Escala de Estrés Percibido (Cohen y Mermelstein, 1983, traducido al español por Remor y Carroble, 2001) y el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para casos de hipertensión arterial (Cáceres, Arrivillaga, Correa, Holguín y Varela, 2006). La intervención logró disminuir significativamente los niveles de presión arterial sistólica, mantuvo controlados los niveles

de presión arterial diastólica, disminuyó el nivel de estrés percibido e incrementó significativamente la adherencia al tratamiento. Los resultados del estudio respaldan la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo de la hipertensión arterial.

2.2 Repuestas emocionales ante la enfermedad crónico-degenerativa

De acuerdo con Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya (2007), la calidad de vida ha demostrado tener un efecto directo en el estado anímico del paciente, como lo demuestran en una investigación cuyo objetivo fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud en 282 pacientes con hipertensión arterial leve de la ciudad de Medellín, Colombia. Utilizaron el Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) (Roca-Cusachs, 1992; Dalfo, Badia, Roca-Cusachs, Aristegui y Roset, 2000). Los resultados evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas. Concluyen que el diagnóstico de la enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida. Afecta el autoconcepto desde el momento del diagnóstico. Aclaran que algunas enfermedades son mucho más amenazantes que otras, cuando implican algunos niveles de discapacidad y dolor, como es el caso de la hipertensión arterial leve. Confirman que la adaptación a esta enfermedad dependerá de factores tales como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados. Todos estos factores en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con hipertensión arterial leve, tener una buena calidad de vida relacionada con la salud.

Oblitas (2004) explica que las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección. También agrega que las personas

que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan emociones similares a las de aquellos se enfrentan inicialmente a una situación de pérdida. Este conjunto de reacciones emocionales, que se denomina duelo, consta de las siguientes etapas: (a) *negación* (por ejemplo, el paciente puede buscar una segunda opinión, no habla de tema, pedirá que no se mencione a nadie de lo que se tiene, tratando de ocultar o hacer “desaparecer” la enfermedad). (b) *enojo* (el paciente puede manifestar frustración por el hecho de estar enfermo). (c) *desesperación/negociación* (el enfermo puede estar dispuesto a cambiar su forma de vida, si se dan ciertas condiciones que él considere pertinentes). (d) *depresión* (el paciente puede experimentar síntomas depresivos y pueden surgir ideas de muerte o suicidio, por lo tanto, se requiere de tratamiento psicológico. (e) *aceptación* Finalmente, y en el mejor de los casos, el paciente puede aceptar la enfermedad. De acuerdo con el autor, aquellos individuos que padecen alguna enfermedad crónica tardan mucho en llegar a esta etapa y es posible que esto se manifieste en una deficiente adherencia al tratamiento, por lo que resulta indispensable la intervención psicológica.

El propósito de este segundo capítulo fue dar un panorama general sobre aspectos médicos de las enfermedades crónico-degenerativas, se expuso que las causas de estos padecimientos son multifactoriales pero principalmente asociados al estilo de vida de los individuos. Se sugirió que dada la multicausalidad de estas patologías, es elemental el trabajo multidisciplinario en donde evidentemente el psicólogo debe estar incorporado, pues de esta manera se eleva la probabilidad de éxito en las intervenciones con el cambio en los estilos de vida, el manejo de las emociones y la educación para la salud, favoreciendo la percepción que tiene el paciente sobre su propio padecimiento y la adherencia del paciente al tratamiento.

En el siguiente capítulo se procederá a la explicación de la adherencia al tratamiento, estrategias para mejorarla, las variables conductuales y cognitivas relacionadas a ella, principales métodos de evaluación para centrarse finalmente, en una variable fundamental en todo proceso mórbido, la percepción de la enfermedad.

CAPÍTULO 3. INTERACCIÓN DE LAS VARIABLES COGNITIVAS Y CONDUCTUALES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Gozar de una buena salud depende del grado de exposición del individuo a microorganismos dañinos o a procesos patogénicos. Por supuesto, tienen que ver las medidas preventivas que se asuman, la resistencia a la enfermedad (condiciones inmunológicas) y las mejoras en los hábitos generales de higiene, dieta o actividad física.

Padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa, exige el seguimiento riguroso del tratamiento de manera permanente y sistemática e involucra cambios en el estilo de vida incluyendo el régimen farmacológico. Por lo tanto, se requiere de la implicación activa del paciente, pues la diversidad de repertorios conductuales, que son interdependientes a las variables cognitivas, ambientales y socioculturales, son el agente principal del tratamiento ya que están directamente vinculados a la adherencia terapéutica. Es decir, se pretende que el paciente mantenga o desarrolle conductas que favorezcan su salud (adherencia terapéutica) sin embargo, es importante considerar las múltiples variables individuales en las que se apoyan dichas conductas tales como el nivel de autoeficacia, el locus de control, el apoyo social recibido y percibido, el manejo de las creencias o percepciones sobre la enfermedad y el tratamiento. Todos estos elementos son aspectos de carácter psicológico que se deben considerar tanto por el propio paciente, como por los profesionales de la salud que le atienden al momento de analizar y tratar la adherencia.

3.1. Concepto de adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), considera a la adherencia como el grado en el cual el comportamiento del paciente, toma los medicamentos, sigue una dieta e introduce cambios en su estilo de vida mientras responde a las indicaciones o recomendaciones del profesional de la salud.

Para Meichenbaum y Turk (1991) el concepto de “adherencia terapéutica” sugiere una implicación más activa y de colaboración voluntaria del sujeto. Señalan que este concepto hace referencia al seguimiento de los tratamientos tanto médicos como comportamentales, a las intervenciones con fines preventivos (prescriptores para tomar parte en comportamientos que resultan protectores de la salud), y a los tratamientos en pacientes con afecciones crónicas, etc. Para estos autores, la adherencia cubre una gran variedad de conductas entre las que se encuentran: 1) la iniciación y mantenimiento de un programa de tratamiento; 2) la asistencia a citas de seguimiento; 3) el uso correcto de la medicación prescrita; 4) realizar cambios apropiados en el estilo de vida; 5) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario y 6) evitar conductas contraindicadas.

Para Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela (2006), el conjunto de *conductas adherentes* comprende el realizar una serie de tareas que requieren “saber qué hacer”, “cómo hacer” y “cuándo hacer”. No es meramente un asunto “voluntario”, requiere además una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento. Ciertamente, esas conductas se ven mediadas por creencias o percepciones relacionadas a ella, como se explicará más adelante.

Una deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciar la terapia médica, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito-equivocación en el uso de uno u otro medicamento, inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida, automedicación, entre otros (Varela, 2010). La falta de adherencia entonces, se puede manifestar de diferentes formas:

- *Errores posológicos*: omisión de la toma del fármaco, tomar el medicamento fuera del horario establecido por el médico, dosificación inadecuada, ingerir el medicamento caducado, tomar fármacos contraindicados, etcétera.
- *Asistencia al tratamiento*: retraso a la hora de buscar asistencia médica, no incorporarse al programa de tratamiento, no mantener citas previamente concertadas, terminar prematuramente los tratamientos, entre otras.

- *Cambios conductuales*: No adoptar las medidas preventivas recomendadas, implementación incompleta de las instrucciones, sabotear el régimen terapéutico, no participar en los programas de salud prescritos, elaborar los propios regímenes de tratamiento para “cubrir los vacíos” que el paciente cree el profesional de la salud pasó por alto, sustituir los regímenes de tratamiento prescrito por un programa creado por uno mismo, tomar el medicamento con drogas o bebidas alcohólicas, en ayunas o después de haber ingerido algún alimento.

Siguiendo a Meichenbaum y Turk (1991), la adherencia debe observarse como un fenómeno complejo y dinámico susceptible de cambiar con el paso del tiempo. De hecho Granados y Roales-Nieto (2007) comentan que se ha demostrado que a medida de que evoluciona la enfermedad y conforme aumenta la complejidad del tratamiento, el paciente hipertenso, por ejemplo, presenta grandes dificultades para adherirse al esquema médico

La eficacia de un tratamiento depende en gran medida de que el cliente/paciente siga las indicaciones de cambio, sin embargo esto último depende de un amplio grupo de factores que van desde la relación con el personal médico, hasta los procesos cognitivos más elaborados, como se mostrará a continuación.

3.1.1 Factores vinculados a la adherencia al tratamiento

En las investigaciones de Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela (2006) y Alfonso y Grau (2004), se hace referencia a múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica y se agrupan de la siguiente manera:

- *Variables en el personal de salud*: Aluden a la satisfacción del paciente en la relación con su médico tratante, características de la comunicación entre los mismos, calidad y cantidad de la información proporcionada, tiempo de instrucción, el tipo de lenguaje utilizado durante la consulta (tecnicismos o palabras

incomprensibles), calidad profesional percibida, empatía pobre, accesibilidad a la atención médica, a los fármacos u otros tratamientos.

- *Variables del tratamiento:* Se refieren a la complejidad y características del régimen del tratamiento, el tipo de dosis, vía de administración farmacológica, frecuencia de la toma del medicamento, duración del tratamiento, efectos secundarios, duración, confianza, relación costo-beneficio del esquema médico, características del medicamento, diseño del envase incómodo, mala reputación del tratamiento, tiempo de espera prolongado, características del medio donde se realiza el tratamiento, entre otras.
- *Variables de la enfermedad:* Sugieren si la enfermedad es de tipo crónico o agudo, padecimiento pluripatológico, tipo y percepción de síntomas.
- *Variables del paciente:* Se refieren a las características del individuo; apoyo familiar, situación laboral, nivel de educación, nivel socioeconómico, falta de comprensión de las instrucciones o de la enfermedad misma proporcionadas por el médico; historial de aprendizaje sobre enfermedades agudas o crónicas previas y su modo de afrontarlas, redes de apoyo social que aumentan o disminuyen el seguimiento de las prescripciones médicas o la adopción de inmunógenos conductuales, percepción de la utilidad del tratamiento, autoeficacia percibida para adherirse al mismo, vulnerabilidad percibida, estimación del riesgo de enfermar y percepción de la severidad de la enfermedad y sus síntomas, confusión entre los síntomas propios de la enfermedad y los efectos secundarios del medicamento.

Como se puede observar, la adherencia al tratamiento la mayor parte de las veces se centra en las variables del paciente, sin embargo, ésta también tiene que ver con las actividades del médico y del personal de salud, y no sólo del enfermo. Por eso es imprescindible comprender todas las posibles variables que propician el incumplimiento de los pacientes a las indicaciones de los profesionales de la salud a través de evaluaciones que permitan medirlas, controlarlas y predecirlas y así, elegir las estrategias más pertinentes que otorguen beneficios a la salud del paciente. A continuación, se describen algunas de las más importantes para mejorar la adherencia terapéutica, resaltando que éstas están subordinadas a las variables personales antes citadas.

3.1.2 Métodos de producción de datos más comunes en psicología de la salud

La evaluación en psicología centrada en la adherencia al tratamiento resulta fundamental en el área de la salud pues proporciona datos que resultan de vital importancia para el desarrollo de una intervención psicológica. Por supuesto, las diferentes estrategias de evaluación proporcionan información importante sobre las áreas en las que se puede trabajar con el paciente y de la calidad de la intervención. Reynoso y Seligson (2005) y Meichenbaum y Turk (1991) proponen algunas estrategias de evaluación:

- *Entrevista:* Es un método válido para obtener información de diversos fenómenos psicológicos, puede ser de tipo estructurada, semiestructurada o no estructurada, el contenido y empleo de algún tipo de entrevista depende del objetivo de la evaluación o simplemente de la preferencia del clínico. La entrevista es un método básico de evaluación, no obstante, pueden emplearse otras estrategias sustitutas o complementarias.
- *Autoobservación o Autorregistro:* Esta estrategia puede ser de gran utilidad cuando la entrevista no es viable, en estos casos se puede optar por entrenar al sujeto a realizar por sí mismo una autoobservación rigurosa de una muestra específica de su repertorio conductual, en la que se solicita al sujeto la ocurrencia de un comportamiento determinado.
- *Autoinformes:* Otra estrategia de evaluación son los autoinformes, que se pueden acompañar de registros de familiares del paciente con respecto al seguimiento de las instrucciones médicas por parte de este último (toma de medicamentos, análisis clínicos, evaluación de presión sanguínea, etcétera), de mediciones bioquímicas, exámenes médicos, entrevistas directas con el paciente para valorar los logros con el tratamiento, y registro de la asistencia del enfermo a sus citas médicas programadas.
- *Observación:* Los pasos a seguir para desarrollar un sistema de observación sistemática implican: a) delimitación precisa de la conducta a observar, b) decisión sobre el muestreo de las situaciones y el tiempo en las que se observará, c) elección de los instrumentos más adecuados de registro y d) disponer de observadores entrenados. En muchos casos, este tipo de observación sistematizada, va precedido

de un período de observación no sistematizada que nos permite un acercamiento inicial a la conducta y a la situación en que se manifiesta.

- *Medidas fisiológicas:* las medidas fisiológicas pueden ofrecer información sobre los eventos biológicos y sus consecuencias. Pueden ser utilizadas para retroalimentar al paciente y así emplear algunas técnicas psicológicas. Los eventos biológicos de mayor interés para el psicólogo pueden ser: tensión muscular, temperatura, presión sanguínea, tasa cardíaca y actividad respiratoria.
- *Indicadores bioquímicos:* Se refieren a rastreadores químicos incorporados en la medicación y que no son identificables por el paciente pero son fácilmente detectables en un examen de orina. La desventaja de este procedimiento es que puede resultar engañoso sino se realiza de manera regular, dado que el paciente puede tomar la medicación antes de que se le realice el examen.
- *Resultados clínicos:* Este método puede ofrecernos una fuente de datos importantes sobre el paciente y su estado de salud, además de ser una forma válida de evaluar la adherencia terapéutica al momento que el médico analiza los resultados clínicos del paciente en busca de cambios favorables en la salud del paciente.
- *Test psicométricos:* Son de gran ayuda para complementar e incluso, contrastar la información de la entrevista. Existen test de medidas generales y de medidas altamente especializadas. Éstos últimos son los comúnmente empleados en la investigación cognitivo-conductual. Los test psicométricos también son una opción eficaz para evaluar la adherencia al tratamiento y se han usado desde hace algún tiempo en el área de la psicología de la salud.

Dentro de toda evaluación psicológica, es indispensable el uso de instrumentos psicométricos válidos y fiables que permitan la medición de variables en el individuo y su ambiente, para que se produzcan datos de relevancia científica. Por eso, en los siguientes apartados se describen algunos instrumentos centrados en la adherencia al tratamiento y en la percepción de la enfermedad.

3.1.2.1 Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas

Soria, Vega y Nava (2009) indican que las enfermedades crónicas requieren de tratamientos que muchas veces son complicados puesto que los pacientes tienen que modificar notoriamente sus hábitos cotidianos: cambios en la dieta, administración de medicamentos, ejercicio físico, etcétera. Explican que un aspecto importante para lograr el control de la enfermedad es la adherencia terapéutica. Estos autores presentaron una escala de adherencia para pacientes crónicos, basada en comportamientos explícitos. Para confiabilizar esta escala, se aplicó a 200 pacientes con diversas enfermedades crónicas. El índice de fiabilidad alpha de Cronbach fue de .91 en general y el análisis factorial mostró 3 factores con 7 ítems cada uno: (1) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, (2) Seguimiento médico conductual, y (3) Autoeficacia. Soria, Vega y Nava (op. cit) afirman que disponer con un instrumento de este tipo con base en comportamientos explícitos ayuda a identificar la participación de los pacientes y los factores que posibilitan u obstaculizan su adherencia terapéutica, incluyendo la participación de los profesionales de la salud.

3.1.2.2 Escala de adhesión al tratamiento de la diabetes tipo II, versión III

Por su parte, Villalobos, Quirós, León y Brenes (2007) probaron la Escala de Adhesión al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II- versión III (EATDM-II), la cual estaba compuesta por los factores, apoyo familiar, organización, y apoyo comunal, ejercicio físico, control médico, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición física. La escala demostró una confiabilidad preponderante ($\alpha = 0.92$). Se obtuvieron correlaciones significativas ($p < 0.05$) entre cada factor y en la relación factores-escala total. Estos autores señalan que la EATDM-III es un instrumento valioso para medir la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo II.

3.1.2.3 Cuestionario de Percepción de la Enfermedad/ *Illness Perception Questionnaire (IPQ)*

- *Antecedentes*

La presente investigación está enfocada en la percepción de la enfermedad dentro de las “variables personales” que influyen en la adherencia terapéutica. Como se mencionó en los apartados anteriores, las cogniciones del paciente asociadas a la enfermedad, al tratamiento y/o al personal de la salud, afectan a la conducta adherente. Para evaluar y medir dichas cogniciones, existen numerosos instrumentos; uno de ellos es el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (*Illness Perception Questionnaire - IPQ*) (Weinman, Keith, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996).

El IPQ es un instrumento creado ante la necesidad de evaluar el afrontamiento de los pacientes a partir de cómo perciben las enfermedades, y tiene sus fundamentos en el modelo de autorregulación de Leventhal. Desde este modelo, se concibe al ser humano como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud, es decir, los individuos son procesadores activos de la información y se esfuerzan en dar sentido a sus experiencias corporales. Estas teorías, que son influenciadas por el contexto social, son individuales e idiosincrásicas y pueden o no coincidir con la realidad médica.

Este modelo propone dos procesos paralelos: uno de ellos hace referencia a la representación mental de los elementos objetivos de la enfermedad, o sea, su *representación cognitiva* y el desarrollo de un plan de acción para manejar la amenaza (afrontamiento). Y el otro, implica la representación mental de los elementos emocionales (*representación emocional*) que surgen de algún padecimiento y la valoración de determinadas estrategias de afrontamiento para manejar la emoción. Estos dos procesos son relativamente independientes aunque están en constante interacción dando lugar a la percepción que hay en torno a una patología y a los sentimientos asociados a ella. Así, a partir de la recepción de información, tanto interna como externa al individuo, se producen estos dos procesos paralelos de representación (cognitiva y emocional) seguidos de una fase de afrontamiento y otra de evaluación de la enfermedad, donde existe una retroalimentación continua que permite autorregular sus elementos (Weinman, Keith, Petrie, Moss-Morris, y Horne, 1996; Quiles, Terol, y Marzo, 2009; Quiceno y Vinaccia, (2010).

En este modelo, la representación cognitiva se elabora en torno a las siguientes dimensiones:

1. Las *causas*: las creencias que tiene el sujeto sobre la razón y el origen de la enfermedad.
2. Las *consecuencias*: hacen referencia al impacto producido por la enfermedad en la calidad de vida del paciente o en su capacidad funcional, es decir, a los resultados y secuelas.
3. La *identidad*: es la etiqueta o nombre que el individuo pone a su enfermedad y el conocimiento que tiene de sus síntomas.
4. La *duración*: es la creencia que tiene el sujeto sobre el curso de la enfermedad y su duración.
5. El *control* (control personal/ del tratamiento): incluye la percepción de control que el paciente tiene sobre su enfermedad (controlable/incontrolable) y de la efectividad del tratamiento.

En síntesis, la representación de la enfermedad actúa como un filtro y un esquema interpretativo que guía la acción en respuesta a la amenaza que implica la enfermedad. De acuerdo con este modelo, la representación tendrá un efecto sobre la conducta de afrontamiento que estará en función de la severidad con que se perciba un padecimiento determinado. El IPQ, entonces, se desarrolló a partir de las bases de este modelo y se constituye de una serie de subescalas que se detallan en seguida.

- ***Características principales del IPQ***

De acuerdo con Weinman, Keith, Petrie, Moss-Morris, y Horne (op.cit.), el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (IPQ) es un instrumento multifactorial que se responde con lápiz y papel y evalúa las cinco representaciones cognitivas de la enfermedad.

Desde sus inicios, este instrumento se conformó de tres secciones principales: la primera (identidad) se compone de un listado de 12 síntomas y los sujetos han de contestar si han experimentado o no cada uno de ellos desde que apareció la enfermedad en un

formato “Si/No”, después los pacientes han de señalar si creen que éstos están relacionados o no con su padecimiento bajo el mismo formato. Posteriormente, se incluye una sección conformada por 50 ítems que van de “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo” (puntuaciones de 1 a 5) referentes a la forma de interpretar o percibir la enfermedad. La calificación de esta escala se obtiene sumando las puntuaciones totales entre el número de ítems. En la última sección de este instrumento, se integran 10 ítems que aluden a las *causas* que el paciente cree que originaron su patología. Sin embargo, no es apropiado sumar todos los reactivos, ya que cada uno representa una creencia causal específica. No obstante, puede resultar conveniente combinarlos de acuerdo a las necesidades de cada investigador. Al final, se agrega una pregunta complementaria en donde el paciente puede escribir las tres principales causas de su afección. En total, este instrumento incorpora alrededor de 72 ítems.

En la versión más general del IPQ se emplea el término "enfermedad" en los reactivos pero también es posible reemplazar esta palabra por un padecimiento en particular, por ejemplo, diabetes, asma, etc. (Weinman, Keith, Petrie, Moss-Morris, y Horne, 1996).

Aún con la característica de adaptación a otras enfermedades y contando con las propiedades psicométricas que sustentan al IPQ, numerosos estudios retroalimentaron y mejoraron su validez de contenido, dando origen al Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado/ *Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)* (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick, 2002), el cual se detallará a continuación.

3.1.2.4 Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado/ *Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)*

- ***Antecedentes***

Desde su creación, el IPQ mostró datos estadísticos que garantizaron su confiabilidad y validez. Sin embargo, aunque fue utilizado ampliamente y resultó adecuado predictor de diferentes aspectos de adaptación y recuperación en los trastornos crónicos,

varias revisiones pusieron de manifiesto la necesidad de llevar a cabo modificaciones para evaluar aspectos que no habían sido considerados en esta versión preliminar, con la intención de mejorar la estructura psicométrica de algunas subescalas y ampliar su ámbito de aplicación. Con esto, se comenzó el desarrollo de la versión revisada (IPQ-R), incorporándola a la evaluación de fenómenos psicológicos en numerosas enfermedades, como son accidentes cerebrovasculares, infarto al miocardio, esclerosis múltiple, dolor crónico, diabetes, artritis reumatoide, sida, trastornos alimentarios, entre otros padecimientos crónicos o agudos. (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick, 2002; Figueiras y Alvez, 2007; Quiles, Terol, Marzo y Beléndez, 2007).

Algunas modificaciones que se hicieron al IPQ-R fueron en la dimensión “control” donde se crearon dos subescalas separadas; una que refiere a la dimensión *control personal* y otra a la dimensión *control del tratamiento* (curación). En lo que compete a la subescala *duración*, la baja consistencia interna que mostraba, señalaba la necesidad no solo de aumentar el número de ítems que la componían, sino también de crear nuevos ítems para evaluar las creencias de si la enfermedad tenía una duración “*cíclica*”, cosa que no se consideró en la versión preliminar (IPQ). También, en el IPQ-R los autores estaban interesados en conocer en qué medida la representación que elabora el paciente de su padecimiento, le proporciona un entendimiento coherente del mismo, es decir, si le permite entenderlo. En este sentido, desarrollan una nueva subescala que denominan “*coherencia*” de la enfermedad (Quiles, Terol, Marzo y Beléndez, 2007).

Además de añadir dicha subescala, varios estudios resaltaron las limitaciones del IPQ, una de ellas es que éste únicamente consideró elementos cognitivos y pasó por alto un elemento imprescindible del modelo de autorregulación de Leventhal; la representación emocional de la enfermedad. Por tal motivo, en el IPQ-R se intenta resarcir esta deficiencia teórica incorporando una subescala con nuevos ítems que evalúan la respuesta emocional del paciente ante su malestar. En seguida, se explican con mayor detenimiento las características principales del Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado.

- ***Características principales del IPQ-R***

Al igual que el IPQ, el IPQ-R se divide en tres secciones: la primera (identidad) se compone de un listado de 12 síntomas y los sujetos han de contestar si han experimentado o no cada uno de ellos desde que padecen una determinada enfermedad en un formato “Si/No”. No obstante, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick (2002) argumentan que desde el punto de vista operativo, esto podía medir la somatización, o la tendencia a informar síntomas, en lugar del concepto de identidad de la enfermedad. Por eso, en el IPQ-R, a un lado de dicha lista, se ubica una escala que se divide en categorías tales como “todo el tiempo”, “frecuentemente”, “ocasionalmente” y “nunca” para evaluar la regularidad de los síntomas. Después los pacientes han de señalar si creen que éstos están relacionados o no con su padecimiento. La calificación de la escala identidad se obtiene mediante la suma de las categorías que van desde "ocasionalmente" a "todo el tiempo". Dependiendo de qué tan frecuente se experimenta cada síntoma, se consideran como parte de la patología del individuo. Las instrucciones para esta escala fueron modificadas.

En la siguiente sección, la identidad, consecuencias, línea de tiempo aguda/crónica, línea de tiempo cíclica, coherencia y las dimensiones emocionales del IPQ-R, están clasificadas en una escala de 5 puntos en formato Likert que van desde “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. En la subescala de representación emocional, se desarrollaron ítems que exploran una serie de respuestas afectivas relacionadas con la percepción de la enfermedad y con la búsqueda de atención médica. Respecto a la subescala “coherencia”, los investigadores generaron ítems para representar una dimensión primordial que refiere a qué tanto los pacientes comprenden sus enfermedades. Con ello el número total de reactivos en esta sección del cuestionario es de 50.

Por último, la dimensión causal se presenta como una sección separada que utiliza la misma escala de tipo Likert. Aquí el número de ítems se amplió de 10 a 18. En total, el IPQ-R se conforma de 82 reactivos, aproximadamente. Es necesario mencionar que todos los reactivos originales del IPQ, se incluyeron en la versión revisada y que la mayoría de los nuevos ítems se generaron a partir de la retroalimentación de los estudios que se utilizaron en la versión preliminar.

3.1.2.5 Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Breve /*The Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B)*

- ***Antecedentes***

Como resultado de las investigaciones realizadas con el IPQ-R en diferentes padecimientos crónicos y agudos, Broadbent, Petrie, Main y Weinman (2006) explican que:

El IPQ-R cuenta con más de 80 ítems y en algunos casos un cuestionario largo puede resultar excesivo en determinadas circunstancias. Este es el caso cuando los pacientes se encuentran en un estado de salud delicado o cuando hay poco tiempo disponible para la evaluación. Ante estas características, fue creada la versión breve del IPQ la cual es adecuada para los pacientes graves o ancianos, ya que es menos complicado y mucho más rápido para completar. También puede ser viable para aquellos que están limitados en su capacidad de lectura y escritura. Esta versión ofrece la posibilidad de que se evalué la percepción de la enfermedad en grupos mayores de pacientes en menor tiempo (p.632).

Para desarrollar el IPQ-B, Broadbent, Petrie, Main y Weinman (op.cit.), realizaron un trabajo que tuvo como objetivo construir un cuestionario de medida corta y simple con un formato alternativo a sus versiones precedentes, para evaluar la percepción de la enfermedad. Este instrumento breve utiliza ítems sencillos de estimación sobre una escala que va de 0 a 10.

- ***Características del IPQ-B***

El IPQ-B tiene ocho ítems aparte de la escala de causalidad usados previamente en el IPQ-R. Todos los ítems, excepto la pregunta de causalidad, se clasifican utilizando una escala de respuesta de 0 a 10. Cinco de los ítems cognitivos evalúan representaciones de la enfermedad: consecuencias (ítem 1), línea de tiempo (ítem 2), el control personal (ítem 3), el control de tratamiento (ítem 4), y la identidad (ítem 5). Dos de los ítems evalúan las representaciones emocionales: preocupación (ítem 6) y emociones (ítem 8). Un ítem evalúa la comprensión de la enfermedad (ítem 7). La evaluación de la representación de causalidad es un ítem de respuesta abierta adaptado del IPQ-R, que pide a los pacientes una lista de los tres factores causales más importantes de su enfermedad (ítem 9). El IPQ-B, por lo tanto, tiene nueve ítems que resumen los contenidos de cada sub-escala del IPQ-R.

Las respuestas al ítem de causalidad se pueden agrupar en categorías tales como el estrés, estilo de vida, herencia, etc. Eventualmente al calificar el instrumento, puede ser posible calcular una puntuación global que representa el grado en que se percibe la enfermedad como amenazante o benigna. La consistencia interna de esta calificación dependerá de la enfermedad estudiada. Para calcular la puntuación, se deben revertir las puntuaciones de los ítems 3, 4, y 7 y sumarlas a los ítems 1, 2, 5, 6 y 8. Una calificación más alta refleja una visión potencialmente más dañina de la enfermedad.

Al igual que el IPQ e IPQ-R, el IPQ-B utiliza la palabra “enfermedad”, pero es posible reemplazarla por el nombre de un determinado padecimiento como la diabetes o el asma, por ejemplo. Del mismo modo, en el ítem de control se utiliza la palabra “tratamiento”, pero esta puede ser sustituida por un procedimiento en particular, como “cirugía” o “inhalador”, si los investigadores están interesados en un tratamiento en particular.

El IPQ-B muestra una buena fiabilidad test-retest (entre 3 y 6 semanas en muestras renales). La escala también demuestra una buena validez predictiva en pacientes que se recuperan de un infarto al miocardio. La validez discriminante de este instrumento fue apoyada por su capacidad para distinguir entre diferentes enfermedades.

Una vez que se resaltó la importancia del uso de test psicométricos para diseñar y evaluar una intervención psicológica centrada en la adherencia al tratamiento, es importante destacar algunas estrategias para mejorarla.

3.1.3 Estrategias para mejorar la adherencia en pacientes crónico-degenerativos

La adherencia al tratamiento médico de una enfermedad crónica es también un objetivo importante desde la perspectiva de la psicología de la salud. Afortunadamente, existen intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la adherencia, incluso a regímenes terapéuticos altamente complejos y dependientes del paciente, como es el caso de la diabetes e hipertensión, por ejemplo.

Entre las estrategias conductuales exitosas para mejorar la adherencia al tratamiento se destacan: a) instrucciones específicas en donde se defina de forma clara (no ambigua) qué es lo que se debe hacer, b) entrenamiento en habilidades para desarrollar conductas relacionadas con el tratamiento, c) señalamiento de conductas específicas (claves) con un estímulo sobresaliente, d) adecuar el régimen a las necesidades del paciente, e) aproximaciones sucesivas, f) automonitoreo de conductas relevantes para el tratamiento, g) claves y refuerzo de conductas relevantes para el tratamiento y g) claves y refuerzo de conductas nuevas y deseables (Oblitas, 2004).

Bonafont y Costa (2004) proponen que algunas de las estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento sea mejorar la educación sanitaria e informar de manera breve y clara las indicaciones médicas sin culpar al paciente por la conducta no adherente, y establecer programas de intervención individualizados en función de los factores implicados en la falta de adherencia. Los autores consideran importante, además, fortalecer la relación entre el profesional sanitario y el paciente.

De hecho la OMS (2004) plantea que es primordial la aprobación del paciente respecto a su tratamiento y a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, apoya que los pacientes deben asociarse activamente con los profesionales de la salud en su propia atención, y considera necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

Como se puede apreciar, el desarrollo o mantenimiento de conductas adherentes está en función de las creencias relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, la autoeficacia percibida, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, las emociones negativas, además los factores externo al paciente como puede ser el modelo cultural y el apoyo social recibido y percibido. Entonces, gran parte del éxito terapéutico depende de los factores perceptuales en la adherencia al tratamiento médico. Ahora se analizará cómo puede ser la interacción entre la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas.

3.2 Percepción de la enfermedad y adherencia terapéutica en los padecimientos crónico-degenerativos

El concepto de enfermedad proviene del modelo biomédico y alude al deficiente funcionamiento de los procesos fisiológicos y biológicos y a deformaciones anatómicas objetivas. Los médicos buscan una explicación orgánica de la enfermedad basados en este modelo. Este enfoque es limitado dado que excluye condiciones psicológicas en las cuales los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la búsqueda de atención médica sin que existan problemas orgánicos evidentes. Este es el caso de los pacientes somatizadores³ quienes se perciben enfermos, a veces sin tener un problema físico u orgánico. Esto significa que la enfermedad evaluada biomédicamente es sólo un aspecto de malestar del cuerpo. Entonces, es la experiencia de percibirse enfermo la que lleva a la persona a la búsqueda de un médico y adherirse al tratamiento indicado (Di Silvestre, 1998).

Si se parte del paradigma biopsicosocial, es imprescindible tomar en cuenta la interpretación y el significado y la percepción que el individuo atribuye a sus síntomas o malestares, los cuales son influidos por diferentes variables tales como las experiencias previas personales con el síntoma, experiencias con familiares o amigos enfermos, modelos aprendidos, creencias y normas sociales. Todos estos factores no sólo influyen en la percepción del individuo, sino al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas y a los tratamientos.

En relación a esto, Huicochea, (2002) señala que el proceso de la percepción de la enfermedad es un proceso que constantemente se construye y se reconstruye en función de las experiencias que se van adquiriendo frente a la enfermedad, de los conocimientos

³ Bass (1990 cit. en Di Silvestre 1998), afirma que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. Señalan que es un fenómeno complejo que incluye un patrón de búsqueda de ayuda médica caracterizado por la auto-percepción, la definición de ideas y creencias sostenidas por los individuos de lo que está ocurriendo en sus cuerpos dependiendo de los antecedentes de aprendizaje, conductas recurrentes de afrontamiento, expectativas y percepciones que promueven la iniciación y desarrollo de este interesante fenómeno.

nuevos, del cambio de las expectativas, o de cualquier otro factor que influya en la manera en que se percibe la patología que afecta al individuo en un momento dado.

La autora explica que el paciente percibe el mundo y su enfermedad dentro de un contexto personal y familiar, esto lo lleva a buscar o no atención (lo cual sería el comportamiento activo que es el resultado del proceso de percepción de un determinado padecimiento) y a comprender desde su propio entorno el problema de salud que enfrenta. A este respecto, la relación médico-paciente es uno de los aspectos ambientales de mayor importancia en el proceso de percepción de la enfermedad.

De acuerdo con Huicochea (op. cit), uno de los mecanismos propuestos para que el paciente y el médico vivan el proceso clínico de manera que se disminuyan conflictos y se trabaje en la solución o mejoría de la enfermedad, es la comunicación. Desde luego, para lograr una mejoría en la comunicación es necesario comprender las percepciones, actitudes y prácticas de los enfermos sobre su problema de salud ya que puede proporcionar explicaciones acerca de cómo conceptualizan, viven y perciben la enfermedad los actores de los procesos de salud y enfermedad.

La relación entre los aspectos psicológicos y perceptuales con temas nosológicos se ha venido estudiando durante siglos, prestando una particular atención al cómo se manifiestan los fenómenos patológicos en el individuo, y su análisis ha comprendido explicaciones místicas hasta las puramente científicas. De hecho, a partir de los tiempos de Galeno e Hipócrates se sabe que diferentes enfermedades producen algunos efectos en el individuo, pero actualmente se sabe que éste puede provocar ciertos efectos sobre un estado patológico determinado. Desde entonces, salud y enfermedad siempre han sido entidades antagónicas. La presencia de una supone la ausencia de la otra. Es decir, no se puede estar sano estando enfermo como tampoco se puede estar enfermo estando sano. Sin embargo, se puede estar enfermo sin sentirlo y sentirse enfermo sin estarlo. A esto es lo que Helman (1984 cit. en Di Silvestre, 1998) denominó “enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente” (*disease without illness*).

Otro concepto trascendental al respecto, es el de “*conducta anormal de la enfermedad*” el cual sería la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de que el médico haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado del tratamiento que debe ser seguido, con oportunidades para la discusión, negociación y clarificación con el paciente, basándose para ello en la evaluación de los parámetros del funcionamiento del sujeto (biológico, psicológico y social) y teniendo en cuenta la edad y bagaje educativo y sociocultural del individuo (Galán, Blanco y Pérez, 2000).

En el caso de la hipertensión, por ejemplo, el estudio de la percepción de la enfermedad puede resultar complejo pues no hay evidencia médica que compruebe la existencia de síntomas asociados a ella, por lo tanto está sujeta a múltiples procesos perceptuales determinantes en la salud del paciente que trascienden en el logro de resultados terapéuticos. Es decir, si el hipertenso tiene información suficiente y verídica sobre el origen, efectos, consecuencias y permanencia de su padecimiento, será muy probable que la efectividad del tratamiento mejore considerablemente. Por el contrario, si hay un conocimiento erróneo o parcial de la enfermedad, será factible que se generen percepciones y comportamientos desfavorables para su tratamiento y su salud. Entonces, la eficacia del tratamiento depende en gran medida de la información percibida antes, durante y después de un malestar determinado.

Al respecto, Granados y Roales-Nieto (2005) explican que la información que los médicos proporcionan a los pacientes puede verse afectada por las creencias que mantienen acerca de su padecimiento. Agregan que los pacientes que desarrollan “creencias erróneas” acerca de síntomas asociados a su tensión arterial, por ejemplo, resultan muy difíciles de influir mediante la facilitación de información correcta acerca de estos fenómenos. Granados y Roales-Nieto (2007), sugieren que las creencias de los pacientes deben ser tomadas en consideración en el momento del diagnóstico y durante el tratamiento.

Con esto se confirma que existe una poderosa influencia entre las creencias o percepciones sobre la enfermedad, como variable personal, y la adherencia terapéutica como conductas de cambio, pues la percepción que se tenga sobre una patología o tratamiento determinado afectará, positiva o negativamente, la forma en que un paciente desarrolle inmunógenos conductuales y se adhiera a la prescripción médica. De igual forma, durante el tratamiento, probablemente, se pueden crear cogniciones relacionadas con expectativas y autoeficacia que ayudan o perjudican a la adherencia terapéutica.

En otras palabras, la conducta (adherencia terapéutica) está en función de las cogniciones (percepción de la enfermedad, autoeficacia, etc.) y éstas a su vez, están en función de las conductas (adherencia terapéutica) que incidirán en las emociones del paciente (frustración, culpa, miedo, etc.). Por lo tanto, la discrepancia entre las percepciones subjetivas de la enfermedad y su diagnóstico, puede causar una falta de compromiso, el abandono del tratamiento o visitas recurrentes al médico toda vez que el paciente no esté satisfecho con la terapia aun cuando éste ha querido darle confianza. Por lo tanto, “estar” y “sentirse” bien, depende de muchos factores que van más allá de tener o no una enfermedad orgánica específica.

La adherencia al tratamiento depende en gran medida de la aceptación de la información acerca de la terapia en sí, pero el profesional también debe ser capaz de persuadir al paciente de la conveniencia de la misma, es decir, tiene que generar actitudes favorables hacia las acciones recomendadas. La adherencia puede ser mejor cuando el tratamiento es explicado con claridad por el profesional de la salud. El tiempo y la organización del mensaje tiene efectos considerables en la recepción, la comprensión y la retención del mismo, por lo que la información no sólo debe ser específica, sino que también tiene que estar bien organizada y emitida de forma que permita al paciente atender a él y procesarla completamente. Así, la satisfacción del paciente con el profesional responsable de su terapia, se puede relacionar con la adherencia terapéutica, al igual que la opinión del paciente sobre la empatía, interés y preocupación del terapeuta. De ahí la importancia de mejorar la relación médico-paciente.

El proporcionar información organizada y comprensible, puede ayudar a que la persona sea más consciente de la seriedad y gravedad de los comportamientos de riesgo que adopta, lo que puede tener un impacto positivo en la adherencia, pero la información en sí misma es insuficiente para lograr desarrollarla o mantenerla, pues ésta depende de otros factores que tienen que ver con factores cognitivos y emocionales del paciente.

Por otra parte, desde el modelo de autorregulación, se considera al individuo como un sujeto activo que resuelve sus propios problemas, y cuyos comportamientos están dirigidos a intentar acortar la distancia percibida entre su estado de salud actual y una meta o estado ideal. Un comportamiento, como el de la adherencia terapéutica, depende también de las representaciones cognitivas del individuo, de su estado actual y de la meta perseguida, así como de las técnicas y reglas que el sujeto debe seguir para conseguir el progreso.

Asimismo, desde el modelo de creencias sobre la salud (MCS), se puede analizar la adherencia a los regímenes terapéuticos. Este modelo identifica cuatro dimensiones básicas como bases del comportamiento: (1) Probabilidad percibida de la amenaza, o percepción subjetiva de vulnerabilidad a una condición de salud particular, (2) Severidad percibida, que incluye una evaluación de las consecuencias sociales y de salud, (3) Beneficios percibidos o eficacia de un comportamiento particular de salud y (4) Barreras percibidas o impedimentos para conseguir dicho comportamiento. El producto de las dos primeras dimensiones genera la percepción de riesgo del individuo y le motiva para la acción, mientras que las dos últimas reflejan el análisis que el sujeto hace de los costes y los beneficios de sus comportamientos y determina una acción particular.

En el caso concreto de la adherencia al tratamiento, el MCS asume que las cuatro creencias principales que contribuyen a la adherencia son: la susceptibilidad o vulnerabilidad percibida (creencia de una posible recaída...), la severidad percibida de la enfermedad, los beneficios percibidos de la adherencia (como por ejemplo la eliminación de síntomas), y las barreras percibidas de la adherencia (estigma de medicarse, posibles efectos secundarios, etc.). En este modelo se propone que la adherencia puede desarrollarse

o mantenerse si la amenaza percibida de la enfermedad (susceptibilidad y severidad) es alta y los beneficios percibidos del tratamiento son mayores que las barreras percibidas.

Estas creencias están influidas y pueden ser modificadas por factores demográficos, sociales (opiniones de amigos y familiares, apoyo social, etc.) y psicológicos (sobre todo variables de personalidad), así como por estímulos internos, tales como el reconocimiento de los síntomas. Todos estos factores determinan las pautas de acción que el sujeto va a considerar adecuadas en una situación determinada.

El MCS destaca por su claridad en la exposición del proceso de la adherencia al tratamiento, ya que explica de manera exhaustiva dicho proceso atendiendo a una gran cantidad de variables. También destaca la importancia concedida a factores de tipo psicológico o estímulos internos del paciente en la adherencia terapéutica, sin olvidar la influencia que ejercen factores sociodemográficos y sociales.

CONCLUSIONES

(1) Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica

Sin duda, los avances científicos y tecnológicos biomédicos han cambiado el abordaje clínico de las enfermedades crónicas conforme al paso del tiempo, pues en la actualidad se cuenta con medicamentos de una sola dosis que supuestamente, resultan más cómodos para los pacientes y que son efectivos en lo referente a la farmacocinética del medicamento, situación que puede hacer pensar que estos problemas de salud, junto con el de la adherencia al tratamiento, están resueltos. De ser así, el panorama resultaría prometedor, pero en realidad, las cifras epidemiológicas de estas patologías son cada vez mayores en lo relativo a la incidencia, prevalencia y mortalidad, especialmente en países industrializados que requieren urgentemente un tratamiento biopsicosocial, humano y de calidad, reafirmando que un modelo biomédico es y será, insuficiente para el manejo de cualquier padecimiento crónico-degenerativo.

Las enfermedades crónicas siguen siendo un verdadero reto para la salud pública, para la medicina y la psicología de la salud, ya que estos padecimientos producen un impacto socioeconómico de magnitudes incalculables, que sólo podría ser reducido si hubiese un progreso genuino en el diagnóstico y tratamiento, así como en la prevención y control óptimo de estas patologías dentro de la población. De ahí que la psicología de la salud brinde grandes posibilidades de acción en los diferentes niveles de prevención. Sin embargo, antes de la intervención es sumamente indispensable apoyarse de una entrevista y la aplicación de algunos instrumentos psicométricos para llevar a cabo una evaluación escrupulosa de las variables incidentales en un problema de salud determinado.

Las enfermedades crónicas son responsabilidad de los profesionales de la salud y del enfermo, pues se requiere que éste tenga una participación activa que permita el aprendizaje de conductas de afrontamiento de las diferentes enfermedades crónicas o agudas, entre las que se encuentra la adherencia al tratamiento.

El problema de la adherencia radica en su operacionalización y medición; como un concepto cognitivo-conductual, la adherencia implica actitudes y fenómenos que pueden no ser directamente observables. Los métodos directos para evaluarla, tales como los exámenes de sangre y de orina son cuestionados, ya que miden resultados clínicos más que el proceso de la adherencia en sí misma. De este modo, los métodos indirectos, como las entrevistas, son generalmente utilizados, debido a que poseen la ventaja de presentar la propia evaluación del paciente respecto de su adherencia. Desafortunadamente, la observación de la conducta del paciente no es usualmente relevante en los contextos clínicos habituales, debido a que es un proceso muy complicado e incluso resulta imposible seguir al paciente durante todo el día. La evaluación realizada por enfermeras y médicos ha sido usualmente realizada sobre la base de los resultados obtenidos a través de exámenes de sangre u orina o de entrevistas. Sin embargo, la evaluación de la adherencia puede ser poco confiable debido a que no considera la conducta del paciente.

Ante esta problemática relacionada con el concepto, operacionalización, medición y análisis de la adherencia al tratamiento, sería interesante generar mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos para evaluar la adherencia terapéutica, y por el momento complementar ambos métodos.

Sobran argumentos para efectuar investigaciones e intervenciones que contribuyan a la adherencia terapéutica y se justifican por sí mismos. Sin embargo, parece necesario reflexionar que por tratarse de un fenómeno multidimensional, las intervenciones deben dirigirse a todos los estratos involucrados, como son pacientes, prestadores de salud y sistemas de salud.

(2) Modelos teóricos en psicología de la salud

En la presente tesina se explicaron los fundamentos y los principales modelos teóricos subyacentes de la psicología de la salud, se describieron los aspectos clínicos de la obesidad, diabetes e hipertensión, se analizó la relación entre la adherencia al tratamiento y la variable cognitiva percepción de la enfermedad, se resaltó la importancia de los métodos psicométricos en la evaluación de variables psicológicas implicadas en las conductas de salud y enfermedad, y se promovió una filosofía biopsicosocial para observar y abordar las enfermedades crónicas de mayor incidencia en México.

Como resultado de este proceso de revisión teórica, se puede afirmar que todos y cada uno de los modelos presentan ventajas y desventajas, y la aceptación de una u otra orientación teórica puede estar en función de lo que cada investigador considere más relevante. De hecho, se considera que ninguno de los modelos por sí solo es capaz de dar cuenta de un proceso tan complejo como es la adherencia terapéutica. Sin embargo, se considera que el modelo de autorregulación y el de creencias sobre la salud pueden ser las aproximaciones teóricas más acertadas, ya que toman en cuenta un gran número de variables, tanto internas como externas, sin descuidar la explicación de la influencia que cada una de ellas ejerce sobre la adherencia terapéutica.

Aun así, se sugiere que se considere la historicidad de las conductas y cogniciones relacionadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que en los modelos revisados, la evaluación de estas dos variables principales es puramente contextual, ubicada en el aquí y ahora. En otras palabras, si se parte de la premisa cognitivo-conductual de que la salud está mediada por lo que el individuo hace o deja de hacer (y también por lo que piensa o ha reestructurado), el análisis de la producción de inmunógenos conductuales estaría también en función de lo que el individuo hace o ha dejado de hacer en retrospectiva. También es pertinente que se analicen las relaciones funcionales de las variables biopsicosociales implicadas en todo proceso de salud y enfermedad en una amplia temporalidad.

Es preciso considerar que los constructos de salud y enfermedad son estados de naturaleza mutuamente excluyentes, sin embargo, esto no significa que el análisis de la percepción de la enfermedad deba centrarse en aspectos mórbidos, también se considera imprescindible estudiar a detalle la percepción de los diferentes tratamientos médicos pues es claro que la percepción que se tenga de ellos afectará positiva o negativamente a la adherencia terapéutica. Un ejemplo de esto es que hasta ahora, no se conoce con exactitud las relaciones entre la comprensión de la enfermedad, la comprensión del tratamiento, la percepción de síntomas y las creencias que se tienen respecto a la efectividad del régimen médico. Es decir, un paciente puede creer que aun tomando el antihipertensivo de manera incorrecta, éste es muy efectivo porque no presenta síntomas de enfermedad, o bien, un hipertenso que piensa que el medicamento es poco efectivo porque a pesar de tomarlo adecuadamente, presenta agotamiento, bradicardia, disnea y síncope y al final, ignora si éstos síntomas son por hipertensión o por los efectos secundarios de su antihipertensivo. Ante esta disyuntiva, es posible crear modelos teóricos que den cuenta de estos fenómenos cognitivos.

Desde luego, se tiene presente que los constructos de “salud” y “enfermedad” comprenden amplias dimensiones, lo que hace que la evaluación de la percepción de la enfermedad sea un verdadero desafío en psicología de la salud debido a la complejidad de todas y cada una de las variables cognitivas, comportamentales, emocionales y sociales implicadas en cualquier padecimiento crónico o agudo. Por eso, este trabajo pretende ser la base de futuras líneas de investigación orientadas a la generación de nuevos modelos teóricos y a la producción de instrumentos psicométricos que evalúen los constructos incluidos en la teoría, y también las áreas en las que hay que ocuparse en el ejercicio clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso, L. M. y Grau, J.A (2004). *La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*. Psicología y salud, Vol. 14, No. 001, pp. 89-99.
2. Amigo, I., Fernández, C., y Pérez. M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
3. Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I.C. (2007). *Psicología de la salud Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Colombia: Manual Moderno.
4. Arrivillaga, M., Varela, M.T., Cáceres de Rodríguez, Correa, D. y Holguín, L.E. (2007). *Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de los niveles de presión arterial*. Pensamiento Psicológico. Vol.3, No. 9, pp. 33-49.
5. Barquín, M. (1975). *Historia de la medicina*. México: Francisco Méndez Oteo.
6. Bernard, L.C. y Krupat, E. (1994). *Health psychology. Biopsychosocial factors in health psychology and illness*. Forth Worth: Harcourt Brace College Publishers.
7. Bonafont, X. y Costa, J. (2004). *Adherencia al tratamiento farmacológico*. Butlletí d' informació terapéutica. Vol. 16, No. 3, pp. 9-14.
8. Borda, M. Pérez, S., y Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. España; Universidad de Sevilla.
9. Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Introducción a la psicología de la salud*. México; Thompson.
10. Broadbent, E., Petrie, K.J., Main J y Weinman, J. (2006). *The brief Illness Perception Questionnaire*. Journal of psychosomatic research. Vol. 60, pp 631-637.
11. Carpi-Ballester, A., Zurriaga-Llorens, R., González-Navarro, P., Marzo-Campos, J.C., y Buunk, A. (2007). *Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol.7, No.1, pp.59-70.
12. Chávez Rivera, I. (1993). *Tratado de Cardiología*. México; Mc Graw Hill
13. Crespo, M y Labrador, F. J. (2001). *Evaluación y tratamiento del estrés*. Revista psicología y salud: control del estrés y conductas de riesgo, 57-104.

14. Del Pino, A. (1996). *Evaluación del patrón de conducta tipo A*. Cap. 23. PP. 658-659. En Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J.C. *Manual de evaluación psicológica en psicología clínica y de la salud*. Madrid: siglo XXI editores.
15. Di Silvestre, C. (1998). *Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad*. Revista Cinta de Moebio. No. 4.
16. Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. España. Pirámide.
17. Figueiras, M, J. y Alvez, N.C. (2007). *Lay perceptions of serious illness: An adapted version of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) for healthy people*. Psychology and health. Vol. 22. No. 2. pp. 143-158.
18. Foz Sala, M. (1998). *Obesidad*. Madrid; Harcourt Brace.
19. Galán, A. Blanco, A. y Pérez, M. (2000). *Análisis del concepto de enfermedad. Un acercamiento a los conceptos psicosociales del enfermar*. Anales de la psicología. Vol.16, No. 2, pp-157-166.
20. Granados, G. y Roales-Nieto, J.G. (2005). *Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión*. International journal of psychology and psychological therapy. Vol. 5. No. 2. pp.165-206.
21. Granados, G. y Roales-Nieto, J.G. (2007). *Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento*. International journal of psychology and psychological therapy. Vol. 7. No. 3. pp.393-403.
22. Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M. Cáseres, D., y Varela, M. (2006). *Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial*. Universitas Psychologica. Vol. 5. No. 3. Pp. 535-547.
23. Huicochea, L. (2002). *Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz*. Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras.Universidad Nacional Autónoma de México: México.
24. Labrador, F y Crespo, M. (1993). *Estrés: trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
25. Lazarus, R y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona; Martínez Roca.

26. Martín-Abreu, L. (1975). *Fundamentos del diagnóstico*. México: Editorial Francisco Méndez Cervantes.
27. Matarazzo, J. D. (1980). *Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers a new Health Psychology*. American Psychologist, Vol. 35 pp. 807-817.
28. Meinchembaum, D y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
29. Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. y Escalona, M. (1994). Emociones e hipertensión. *Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos*. Anales de la psicología. Vol. 10. No. 2. Pp. 199-216.
30. Millon T., Green, C. y Meagine, R. (1982). *On the nature of a clinical health psychology; in Millon, T & cols. Handbook of health psychology*. New York: Pleum Press.
31. Molerio, O. y García, G. (2004). *Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial*. Revista de psicología. Vol. 13. No. 2. Pp. 101-109.
32. Moreno, E. y Roales-Nieto, J.G. (2003). *El modelo de creencias de la salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: un análisis funcional de las creencias en salud*. Revista internacional de psicología y terapia psicológica. Vol. 3. No. 1. Pp. 91-109.
33. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J, Horne, R., Cameron, L.D., y Buick, D. (2002). *The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)*. Psychology and health, Vol. 17, No 1, pp. 1-16.
34. Oblitas, L, A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México. Thompson.
35. Oblitas, L.A. (2006). *Psicología de la salud*. España: Plaza y Valdez.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Organización panamericana de la salud
37. Pormealeu, O.F y Brady, J.P. (1979). *Behavioral Medicine: Theory and practice*. Baltimore: Wiliams and Wilkins, Co.
38. Prokop, CH. K. y Bradley, L.A. (1981). *Medical Psychology: Contributions to behavioral medicine*. U.S.A: Academic Press.

39. Quiceno, J. M; Vinaccia, S. (2010). *Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire*. Psicología desde el Caribe, núm. 25. pp 56-83.
40. Quiles, Y. Terol, M.C y Marzo, J.C. (2009). “*Representación de la enfermedad y afrontamiento y ajuste en los trastornos alimentarios*”. Clínica y salud. Vol. 20, No. 2, pp-1-17.
41. Quiles, Y., Terol, M.C, Marzo, S. y Beléndez, M. (2007). *Estructura factorial de la versión española del “cuestionario de percepción de enfermedad revisado” (IPQ-R en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. No. 82, pp- 9-22.
42. Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología de la salud. Un enfoque conductual*. México; Manual Moderno.
43. Rivas, R.M. y Fernández, P. (1996). *El proceso de evaluación en la educación para la salud*. Cap. 34. PP. 917-921. En Buena-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J.C. *Manual de evaluación psicológica en psicología clínica y de la salud*. Madrid: siglo XXI editores.
44. Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R., y Sánchez-Sosa, J.J. (2005). *El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual*. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 37. No. 3. Pp. 493-507.
45. Rosas, M., Pastelín, G., Vargas-Alarcón, G., Martínez-Reding, J., Lomelí, C., Mendoza-González, C., Lorenzo, A., Méndez, A. Franco, M., Sánchez-Lozada, L.G., Verdejo, J. Sánchez, N., Ruiz, R., Pérez-Santander, S.M. y Attie, F. (2008). *Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México*. Medigraphic Artemisa en línea. Archivos de cardiología de México. Pp. 5-55.
46. Salazar, I.C y Ventura, M. (2007). *Evaluación y tratamiento psicológico de la diabetes mellitus*. Cap. 3. Pp 53-80. En Psicología de la salud Abordaje integral de la enfermedad crónica. Colombia: Manual Moderno.
47. Salvador Rodríguez, J. (2002) *La diabetes*. México; Alfaomega.
48. San Martín, H. (1975). *Salud y enfermedad. Ecología Humana. Medicina preventiva y social*. México; La Prensa Médica Mexicana.

49. Soria, R., Vega, C. Z., Nava, C. (2009). *Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos*. *Altern. psicol.* [online]. 2009, vol.14, n.20, pp. 89-103.
50. Tron, R y Reynoso, L. (2000). *Evaluación del patrón de conducta tipo A en niños*. *Psicología Conductual*, 8 (1), 85,95.
51. Vallejo, M.A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Vol. 2. Madrid: Dykinson.
52. Varela, A. (2010). *El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial*. *Pensamiento Psicológico*. Vol.3, No. 9, pp. 127-139.
53. Villalobos, A., Quirós, D., León, G., Brenes, J. (2007) *Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de costa rica: un estudio psicométrico*. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*. Vol. 3. No. 1. pp. 25-36.
54. Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Gómez, A. y Montoya, L.M. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve*. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*. Vol. 3. No.2. pp. 203-211.
55. Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., y Horne, R. (1996). *The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness*. *Psychology and health*, Vol. 11, pp 43-55.