



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

**ESTRÉS, AFRONTAMIENTO, EMOCIONES Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES DIABÉTICOS**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
PEDRAZA BANDERAS GUADALUPE LIZBETH

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM.

COMITÉ:
DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM.

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

DR. CARLOS NAVA QUIROZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM.

DRA. SARA E. CRUZ MORALES
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, UNAM.

ESTADO DE MÉXICO. SEPTIEMBRE. 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Desde que me informaron que era candidata a formar parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, he recibido el mejor de los tratos por parte del personal académico y administrativo, por ello es mi deseo dedicarles unas líneas en la presente tesis.

En primer lugar dejo plasmada mi admiración ante el profesionalismo, dirección y compromiso mostrado por la Dra. Cynthia Zaira Vega Valero durante todo el proceso de formación en este nivel académico, pues ella fue una pieza clave para poder concretar este logro, además de mostrarnos a varios, mediante su ejemplo, lo que es realmente la responsabilidad ante un cargo.

En segundo lugar, reconozco y agradezco a los Doctores: Rosalva Cabrera Castañón, Sara E. Cruz Morales, Carlos Nava Quiroz y Samuel Jurado Cárdenas, todas y cada una de sus aportaciones realizadas a los diferentes productos escritos que tuvieron lugar durante este proceso de formación, pues con ello logramos construir, lo que aquí se presenta. Me representa una enorme satisfacción haber tenido la oportunidad de ser su alumna, conocer su calidad académica y ser testigo de su objetividad ante su labor.

En tercer lugar, merece mencionarse que en todos los procesos administrativos, siempre conté con el apoyo del Mtro. Oscar Iván Negrete, la Secretaria de Posgrado, Alejandra Orozco y la Secretaria Magdalena, aunado al apoyo económico recibido por parte del CONACyT otorgado mediante una beca.

Finalmente y no menos importante, agradezco a mi familia su apoyo constante. En momentos, la cantidad de trabajo y algunos obstáculos me hacían considerar la idea de desistir, pero, mi madre me presionaba a continuar con su frase “si ya empezaste, ahora terminas”, mientras que las expectativas de mi abuela “Tatis” me motivaban a cumplir.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Modelo Transaccional Revisado: contribuciones al campo de la Salud.	
1.1. Escala de modos de afrontamiento.....	6
1.2. Modelo Transaccional.	7
1.3. Modelo Transaccional Revisado.	9
1.4. Investigaciones basadas en el Modelo Transaccional Revisado.....	11
1.5. Postulados del Modelo Transaccional Revisado en relación a la salud.....	13
1.6. Contribuciones de las emociones en el ámbito de la salud.....	18
Capítulo 2. Adherencia Terapéutica en el ámbito Psicológico.	
2.1. ¿Qué es la adherencia terapéutica?	21
2.2. Dimensiones de la adherencia terapéutica.	22
2.3. Líneas de investigación sobre la adherencia en el ámbito psicológico.....	23
2.4. Temáticas actuales.....	45
Capítulo 3. Diabetes Mellitus.	
3.1. Clasificación y Definición.....	48
3.2. Tipologías.....	49
3.3. Factores de riesgo.....	51
3.4. Signos y síntomas.	52
3.5. Complicaciones.....	52
3.6. Prevalencia.....	53
3.7. Investigaciones sobre Diabetes Mellitus en el ámbito psicológico.....	54
Proyecto de Investigación.	
Planteamiento del problema.....	59
Justificación.....	60
Pregunta de investigación e Hipótesis.....	61
Fase 1	
Estudio 1. Construcción y validación de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica.....	63

|

Fase 2.

Estudio 2. Caracterización psicosocial de pacientes diabéticos mexicanos en los distintos niveles de atención médica.....78

Fase 3.

Estudio 3. Relación del estrés-afrontamiento-emociones con la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención médica.....96

Estudio 4. Predictores de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención médica.....103

Discusión general.....109

Conclusiones.....115

Limitaciones y sugerencias.....115

Referencias.....118

Anexos.

Anexo 1. Escala de Adherencia Terapéutica.....153

Anexo 2. Variables sociodemográficas y clínicas.....154

Anexo 3. Cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería (adaptación).....155

Anexo 4. Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica.....156

Anexo 5. Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento.....157

Listado de Tablas y Figuras

Tabla 1. Reactivos con problemas de correlación.....	72
Tabla 2. Análisis Factorial Exploratorio.....	74
Tabla 3. Porcentajes de frecuencia de las variables sociodemográficas acorde al nivel de atención médica.....	88
Tabla 4. Porcentajes de frecuencia de variables relacionadas con el padecimiento de DM acorde al nivel de atención médica.....	89
Tabla 5. Comparaciones múltiples de las variables relacionadas con la DM. Test de Bonferroni.....	91
Tabla 6. Porcentajes de frecuencia de las variables psicológicas acorde al nivel de atención médica.....	92
Tabla 7. Comparaciones múltiples de las variables psicológicas. Test de Bonferroni.....	93
Tabla 8. Porcentajes de la intensidad de estrés y estilos de afrontamiento acorde al nivel de atención médica.....	98
Tabla 9. Porcentajes de emociones experimentadas en alta intensidad acorde al nivel de atención médica.....	99
Tabla 10. Correlaciones en el nivel primario de atención médica.....	100
Tabla 11. Correlaciones en el nivel secundario de atención médica.....	100
Tabla 12. Correlaciones en el nivel terciario de atención médica.....	101
Tabla 13. Predictores de la adherencia terapéutica total en los distintos niveles de atención médica.....	106
Tabla 14. Predictores del Factor 1: “Atención médica” en los distintos niveles de atención médica.....	107
Tabla 15. Predictores del Factor 2: “Cambios en el estilo de vida” en los distintos niveles de atención médica.	107
Tabla 16. Predictores del Factor 3: “Barreras ante la medicación” en los distintos niveles de atención médica.....	108
Figura 1. Modelo Psicológico para la investigación del VIH/SIDA.....	39
Figura 2. Gráfico de sedimentación correspondiente a la VAEAT.....	73

RESUMEN

Las enfermedades crónicas representan tanto un problema, como un reto de salud a nivel mundial. Ante dicho panorama el control de la enfermedad es la principal medida de protección ante el deterioro físico, las complicaciones y las tasa de mortalidad, siendo una variable clave para lograrlo, la correcta adherencia terapéutica. Desde la Psicología se ha explorado la relación de más de 30 variables con la adherencia terapéutica, sin embargo, se carece de investigaciones sobre las repercusiones del estrés, el afrontamiento y las emociones. Su estudio resulta relevante dado que se reconoce que el modo de afrontar la enfermedad, el estrés y las reacciones emocionales repercuten en la salud, con base en lo anterior se planteó determinar: ¿Cómo se relacionan el estrés, el afrontamiento y las emociones con la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención médica?

Los estudios se llevaron a cabo en tres fases. En la primera se realizó la actualización y estudio de las propiedades de la Escala de Adherencia Terapéutica, en la segunda una clasificación por nivel de atención médica y una caracterización de los participantes y en la tercera se comprobó de manera empírica las relaciones establecidas en el modelo transaccional revisado y las repercusiones de sus componentes con la adherencia terapéutica. Los resultados obtenidos indican que ante la presencia de estrés tiene lugar el afrontamiento en las modalidades: dirigido a la acción, dirigido a la emoción y una combinación de ambas, además simultáneamente se experimentan emociones de distintas categorías, destacándose que las relaciones dadas entre las variables analizadas son distintas acorde al nivel de atención médica, lo que permite concluir que dichos niveles tienen particularidades psicológicas.

Palabras clave: estrés, afrontamiento, emociones, adherencia terapéutica, diabéticos.

ABSTRACT

Chronic diseases represent so both a problem and as world level health challenge. Given this panorama, the control of the disease is the main measure of protection against physical deterioration, complications and mortality rates, being a key variable to achieve it, the correct therapeutic adherence. From psychology is has explored the relationship of more than 30 variables with therapeutic adherence, however, there is not research on the repercussions of stress, coping and emotions. His study is relevant given that it is recognized that the how to cope with the disease, stress and emotional reactions have an impact on health, with based on the above, it was proposed to determine: How are stress, coping and emotions related to the therapeutic adherence of diabetic patients at different levels of medical care?

Were carried studies out ever in three stages. In the first one, the updating and study of the properties of the Therapeutic Adherence Scale was carried out, in the second a classification by level of medical attention and a characterization of the participants and in the third it was empirically checked the relationships established in the revised transaction model and the repercussions of its components whit on therapeutic adherence. The results obtained indicate that in the presence of stress takes place the coping in the modalities: directed to the action, directed to the emotion and a combination of both, in addition simultaneously emotions of different categories are experienced, standing out that the relations given between the variables analyzed are different according to the level of medical attention, which allows to conclude that these levels have psychological particularities

Key words: stress, coping, emotions, therapeutic adherence, diabetics.

Introducción

El estudio conjunto de las variables estrés-afrontamiento-emociones representa la propuesta más reciente de Lazarus (2000), la cual fue denominada “Modelo Transaccional Revisado”. A groso modo, en este modelo continua afirmándose que ante un evento estresante el individuo efectúa un cúmulo de respuestas enfocadas a resolver el problema, eliminar la amenaza o regular las consecuencias del evento (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman 1984; 1991; Lazarus, 2000) y que de manera simultánea experimenta emociones de distintas tipologías (Lazarus, 2000).

Se consideró que los tres componentes de dicho modelo podrían ayudar en la comprensión de los problemas de adherencia terapéutica de pacientes diabéticos, dado que se reconoce que el padecimiento de una enfermedad es un evento susceptible de ser valorado como estresante (Martín & Grau, 2004), que el afrontamiento repercute en los niveles de adherencia (Ortiz, 2006; Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez, 2011) y que experimentar ciertas emociones, a largo plazo, puede representar un riesgo para la salud afectando los hábitos de vida, agravando las enfermedades e incluso distorsionando las conductas de personas enfermas (Castro & Edo, 1994).

Con base en las evidencias anteriores surgió la presente investigación, en la cual se tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables estrés, afrontamiento y emociones, vistas desde el modelo transaccional revisado, con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención médica de la enfermedad.

La presente tesis se compone de tres capítulos. En el primero se expone al modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984; 1991), los argumentos empleados por Lazarus (2000) para proponer el replanteamiento del mismo, el cual fue denominado *modelo transaccional revisado*, los estudios efectuados desde éste, sus principales

|

postulados en torno a la salud, finalizando con la exposición de las contribuciones de las emociones en el ámbito de la salud.

En el segundo capítulo se aborda el estudio de la adherencia terapéutica en el ámbito psicológico, presentándose la información acorde a las dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2004), agregándose otras líneas de investigación que no tienen cabida en la clasificación anterior, así como, los ejes temáticos que actualmente se abordan en Psicología.

En el tercer capítulo se aborda la Diabetes Mellitus (DM), de esta enfermedad se mencionan sus principales características: clasificación, definición, tipologías, factores de riesgo, signos y síntomas, complicaciones en el organismo, prevalencia, una síntesis de las investigaciones efectuadas en el campo de la Psicología y los problemas más reportados en dicha área en cuanto a circunstancias relacionadas con la adherencia.

Mientras que la investigación consta de tres fases. En la primera de ellas se llevó a cabo la actualización y el estudio de las propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia Terapéutica. Este paso resultaba indispensable, dado que se identificaron problemas relacionados con la terminología empleada y con la estructura factorial del instrumento, los cuales requerían ser atendidos.

En la segunda fase se realizó una clasificación por nivel de atención médica y una caracterización de los participantes, la cual se encuentra aceptada para ser publicada (véase Pedraza-Banderas & Vega, 2018). El nivel de atención médica se determinó empleando las pautas expuestas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (2006), mientras que la caracterización contiene variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y escolaridad), relacionadas con el padecimiento de la DM (tiempo de padecimiento y tratamiento, síntomas, complicaciones, enfermedades comórbidas, conocimiento sobre la enfermedad y satisfacción

|

hacia la atención médica) y variables psicológicas (estrés, afrontamiento, emociones y adherencia terapéutica).

En la tercera fase se comprobó de manera empírica las relaciones establecidas en el modelo transaccional revisado entre el estrés-afrontamiento-emociones; además se probó si estos componentes repercuten ante la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos y si dicha interacción es distinta en función del nivel de atención médica.

En la última sección se discuten los hallazgos con respecto a la literatura publicada, se presentan las conclusiones alcanzadas y se exponen las posibles limitaciones de la presente investigación, así como sugerencias para el abordaje de estos temas.

Capítulo 1. Modelo Transaccional Revisado: contribuciones al campo de la Salud

El estudio del estrés fue disminuyendo a finales de los años sesenta dado que se aceptó la idea de que éste era un aspecto inevitable de la condición humana, en consecuencia el interés se centró en lo que la gente hacía para superarlo, es decir, en su afrontamiento (Lazarus, 1966). Susan Folkman, Richard Lazarus y un grupo de colaboradores se dedicaron por años al estudio del estrés y el afrontamiento, ellos conciben al estrés como un proceso, explicando cómo las diferencias personales hacen heterogénea la reacción ante una misma situación, analizando la capacidad del individuo para soportar o superar el estrés (Fonseca, 2008) y al afrontamiento como un cúmulo de respuestas enfocadas a resolver el problema, eliminar la amenaza o regular las consecuencias del evento (Lazarus, 1966).

Teniendo esta perspectiva realizaron diversas aportaciones, de las cuales se destacan tres: la escala de modos de afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1980), el modelo transaccional (Lazarus & Folkman, 1984; 1991) y el modelo transaccional revisado (Lazarus, 2000).

1.1. Escala de modos de afrontamiento

La escala fue presentada como una aproximación a la evaluación del afrontamiento, proponiendo dos modalidades: una dirigida a la acción y otra a la emoción. La primera versión del instrumento se conforma por 68 ítems que describen estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas, con opción de respuesta dicotómica. Se menciona que durante el proceso de construcción se llevaron a cabo cinco pasos: realizar un juicio por un grupo de expertos, efectuar pruebas de sensibilidad al contexto situacional, realizar un análisis factorial, obtener pruebas de fiabilidad y obtener pruebas de correlación entre las sub-escalas. Los resultados obtenidos indican altos valores de fiabilidad y ausencia de correlación entre las dos sub-escalas (véase Folkman & Lazarus, 1980).

|

Si bien, dicho instrumento ha sido el más utilizado en la investigación en torno al comportamiento individual ante situaciones aversivas (Aliaga & Capafóns, 1996), debe mencionarse que existen diferentes versiones (véase Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986) cuyos resultados no han podido ser replicados en otros estudios (véase López & Marín, 2012; Nava, Vega & Soria, 2010; Sotelo & Maupome, 1999; Zavala, Rivas, Andrade & Reidl, 2008).

1.2. Modelo Transaccional

El modelo fue propuesto por Lazarus y Folkman en 1984. Representa el primer modelo psicológico donde se incluye al estrés y al afrontamiento, bajo esta propuesta teórica el estrés se define como “el resultado de una relación entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus & Folkman, 1991, p.46) y el afrontamiento se limita a condiciones de estrés, excluyendo a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo (Lazarus & Folkman, 1984; 1991).

Para determinar si un evento es estresante o no, se efectúa una primera valoración, en la cual se pone a consideración si un estímulo percibido tiene alguna consecuencia para la persona, ya sea benéfica o nociva, en el momento o a futuro. Lo anterior da lugar a una de tres clases de evaluación primaria: la primera posibilidad es que la valoración sea *irrelevante*, esta se presenta cuando la persona no manifiesta interés por las consecuencias y se acompaña del fenómeno de habituación al mismo; cuando la evaluación es *benigno-positiva*, la persona evalúa las consecuencias del encuentro con el estímulo como positivas y benéficas pues le proveen de bienestar; mientras que cuando la valoración es *estresante*, el individuo determina hasta qué punto su relación con el ambiente es de daño-pérdida y/o amenaza-desafío. En esta última posibilidad, el daño-pérdida, se presenta cuando la persona

|

ya ha sufrido un daño físico, pérdida de un ser querido o daño a la autoestima, mientras que la amenaza-desafío se refiere a los daños o pérdidas que aún no han ocurrido pero que el individuo prevé (Lazarus & Folkman, 1984; 1991).

Únicamente cuando se ha valorado la relación con el ambiente como estresante, tiene lugar el afrontamiento, el cual es definido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos” (Lazarus & Folkman, 1991, p.164) y se hace una segunda valoración.

La segunda valoración consiste en analizar con qué recursos de afrontamiento se dispone y la viabilidad de utilizar una estrategia efectiva ante una situación determinada. Las estrategias propuestas por Lazarus y Folkman conforman dos modos de afrontamiento, los cuales son: el dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a la emoción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar (Lazarus & Folkman, 1991).

Teóricamente, “tanto el afrontamiento dirigido a la acción como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro” (Lazarus & Folkman, 1991, p.176). Además, en general las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando la evaluación indica que no se puede hacer nada para modificar las condiciones del entorno, mientras que “las formas de afrontamiento dirigidas a la acción son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio” (Lazarus & Folkman, 1991, p. 172). La interacción de ambas

|

valoraciones determina el grado de estrés y la reacción emocional (Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; 1991).

Teniendo como base teórica al modelo transaccional se han realizado estudios en contextos tales como: las relaciones de pareja (Moral, López, Díaz & Cienfuegos, 2011; Pedraza, 2013; Pedraza-Banderas & Vega, 2015), el ámbito escolar (Gan, Yang, Zhou & Zhang, 2007; González & Landero, 2006; López & de la Caba, 2011; Sosa, 2011), el ámbito laboral (Lombardi, 2006; Martínez-Correa, Reyes, García-León & González-Jareño, 2006; Salanova, Grau & Martínez, 2005) y el ámbito de la salud (González & Landero, 2008; Tobar; 2016; Vargas, Cervantes & Aguilar, 2009).

Pese al impacto del modelo transaccional en la Psicología y otras disciplinas relacionadas con la salud, su creador, expuso que desde su propuesta clásica, el estrés nos dice relativamente poco sobre los detalles de la lucha de la persona por adaptarse, mientras que “la emoción..., amplía la riqueza de lo que puede decirse sobre los esfuerzos de adaptación” (Lazarus, 2000, p.45), en consecuencia, planteó el análisis de las emociones en conjunto con el estrés y el afrontamiento, a esta nueva modalidad la denominó modelo transaccional revisado (véase Lazarus, 2000).

1.3. Modelo Transaccional Revisado

Desde esta perspectiva las emociones son un elemento clave, que se definen como “un sistema organizado complejo constituido de pensamientos, creencias, motivos, significados, experiencias orgánicas subjetivas y estados fisiológicos,... que surgen de nuestras luchas por la supervivencia y florecen en los esfuerzos por entender el mundo en el que vivimos” (Lazarus, 2000, p.111) y se clasifican en cinco grupos o categorías.

La primera categoría involucra a las emociones desagradables, las cuales son: ira, envidia y celos. Respecto a la ira se menciona que su presencia puede darse en dos

|

direcciones, hacia uno mismo o hacia otra persona y que la atribución de la culpabilidad es una característica clave, la envidia es definida como una relación entre dos personas en la que deseamos algo que tiene la otra persona y creemos que hemos sido privados de la misma, mientras que los celos se producen en una relación de tres personas en la que culpamos a la tercera parte de una pérdida, o la amenaza de pérdida de lo que nosotros deseamos.

La segunda categoría son las emociones existenciales, las cuales son reacciones ante amenazas a nuestra identidad como persona en la sociedad, además refieren al modo en que somos vistos por los demás, en este grupo se encuentran la ansiedad, culpabilidad y vergüenza. Sobre la ansiedad se menciona que se centra en la seguridad personal y en cuestiones referidas a la vida y la muerte, la culpabilidad está definida por nuestro concepto de moralidad y nuestro compromiso con ella, mientras que en la vergüenza el elemento nuclear es que no hemos satisfecho los ideales de nuestro ego, los cuales pueden impugnar nuestro carácter básico como persona.

La tercera categoría son las emociones provocadas por condiciones vitales desfavorables, se incluye al alivio, la esperanza y la tristeza. El alivio tiene lugar tras la cesación de una desgracia, una condición frustrante, amenazante o de la cual se desea liberarse, la esperanza es un estado mental en el que el resultado positivo no se ha producido aún, pero es lo que se desea, mientras que la tristeza tiene como núcleo experimentar una pérdida irrevocable, por tanto, se carece de acciones de manejo.

La cuarta categoría son las emociones empáticas, las cuales son la gratitud y la compasión. Sobre la gratitud se dice que depende de un complejo patrón de significados sociales, que involucra un donador y un receptor y que consiste en apreciar lo recibido,

mientras que la compasión es más que la duplicación de lo que siente otra persona, es comprender lo que está atravesando la otra persona y si fuera posible quisiéramos ayudarla.

La quinta y última categoría se compone de emociones provocadas por condiciones vitales favorables positivas, las cuales son la felicidad, el orgullo y el amor. Sobre la felicidad se menciona que es un sentimiento de calma relacionado con la evaluación positiva del propio bienestar general, el orgullo es el fomento del propio yo atribuyéndose el mérito de un objetivo o logro valioso, bien propio, de alguna persona o grupo con el que nos identifiquemos, del amor se menciona que tiene como tema relacional el deseo o participación en el afecto que normalmente es recíproco. Se precisa que estas últimas emociones no necesariamente carecen de estrés, de hecho algunas veces se derivan condiciones de vida negativas.

En síntesis, en el modelo transaccional revisado se afirma que el experimentar estrés psicológico conduce a afrontar el evento mediante el empleo de estrategias dirigidas a la acción, a la emoción o una combinación de éstas y que de manera simultánea se experimentan emociones, las cuales pueden ser: desagradables, existenciales, desfavorables, empáticas y/o favorables. Es decir, únicamente se agrega a las emociones como elemento clave.

1.4. Investigaciones basadas en el modelo transaccional revisado

Teniendo como base teórica al modelo transaccional revisado Vega, Muñoz, Berra, Nava y Gómez (2012) crearon un cuestionario para evaluar los componentes -estrés, afrontamiento y emociones- ante situaciones estresantes y placenteras. La estructura del cuestionario consiste en la descripción de un evento estresante, la evaluación de la intensidad del estrés, la descripción del modo cómo enfrentaron el evento; la evaluación de la intensidad con la que se experimentó cada una de las 14 emociones referidas, siguiéndose la misma dinámica

|

ante un evento placentero. Los resultados indican que la escala presenta índices adecuados de fiabilidad ($\alpha=.871$) y que acorde a la naturaleza del problema las estrategias de afrontamiento empleadas y las emociones experimentadas varían, aunque predomina el uso de estrategias centradas en la emoción.

Vega et al. (2013) analizaron la relación de los tres componentes del modelo ante el apoyo social y calidad de red en padres jóvenes con hijos pequeños. Los resultados obtenidos indican que los eventos generadores de estrés fueron: problemas relacionados con el embarazo, la economía, cuestiones laborales, escolares, de pareja, de salud y/o familiares; lo que les produjo experimentar las emociones de: tristeza, ansiedad y temor; mientras que los eventos placenteros más reportados fueron el embarazo y el nacimiento de los hijos, las calificaciones escolares, la solvencia económica y eventos relacionados con la pareja e hijos; lo que tuvo como consecuencia experimentar felicidad y amor.

Berra, Muñoz, Vega, Silva y Gómez (2014) probaron los supuestos del modelo en una muestra de adolescentes mexicanos. Los resultados obtenidos indican que las situaciones que generan estrés son: familiares, escolares, de pareja, relaciones sociales, duelo y violencia; lo que conduce a experimentar ansiedad, temor, tristeza, culpa, vergüenza, envidia, celos, felicidad, orgullo, alivio, gratitud y compasión; así como a emplear estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción en el 53.1% de los casos y dirigidas a la acción en el resto.

Muñoz, Vega, Berra, Nava y Gómez (2015) identificaron la relación de los componentes del modelo transaccional con el Índice de Masa Corporal (IMC) de adolescentes mexicanos. Los resultados indican niveles elevados de estrés, empleo de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción (53.2%) y dirigidas a la acción (46.8%), mayor frecuencia e intensidad de las emociones: tristeza, felicidad, esperanza y amor; así

como, relaciones estadísticamente significativas que indican que los participantes que presentan mayor IMC experimentan mayor estrés y ansiedad, mientras que aquellos que experimentan en mayor medida culpa, presentan IMC más bajo.

Por su parte, Muñoz (2016) identificó que el IMC se relaciona con diferentes componentes del modelo transaccional revisado, presentándose diferencias según el grupo de peso corporal. En personas con bajo peso, el IMC se asoció con las variables ansiedad, culpa, vergüenza y tristeza; en el grupo con normopeso el estrés se asoció con las emociones: ira, orgullo, esperanza, amor, gratitud, compasión, ansiedad, temor, culpa y tristeza, así como con el afrontamiento; en el grupo de sobrepeso el estrés se asoció con el afrontamiento, alivio, vergüenza y culpa; en el grupo de obesidad, el estrés se asoció con la felicidad, la ansiedad y la esperanza, mientras que el afrontamiento con el temor.

Los estudios efectuados representan evidencia de que los planteamientos teóricos del modelo tienen lugar en muestras de adolescentes y adultos, ante eventos placenteros y estresantes. Sin embargo, es necesario analizar los tres componentes del modelo transaccional revisado ante otras circunstancias estresantes, por ejemplo, el padecimiento de enfermedades.

1.5. Postulados del modelo transaccional revisado en relación a la salud.

En esta sección se exponen los postulados planteados tanto en el modelo transaccional, como en el modelo transaccional revisado con respecto a la relación planteada entre el estrés, el afrontamiento, las emociones y la salud, destacándose las siguientes afirmaciones:

1. Tanto el estrés como el manejo afectan a la salud de dos modos: 1) alterando la neuroquímica del organismo y/o 2) generando transiciones peligrosas y perjudiciales con las condiciones ambientales. “Existe la posibilidad de que no logremos regular la angustia emocional con sus efectos somáticos, adoptemos un

estilo de vida que conlleve formas de manejo del estrés físicamente perjudiciales como el tabaquismo o la adopción de excesivos riesgos físicos” (Lazarus, 2000).

Los siguientes estudios sustentan que el estrés produce efectos somáticos y/o altera la neuroquímica del organismo. Desde la Psicobiología, se afirma que ante un estímulo estresor existe la posibilidad de que los músculos del cuello presenten rigidez, el cerebro entre en estado de alerta, el pulmón intente captar más oxígeno, el corazón mover la sangre a gran velocidad para que el oxígeno llegue a todos los músculos, la glándula salival disminuya sus secreciones dando lugar a sequedad en la cavidad bucal; a nivel abdominal es posible el aumento de la secreción de jugos gástricos y la disminución de la movilidad intestinal; además ante episodios de estrés recurrentes puede existir pérdida de peso y aumento de temperatura corporal (Barrio, García, Ruiz & Arce, 2006).

En otro estudio se menciona que estar sometido a estrés crónico afecta principalmente dos sistemas del organismo humano: el cardiovascular y el inmunológico. El proceso de estrés, a nivel neural, inicia cuando el cerebro codifica una situación como potencialmente peligrosa, lo cual activa una glándula llamada hipófisis descargándose adrenalina, noradrenalina y cortisol al torrente sanguíneo, las dos primeras sustancias aumentan la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, mientras que el cortisol conduce a una inmunosupresión, estado que deja expuesta a la persona a la proliferación de virus y bacterias (Rivadeneira, Minici & Dahab, 2010).

En este mismo sentido, González y Landero (2006) mencionan que los síntomas psicósomáticos del estrés son frecuentes en poblaciones sin enfermedades físicas diagnosticadas, por ejemplo, en estudiantes universitarios y que los niveles de estrés presentados son muy parecidos a los que se reportan en personas con patologías crónicas (González & Landero, 2007), en este mismo sentido Lombardi (2006) reportó que los

|

síntomas de estrés más frecuentes en el personal de enfermería de un hospital venezolano son la tensión muscular, dolor de cabeza, los olvidos y dolor de estómago; lo que demuestra que el estrés no es una condición necesariamente característica de poblaciones enfermas y que las respuestas emocionales y conductuales tienen efectos ante dichos síntomas (Landeró & González, 2006).

De hecho, González y Landeró (2008) presentaron un modelo que explica los síntomas psicósomáticos desde la teoría transaccional, dicho modelo señala que el cansancio emocional y el estrés explican los síntomas psicósomáticos, que altos niveles de percepción del apoyo social se asocian con bajos niveles de estrés percibido y que la autoestima es un recurso para que el individuo afronte y amortigüe los niveles de estrés.

En cuanto a la adopción de riesgos excesivos o conductas que afectan la salud, Martín (2007) identificó que los estudiantes universitarios experimentan estrés y que éste afecta su estado emocional, salud física, relaciones interpersonales y calidad de vida. Puntualiza que en los primeros años de estudios y cerca del período de exámenes, los estudiantes tienden a consumir en exceso caféina, tabaco, sustancias psicoactivas estimulantes y relajantes, disminuir la práctica de ejercicio físico y llevar una nutrición inadecuada; mientras que Vargas et al. (2009) identificaron que los pacientes seropositivos que experimentan mayor estrés recurren en mayor medida al uso de drogas.

2. El afrontamiento de personas enfermas se caracteriza por presencia de emociones de índole negativa (Lazarus, 2000).

En un estudio sobre el impacto y la representación social del VIH se concluyó que las personas cuando son informadas de su seropositividad atraviesan por distintas fases emocionales que las sitúa y caracteriza como población vulnerable emocionalmente en riesgo; pasando de un estado de incredulidad, enojo, sentimientos hostiles hacia los demás,

depresión y aislamiento (Chapa & Flores, 2006), mientras que en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal, se identificó que el estilo de afrontamiento emotivo-agresivo se asocia con sentimientos de soledad e ideación suicida (Rivera-Ledesma, Montero-López & Sandoval-Ávila, 2012).

3. El estilo de afrontamiento centrado en la emoción se asocia con peores condiciones de salud (Lazarus, 2000).

Según Urzúa y Jarne (2008) las personas con enfermedades crónicas tienden al empleo de un estilo centrado en las emociones, Vargas et al. (2009) identificaron en pacientes seropositivos, que las mujeres muestran mayor sufrimiento emocional y un pronóstico de deterioro corporal alto, mientras que los hombres muestran un estilo de afrontamiento no productivo y mayor probabilidad de sufrir secuelas en su salud debido al consumo de diversas sustancias; Silva y Agudelo (2011) afirmaron que la escasa calidad de vida de los pacientes que se encuentran en rehabilitación cardiovascular está influenciada por el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, por su parte Botero (2013) concluyó que las personas en situación de discapacidad física utilizan con mayor frecuencia estrategias centradas en la emoción, principalmente la evitación.

4. El afrontamiento centrado en la acción se asocia con mejores condiciones de salud (Lazarus, 2000).

Al respecto Martín et al. (2007) mencionan que los pacientes hipertensos que refieren mejor adherencia puntúan más alto en las variables afrontamiento activo y defensivo, búsqueda de apoyo y de experiencias positivas, creencias en el control médico, autocuidado y autocontrol; en otro estudio se reporta que el estilo dirigido al problema caracteriza a aquellos que sí asisten a rehabilitación cardíaca tras sufrir un infarto (Guerra-Rosas & Luguí-Rivero, 2010); Hernández y Londoño (2012) identificaron que las estrategias de

|

afrontamiento denominadas solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y reevaluación positiva caracterizan a las personas adherentes al tratamiento; mientras que Nearhos, Van y Connor (2013) afirmaron que el afrontamiento adaptativo está asociado con resultados exitosos en hemodiálisis en el hogar.

Un aspecto que aún se debate es “si el estrés produce la aparición de enfermedades” o “si la condición de enfermedad genera estrés”, en la literatura existen datos que sustentan ambas direcciones.

La posibilidad de la aparición de una enfermedad debido a la presencia de estrés ha sido explicada mediante secuencias biológicas, se menciona que cuando el organismo se encuentra ante un estresor la actividad del sistema inmune se ve aumentada, pero al prolongarse en el tiempo dicha condición tiene lugar la inmunosupresión dejando vulnerable al organismo a contraer infecciones (Daneri, 2012); que el estrés está asociado a la depresión, ansiedad y presencia de síntomas físicos (Folkman & Tedlie, 2000); que su presencia aumenta el riesgo de que el organismo agrave algunas enfermedades (Joseph & Golden, 2014; Martínez, Vega, Nava & Anguiano, 2010) y que predispone a la aparición de desórdenes gastrointestinales y el desarrollo de enfermedad gastrointestinal (Medellín, Vázquez, Silva, Gutiérrez & Vázquez, 2012).

Por otro lado, se dice que el hecho de estar enfermo genera estrés, por ejemplo, Folkman et al., (1986) mencionan que el diagnóstico de una enfermedad crónica, en cualquier momento de la vida, es estresante y requiere que las personas afronten problemas emocionales derivados de la enfermedad; Ortiz (2008) identificó que los adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 que presentan altos niveles de estrés, mantienen niveles más altos de hemoglobina glicosilada, este hecho lo llevó a concluir que el estrés agrava las condiciones de enfermedad.

|

Por su parte, Téllez, Camacho, Ramos y Nishimura (2006) aseguran que el estrés no figura únicamente en la persona enferma, también en sus cuidadores primarios, en este sentido, se ha reconocido que al ser cuidador de un enfermo la salud psicológica y física se ve afectada al presentarse niveles de sobrecarga leve, escasa percepción de apoyo social (Espinoza & Jofre, 2012), niveles de estrés de moderados a altos (Soria, Ávila, Vega & Nava, 2012), mayor número de enfermedades -en comparación con familiares no cuidadores-, malestar psicológico, ansiedad y depresión (Manoso, Sánchez & Cuéllar, 2013), lo cual demuestra que la presencia de enfermedad, genera condiciones de estrés en las personas enfermas y en sus familiares.

1.6. Contribuciones de las emociones en el ámbito de la salud

La rama científica que más ha aportado al estudio de las emociones es la Psiconeuroinmunología. En esta disciplina los datos confirman que las situaciones ambientales y sociales tienen un impacto apreciable en la competencia del sistema inmune de las personas que experimenten estados emocionales crónicos (Bayés, 1991; Borrás, Casas, Roldan, Bayés & Cuchillo, 1988).

Desde la Psicología las investigaciones sobre emociones se han desarrollado, principalmente, bajo el marco de la teoría situacionista (Holmes & Rahe, 1967) desde los años cuarenta (Martínez & Fernández, 1994). Los trabajos efectuados han considerado esclarecer el papel de los procesos implicados en la identificación de los sentimientos y afectos en el desarrollo de las emociones (Lane & Schwartz, 1987); la búsqueda de recursos que modulen los efectos negativos de los procesos adaptativos, así como la identificación de la relación de variables psicológicas con la salud ante sucesos vitales, partiendo del supuesto que las emociones pueden influir sobre las funciones somáticas (Martínez & Fernández, 1994).

|

Algunas de las relaciones identificadas sistemáticamente mencionan que las emociones tienen capacidad de interactuar, potenciar o disminuir factores de tipo biológico (Ader, Felten & Cohen, 1991; Bayés, 1991; Borrás, 1992; Martínez & Fernández, 1994), por ejemplo, en el caso de asma se afirma que las emociones precipitan el inicio de una crisis, su agravamiento y hasta su cronicidad (Isenberg, Leherer & Hochrom, 1992), en pacientes hipertensos intensifican el descontrol de los niveles de presión sanguínea (Fernández-Abascal & Calvo, 1987); en pacientes en condición pre-operatoria pueden distorsionar su conducta, hacer que tomen decisiones o adopten actitudes que interfieran en el proceso de curación, o bien, que se recuperen más fácil y rápidamente (Martínez & Fernández, 1994).

El conocimiento obtenido hasta ahora ofrece bases sólidas para desarrollar estudios e intervenciones psicológicas capaces de mejorar significativamente la salud, de allí el interés de analizar la relación de las emociones ante la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

Capítulo 2. Adherencia Terapéutica en el ámbito Psicológico

En la década de los años noventa los estudios sobre adherencia involucraron propuestas de definición, datos sobre incidencia de los fallos en la adherencia, identificación y caracterización de los factores que la afectan y la determinación de los procedimientos tanto para su evaluación, como para conformar estrategias de intervención (Macía & Méndez, 1999).

Actualmente, los intereses poco han cambiado, entre las novedades existentes se encuentran: la evaluación de la adherencia ante programas de rehabilitación (Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldívar & Juárez, 2009), terapias psicológicas (Echeburúa, 2013; Hernández & Londoño, 2012;) y/o actividad físico-deportiva (Abenza, Olmedilla, Ortega & Esparza, 2011; Zarauz & Ruiz-Juan, 2012); analizar variables psicológicas ante padecimientos que no son crónicos (García-León, Pardo & López-Zafra, 2013; Zarauz & Ruiz-Juan, 2012), así como exponer consideraciones teóricas y metodológicas ante el abordaje de la adherencia en el ámbito psicológico (Martín & Grau, 2004; Piña, 2013; Varela, Salazar & Correa, 2008).

Dentro de los aspectos estudiados que no se han resuelto se encuentran el tema de la definición conceptual y los problemas de medición. Si bien, ha quedado establecido por la OMS que el fenómeno de la adherencia terapéutica se compone de la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, aún proliferan estudios sobre la definición, investigaciones centradas en la identificación de variables psicológicas relacionadas con la adherencia y la generación y/o perfeccionamiento de instrumentos de medición. Algunos temas que requieren ser atendidos son: la generación de modelos explicativos e identificar, en conjunto, la relación del estrés, el afrontamiento y las emociones ante la adherencia en

|

personas con enfermedades crónicas. Por tanto, en consonancia con Martín y Grau (2004) se considera que la adherencia es un problema aún no resuelto.

2.1. ¿Qué es la adherencia terapéutica?

La OMS propuso que la adherencia terapéutica sea considerada a nivel internacional como “un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dimensiones o factores... los cuales son: socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento y el paciente” (OMS, 2004, p. 27), no obstante, se carece de una definición avalada por toda la comunidad científica (Ortiz & Ortiz, 2007).

En el ámbito psicológico no existe una definición avalada por el gremio, ni de manera libre, ni con base en propuestas teóricas, pero de manera general esta es concebida como un comportamiento humano y/o conductas relacionadas con la salud (Puente-Silva, 1985). Dentro de las aportaciones recientemente expuestas en torno a cómo debe abordarse en el ámbito psicológico dicho término, se destaca que las conductas de adherencia estén moduladas por componentes subjetivos y que éstos se incluyan en su definición y abordaje (Martín & Grau, 2004); que al definir y evaluar la adherencia las conductas coincidan “con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud... en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad” (Varela et al., 2008, p. 104), además de contemplar “si el paciente ingiere los medicamentos y alimentos prescritos” (Soria, Vega & Nava, 2009, p.92).

Se debe reconocer que la Psicología no tiene un marco teórico aplicable a todos los fenómenos de interés y estudio en la misma, aunado a que se carece de un lenguaje técnico exclusivo (Ribes-Iñesta, 2010) por tanto, emplear términos “conceptuales” es algo

|
cuestionable en este ámbito, lo que es viable es recurrir o generar definiciones operacionales procurando que éstas se adapten tanto a los lineamientos del lenguaje ordinario como a una lógica de construcción teórica.

2.2. Dimensiones de la adherencia terapéutica

Recuperando la definición propuesta por la OMS, la cual refiere a cinco factores o dimensiones que se interfieren entre sí, se muestran las variables o componentes de cada una y las que a juicio de otros autores tienen cabida.

Acorde a la categorización propuesta por la OMS (2004) los factores socioeconómicos comprenden variables tales como: la pobreza, el nivel educativo, la situación laboral, condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo del transporte y la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la falta de redes de apoyo social efectivos, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento. No obstante, sistemáticamente se reportan en dicho rubro la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de ingresos y el estado de salud.

Este tipo de variables, en su mayoría son inestables en las investigaciones, por ejemplo, en un estudio realizado con jóvenes diabéticos se detectó que a mayor edad, se presentan niveles más elevados de hemoglobina glicosilada, lo cual indica descontrol (Ortiz, 2008), mientras que en personas diabéticas adultas, el presentar mayor edad predice los comportamientos de adherencia (Moral de la Rubia & Cerda, 2015).

En el grupo de los factores negativos relacionados con el sistema sanitario figuran: los servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y

retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la falta de conocimiento sobre la adherencia. Mientras que en sentido positivo están las intervenciones efectivas para mejorar la adherencia y la buena relación proveedor-paciente.

Desde el campo de la Psicología los estudios centrados en el análisis de los factores relacionados con el sistema de salud y/o equipo de atención médica indican que no existe relación estadísticamente significativa entre la satisfacción hacia el trato del personal y la adherencia al tratamiento en pacientes que reciben hemodiálisis, de hecho el 52.2% de la muestra refirió no adherirse al tratamiento y sentirse muy satisfecho con la atención recibida en la unidad (Ochando, Royuela, Hernández, Lorenzo & Paniagua, 2008); mientras que Soria, Vega, Nava y Saavedra (2011) identificaron que en varios aspectos los pacientes de consulta privada se ven favorecidos, por ejemplo: en la duración de la consulta, las explicaciones sobre la enfermedad, tratamiento, efectos colaterales y análisis clínicos, la implicación del paciente en el tratamiento, el reconocimiento e información sobre el seguimiento del tratamiento y el trato del médico, concluyéndose que los pacientes que reciben información con respecto al tratamiento a seguir para controlar su padecimiento, presentan mayor adherencia terapéutica.

Por su parte, los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente y algunos son determinantes de la adherencia terapéutica. En esta sección se ubican: la gravedad de los síntomas y de la enfermedad, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

|

Dentro de los factores relacionados con el tratamiento sólo se destacan: la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (OMS, 2004).

Al respecto, en el ámbito de la Psicología es frecuente la medición del tiempo de tratamiento, por ejemplo, en una muestra de pacientes que reciben hemodiálisis se observó que aquellos que llevan más tiempo en tratamiento presentan niveles más pobres de adherencia a medicamentos y dieta (Álvarez & Barra, 2010); también se ha identificado que a mayor frecuencia de uso de terapias alternas, las personas presentan menor adherencia al tratamiento médico (Camarillo, 2012) y que el consumo de más de 13 medicamentos orales, presentar obesidad y emplear insulina intermedia aumentan más de tres veces la posibilidad de no adherirse al tratamiento (Toledano, Ávila, García & Gómez, 2008).

Dentro de los factores relacionados con el paciente se encuentran los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente (OMS, 2004). Un número importante de investigaciones efectuadas desde el ámbito de la Psicología de la Salud involucran el análisis de variables tanto cognitivas como conductuales relacionadas con la adherencia, las cuales se considera, pertenecen a esta sección y se detallan a continuación.

El apoyo social y familiar es una variable que ha demostrado tener efectos ante la ejecución de comportamientos de adherencia. En una revisión sistemática efectuada por DiMatteo (2004) se analizaron 122 estudios correlacionales publicados entre los años 1948 y el 2001, los resultados obtenidos afirman que el apoyo social, estructural y/o funcional favorece la adherencia del paciente a regímenes médicos, de hecho, se estima que la

|

adherencia es 1.74 veces mayor en los pacientes con familias cohesionadas y 1.53 veces menor en los pacientes con familias en conflicto.

Del mismo modo, Villa y Vinaccia (2006) reportan que esta variable representa un co-factor importante en la progresión de la infección por VIH; La Rosa, Martín y Bayare (2007) encontraron asociación entre la adherencia y la percepción de suficientes redes de apoyo social en pacientes hipertensos; Torres y Piña (2010) identificaron que la alta percepción de apoyo social se relaciona con los comportamientos de adhesión en pacientes diabéticos; Olds, Kiwanuka, Ware, Tsai y Haberer, (2015) confirman que éste influye positivamente ante el éxito del tratamiento contra el VIH/SIDA en niños; además en aquellos pacientes que tienen hipertensión y obesidad explica el 5.2% de la varianza del consumo de medicamentos (Camacho, Ybarra, Yunes & Piña, 2015).

La auto-eficacia percibida establece relaciones estadísticamente significativas con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA (Ladero, Orejudo. & Carrobles, 2005) y se asocia positivamente con altos niveles de adherencia general y a medicamentos en pacientes hemodializados que no presentan problemas de adherencia (Álvarez & Barra, 2010).

El nivel de estrés frecuentemente se relaciona con comportamientos de adherencia. Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila (2009) reportaron que bajos niveles de estrés vinculado con toma de decisiones y tolerancia a la frustración predicen la adhesión en pacientes seropositivos; este dato también se identificó en pacientes diabéticos (Torres & Piña, 2010), mientras que en pacientes hipertensos explica el 14.4% del consumo de medicamentos (Camacho et al., 2015).

2.3. Líneas de investigación sobre la adherencia en el ámbito psicológico

Si bien, se cuenta con una clasificación de dimensiones de la adherencia terapéutica propuesta por la OMS, ésta no abarca todas las líneas de investigación que han tenido lugar, por tanto, se presentan algunas categorías adicionales, con el fin de exponer un panorama completo de las investigaciones efectuadas sobre la adherencia desde el ámbito psicológico.

En la primera categoría se ubican estudios cuyo objetivo fue la presentación y validación de instrumentos de medición; en la segunda se exponen algunas de las intervenciones psicológicas que se han aplicado a pacientes con diferentes enfermedades con el fin de mejorar los comportamientos de adherencia; la tercera categoría involucra los denominados “modelos explicativos” empleados para ampliar la comprensión del fenómeno; la última categoría contiene una síntesis de líneas más actuales de investigación.

2.3.1. Instrumentos de medición

Las pruebas psicológicas representan una de las principales herramientas de trabajo del psicólogo, tanto en la investigación, como en la práctica profesional (Carretero-Dios & Pérez, 2007). A continuación se exponen algunos instrumentos que han sido aportados por psicólogos, haciendo hincapié en sus características de construcción, psicométricas, así como mencionando en su caso, datos relevantes aportados por otros autores para los mismos.

1. Variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24)

Piña, Corrales, Mungaray y Valencia (2006) propusieron un instrumento denominado variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24) para ser empleado en personas seropositivas. Consta de cuatro apartados: (1) práctica de comportamientos de adhesión anteriores al diagnóstico de la infección por el VIH, (2) práctica de comportamientos de adhesión posteriores al diagnóstico y los motivos que subyacen tras

estos comportamientos, (3) evaluación de las competencias respecto de diversos asuntos relacionados con la infección por el VIH y el tratamiento y (4) grado de dificultad percibido para practicar los diferentes comportamientos.

Sus creadores mencionan que durante el proceso de construcción efectuaron un análisis teórico y conceptual para abordar dicha problemática, no obstante, se denota una situación que en el contexto de la medición de la adherencia no tiene lugar. De manera puntual mencionan que en el primer apartado hay “cinco preguntas sobre la práctica de comportamientos de adhesión al tratamiento anteriores al diagnóstico de la infección por el VIH” (Piña et al., 2006, p.218), un supuesto básico e indiscutible menciona que los comportamientos de adherencia inician después de recibir un diagnóstico y tratamiento médico, no antes (véase OMS, 2004), dejando expuesto a crítica lo anterior, en el estudio que dan a conocer dicho instrumento se menciona que probaron las siguientes propiedades psicométricas: confiabilidad, validez conceptual, concurrente y predictiva, afirmando que el instrumento posee óptimas propiedades psicométricas.

2. Variables psicológicas y comportamientos de adhesión (Adaptación)

Mejía, Piña, Méndez y Laborín (2013) se propusieron adaptar y validar el instrumento VPAD-24 (Piña et al, 2006) en un grupo de mujeres con cáncer de mama. Las modificaciones consistieron fundamentalmente en redefinir las conductas de adhesión que son pertinentes en razón de la enfermedad y los tratamientos; por ejemplo, se replanteó el consumo de medicamentos, asistencia a la consulta y seguimiento de dieta. Se agregaron dos conductas más, realizar ejercicios de rehabilitación y cuidar las zonas del cuerpo de la exposición al calor; en el apartado de las competencias y motivos se modificó todo lo que mencionaba al VIH/SIDA, por ejemplo, “antes de recibir el diagnóstico de VIH/SIDA...”, por cáncer de mama. La versión definitiva del instrumento quedó conformada por 21

preguntas: ocho sobre motivos que subyacen a la práctica de las conductas de adhesión; cinco sobre competencias conductuales pasadas y ocho sobre competencias presentes en torno al el cuidado de la salud, las relacionadas con la enfermedad, los tratamientos y el ajuste social. Los resultados obtenidos indican una estructura de tres factores, cada uno con auto-valores superiores a 1 y valores de confiabilidad entre $\alpha=0.68$ y $\alpha=0.78$; debido a valores bajos de saturación (menores al 0.40) se perdieron seis reactivos, quedando el instrumento compuesto únicamente por 15.

3. Escala de Adherencia Terapéutica (EAT).

Soria et al. (2009) construyeron un instrumento denominado Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) con el objetivo de captar aspectos psicológicos sobre la adherencia. Consta de 21 ítems que conforman tres factores: (1) control de ingesta de medicamentos y alimentos, (2) seguimiento médico-conductual y (3) autoeficacia. Se responde bajo una escala de 0 a 100 el porcentaje que se considera indica la efectividad de su conducta. Los autores puntualizan que en el artículo publicado se presenta la culminación de una serie de estudios que iniciaron con la construcción del instrumento y la aplicación de estudios piloto los cuales sirvieron para monitorear desde las primeras versiones la EAT, los resultados indican valores de confiabilidad altos: a nivel general $\alpha=.919$, en el factor 1 $\alpha=.877$, en el factor 2 $\alpha=.798$ y $\alpha=.850$ en el factor 3, además por cada ítems las puntuaciones fueron superiores al .883.

Este instrumento ha permitido realizar evaluaciones adecuadas en distintas enfermedades, tales como: hipercolesteremia, arterioesclerosis y SIDA (véase Soria et al., 2011), DM, hipertensión, insuficiencia renal, cirrosis, artritis, cáncer, asma, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis (véase Soria et al., 2012).

4. Escala de adherencia a la rehabilitación (EAR)

Abenza et al (2011) construyeron un registro de conductas de adherencia ante lesiones deportivas, la cual se realizó siguiendo los lineamientos internacionales propuestos por Carretero-Dios y Pérez (2007). Consta de una breve introducción donde se explica el uso, modo de contestación de los ítems, definición sobre la escala, objetivo de estudio, etc.; siete ítems se refieren a: asistencia a sesiones de rehabilitación, puntualidad, cumplimiento de tareas, instrucciones y consejos médicos, grado de esfuerzo físico en los ejercicios, dominio en las técnicas, receptividad ante los cambios y grado de comprensión. Después de aplicarla a 32 deportistas federados en distintos deportes que presentaban alguna lesión que les implicó mínimo 15 de tratamiento concluyen que puede ser usada en el ámbito de la recuperación de lesiones, dado que presenta niveles óptimos de fiabilidad y validez para registrar el nivel de adherencia al programa de rehabilitación.

5. Factores Vinculados a la Adherencia Terapéutica

Urzúa, Marmolejo y Barr (2012) construyeron una escala que mide factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. El proceso de construcción consta de varias fases: en la primera buscaron en la literatura los factores que eran reportados como incidentes ante la adherencia; en la segunda elaboraron un marco teórico donde integraron dichas variables, esto dio sustento a la elección de las diversas preguntas; en la tercera crearon un banco de reactivos, posteriormente tuvo lugar la aplicación de pruebas piloto y la primera aplicación.

La primera versión fue contestada por 40 pacientes; efectuaron los análisis pertinentes con los datos obtenidos, eliminando 45 reactivos por presentar correlación ítem-elemento total menor al 0.30; con los restantes efectuaron análisis factorial exploratorio teniendo como criterio eliminar aquellos que saturaran parecido en más de un factor y que

|

teóricamente no pertenecieran al factor en el cual saturaron; finalmente obtuvieron un instrumento compuesto de 20 reactivos que conforman tres factores, los cuales fueron denominados como: (a) expectativas y herramientas personales para enfrentar la enfermedad, (b) creencias sobre el tratamiento y (c) efectos percibidos del tratamiento, que en conjunto explican el 73.31% de la varianza.

Explican que en el estudio citado, muestran los resultados obtenido tras la aplicación del instrumento con 20 reactivos a 120 pacientes oncológicos, los relativos a confiabilidad arrojaron valores superiores al 0.9, en general los reactivos están correlacionados con valores superiores al 0.6, a pesar de esto, el análisis factorial arrojó en esa ocasión cuatro componentes con autovalores superiores al 1, los cuales explican el 77.98% de la varianza, al forzar el análisis a tres componentes, se explica un 71.71% de la varianza. Concluyen que la escala representa un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la adherencia en los pacientes oncológicos. No obstante, la estructura factorial debe ser probada en otros estudios.

6. Cuestionario de Adherencia a los Tratamientos (CAT)

Este cuestionario fue construido por González-Pisano (2016). En un inicio constó de 29 reactivos de los cuales siete están relacionados con el manejo de los tratamientos farmacológicos, seis hacen referencia a los hábitos alimenticios, seis con la actividad física, mientras que los 10 últimos aluden a características relacionadas con las recomendaciones de los profesionales sanitarios, la motivación personal hacia las conductas saludables y la capacidad subjetiva para llevarlas a cabo. Tras efectuar tres estudios centrados en calcular la confiabilidad y validez, determinó que el cuestionario queda conformado de 12 ítems que dan lugar a tres dimensiones.

2.3.2. *Intervenciones psicológicas*

La psicoterapia es una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos; el otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha pasado a formar parte de la relación terapéutica con el fin de resolver su problema (Bernstein & Nietzel, 1988). En el ámbito de la investigación, el estudio de las intervenciones psicológicas está encaminado a mostrar la eficacia de éstas ante problemas determinados.

1. Entrevista motivacional

Dicha entrevista es una estrategia que puede ayudar a preparar al paciente para que se beneficie del tratamiento, pues promueve conductas de cambio por medio de la resolución de la ambivalencia, se empleaba únicamente en el tratamiento de conductas adictivas, pero comienza a emplearse en personas con enfermedades.

García (2012) se planteó analizar los efectos de la aplicación de la entrevista motivacional (EM) en comparación con un programa cognitivo-conductual en las variables: hemoglobina glicosilada, triglicéridos, colesterol, depresión, ansiedad, calidad de vida y autoeficacia en pacientes diabéticos. Si bien este trabajo es pionero en el sentido de incorporar la EM al estudio de enfermedades crónicas, los datos deben tomarse con cautela por los siguientes motivos: (1) realizaron una prueba piloto únicamente con 10 personas, (2) al momento de la intervención detectaron problemas de comprensión respecto a los ítems de autoeficacia, lo cual pudo estar presente en otras variables o instrumentos empleados y simplemente no se les reportó o no lo observaron y (3) reportan que algunos de los participantes aumentaron sus niveles de depresión y ansiedad, además su percepción en cuanto a calidad de vida empeoró.

|

García y Juárez (2014) emplearon la entrevista motivacional con el fin de promover mejoras en la adherencia de niños seropositivos, la técnica como tal mejoró los niveles de adherencia, aún así, ningún paciente alcanzó una adherencia óptima, pues hay muchas variables que impiden que los niños alcancen el nivel de adherencia requerido, entre ellas la baja escolaridad de los cuidadores primarios, la falta de apoyo de la familia nuclear y extensa, así como elevados niveles de pobreza.

2. Intervenciones breves

Fall et al. (2013) probaron experimentalmente el efecto de dos intervenciones psicológicas breves, una sobre la base de la amenaza y otra sobre el dominio, lo anterior ante tres componentes de la DM: adherencia, aceptación y motivación. Los 80 participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los cuatro grupos; en el grupo experimental 1 los participantes recordaron un acontecimiento personal ante el cual percibieron a la DM como una amenaza; en el grupo experimental 2 recordaron un acontecimiento personal durante el cual se sintieron capaces de controlar con eficacia su DM; en el grupo control 1 algún evento personal positivo; mientras que a los del grupo control 2 se les solicitó recordar un evento de tipo negativo. El análisis experimental consistió en la comparación de las tres variables del estudio, en todos los grupos. Los resultados obtenidos en cuanto a la adherencia indican que los pacientes que concibieron a la DM como una amenaza reportaron menos adherencia en comparación con aquellos que recordaron un evento en el cual tuvieron dominio de la enfermedad y con quienes recordaron eventos de índole negativa. Por otra parte, quienes se perciben con dominio ante la enfermedad puntuaron más alto que aquellos que recordaron un evento personal positivo, por tanto, quienes son más adherentes se caracterizan por percibirse con dominio ante la enfermedad.

Rodríguez, García, Rentería y Nava (2013 a) evaluaron el impacto de un programa de intervención en pacientes diabéticos para controlar los niveles de glucosa en sangre. Participaron 95 diabéticos adultos pertenecientes a dos instituciones de salud. El estudio constó de tres fases: la primera se denominó pre-evaluación, en esta básicamente se efectuaron las mediciones biológicas; la fase dos, involucró la intervención, en ésta se abordó información nutrimental, entrenamiento en manejo de técnicas conductuales para alterar factores disposicionales y para alterar las conductas de otras personas, la fase tres consistió en tomar nuevamente las medidas biológicas. Los resultados son simples, pero trascendentes, la intervención tuvo un efecto alto modificando los valores biológicos iniciales frente a los de la post-evaluación, siendo éstos estadísticamente significativos y acordes con los estipulados por la Norma Oficial Mexicana sobre DM.

Rodríguez, Rentería y García (2013 b) evaluaron el efecto de un programa de intervención ante la adherencia a la dieta prescrita para pacientes diabéticos. El programa constó de una fase de pre-evaluación en la que se midió el peso y se registraron prácticas alimenticias; una intervención en dos bloques, el primero educativo y el segundo de entrenamiento en el manejo de algunas técnicas conductuales y una fase de post-evaluación. Los resultados mencionan que cada bloque tuvo un efecto positivo en la adherencia, además los puntajes obtenidos en el pre-test y pos-test presentaron diferencias estadísticamente significativas.

2.3.3. Modelos explicativos

A juicio de Franco (2006) los llamados modelos de salud, son enfoques que parten de diferentes disciplinas para abordar temas de salud, más no propiamente modelos. Los psicólogos, desde hace poco más de treinta años, mediante diferentes modelos, han aportado conceptos con los que se ha pretendido dar cuenta de la relación entre lo

psicológico y los fenómenos de la salud y la enfermedad” (Piña, 2008, p. 20), aunque de manera particular “la adherencia se ha analizado a partir de modelos clásicos propuestos para explicar otras conductas de salud en el marco conceptual de la Psicología” (Martín & Grau, 2004, p. 92). En lo sucesivo, se presentan algunos modelos que han sido empleados en el ámbito psicológico.

1. *Modelo Ecológico de la Salud*

Este modelo fue propuesto por Bronfenbrenner (1976) partiendo de una premisa básica, los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana. En la explicación del modelo aborda al *ambiente ecológico*, el cual es un conjunto de estructuras seriadas -macrosistema, exosistema mesosistema y microsistema- que ejercen influencia directas e indirectas entre sí.

El microsistema representa el nivel más cercano al sujeto e incluye los comportamientos, roles y relaciones características de los contextos cotidianos (hogar, trabajo, amigos, etc.), pues en ellos la persona puede interactuar cara a cara fácilmente (Bronfenbrenner, 1976; 1979).

El mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social), es por tanto, “un sistema de microsistemas que se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (Bronfenbrenner, 1979, p.44), en consecuencia, representa la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto (Torrice, Santín, Andrés, Menéndez & López, 2002).

El exosistema se refiere a “uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan al entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre

|

en ese entorno”, por ejemplo: lugar de trabajo de la pareja o grupos de amigos de la pareja (Bronfenbrenner, 1979, p. 44).

El macrosistema es el plano más distante, considera la influencia de factores ligados a las características de la cultura y al momento histórico-social. Bronfenbrenner puntualiza que al analizar y comparar los sistemas anteriores (microsistema, mesosistema y exosistema) “...es posible describir sistemáticamente y distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales” (Bronfenbrenner, 1979, p. 27-28), advirtiendo que realizar investigación en ambientes naturales o ecológicos supone muchas dificultades, por tanto introduce un concepto denominado *validez ecológica*, el cual se refiere a “la medida en la que el ambiente que los sujetos experimentan en una investigación científica tiene las propiedades que el investigador piensa o supone que tiene en la realidad” (Bronfenbrenner, 1979, p.49).

Teniendo como marco de referencia al citado modelo Torrico et al. (2002) llegaron a la conclusión de que este modelo era uno de los más amplios y eficaces para abordar el padecimiento del cáncer. En su estudio transfieren al modelo los factores, que a su juicio, deben incluirse en cada estructura en el contexto del padecimiento del cáncer, aunque advierten que la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrece poco de la realidad humana.

En el microsistema proponen figuren sus contextos cotidianos y los contextos hospitalarios, ya que éstos se incorporan a su rutina de vida tras padecer cáncer; además incluyen el análisis de interacciones entre los grupos cercanos (familia, amigos, trabajo, médicos, otros enfermos), variables psicológicas como el apoyo social y familiar percibido por el paciente y las reacciones emocionales de su familia ante el diagnóstico y pronóstico del paciente oncológico.

|

En el segundo nivel, el mesosistema, mencionan que se deben “evaluar tres bloques de interrelaciones: las vinculadas al flujo de información, las relacionadas con la potenciación de conductas saludables y las asociadas con el apoyo social” (Torrice et al., 2002, p. 52). En el exosistema se incluyen factores de incidencia indirecta, por tanto es el más difícil de evaluar y el más complicado sobre el que intervenir, algunas variables sugeridas a este nivel son: la historia previa, satisfacción con la atención recibida, las dificultades que han enfrentado ante el tratamiento, entre otras, finalmente, en el macrosistema aplicado en la Psicooncología, se abordan políticas laborales y sanitarias, el nivel cultural y económico del país, así como actividades sociales en torno de la enfermedad.

2. Modelo Transteorético del Cambio

Prochaska y DiClemente (1982) consideran que el cambio es un proceso dinámico en el que la persona puede pasar por distintas etapas. Los autores sugieren seis etapas, en las cuales se incluye la de recaída, según lo expuesto ésta no es un fracaso, sino que forma parte de un círculo espiral. La primera etapa es la de pre-contemplación, aquí no se plantea ningún cambio; la segunda es la de contemplación, en ésta se plantea un cambio; la tercera es la de preparación, en ésta el planteamiento del cambio está cerca de ser realizado; la cuarta es la de cambio, en la cual tienen lugar las acciones de cambio; la quinta es la de mantenimiento, se caracteriza por la a ejecución mantenida de acciones de cambio; mientras que la sexta, denominada recaída, es donde las ejecuciones de los cambios no se mantienen.

Con base en este modelo González-Pisano (2016) elaboró un instrumento de evaluación de la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas en atención primaria de salud, el cual se encuentra expuesto en el apartado de pruebas psicológicas, en este documento.

3. *Modelo Salutogénico*

Este modelo fue propuesto por Antonovsky en 1987. Se centra en explorar el origen de la salud, en lugar de explicar las causas de la enfermedad, tratando de identificar los factores protectores que promueven la salud bajo una visión dinámica del bienestar humano, analizando a la persona en un continuo de salud-enfermedad. Uno de esos factores constituye un concepto central en esta visión, el sentido de coherencia (SOC por sus siglas en inglés).

El SOC originalmente fue definido como una orientación global de personalidad que facilita la solución de problemas de forma adaptativa cuando la gente se encuentra ante situaciones estresantes, por tanto, representa la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno (véase Antonovsky, 1987). Por ello, el SOC ha sido empleado para explicar porqué algunas personas permanecen saludables cuando se enfrentaban a situaciones estresantes y otras caen enfermas (Fernández, 2009).

Existe evidencia, en el ámbito de la Psicología de la Salud, donde es clara la relación entre el estrés y el SOC, por ejemplo, Cornejo y Lucero (2005) afirman que un adecuado control de la tensión en la vida cotidiana determina un afrontamiento exitoso y un concomitante estado de bienestar. En este mismo sentido, en diferentes estudios se ha encontrado que altos niveles de SOC están asociados con altos niveles de optimismo y baja percepción de enfermedad en adolescentes y jóvenes (Feldt, Mäkikangas & Aunola, 2006), con menos probabilidad de percibir sobrecarga y adoptar conductas mal adaptativas o dañinas, así como con mayor probabilidad de redefinir la situación en cuidadores familiares de enfermos ancianos con padecimientos crónicos (Dejo, 2007), con bajos niveles de estrés en estudiantes universitarios (Darling, McWey, Howard & Olmstead, 2007) y con mayor

bienestar psicológico, menor estrés general y menor cansancio emocional en estudiantes universitarios (Fernández, 2009).

En lo que refiere a los padecimientos crónicos, únicamente se detectó un estudio en el cual se analiza la relación entre el SOC y la adhesión al tratamiento en pacientes seropositivos, en éste se afirma que el SOC se relaciona con la adhesión al tratamiento antirretroviral ($r = .43$, $p = .01$) y que se presenta en niveles elevados en personas con nivel educativo profesional (véase Moya, 2014), no obstante, nada se dice del estrés, el cual forma parte de la estructura del modelo.

4. Modelo Psicológico para la Investigación del VIH/SIDA.

Este modelo fue propuesto por Piña-López y Sánchez-Sosa (2007), se centra en la explicación de los comportamientos de adhesión de personas que enfrentan el VIH/SIDA mediante la interacción de un conjunto de variables psicológicas con otras de naturaleza biológica a lo largo de cuatro fases (véase figura 1).

En la fase uno el primer elemento son las situaciones interactivas, -seis estilos que se vinculan con el estrés y seis con competencias-, el segundo elemento son los motivos, los cuales dan direccionalidad al comportamiento y se representan como la elección o preferencia que se manifiesta en forma de diversas actitudes hacia objetos, eventos o personas con los que se entra en contacto en una situación socialmente valorada. La fase dos es de índole biológica y se conforma por el diagnóstico del VIH/SIDA y otras enfermedades oportunistas. La fase tres indaga sobre los estados de ansiedad, aislamiento social, depresión, ira o coraje, principalmente. La fase cuatro nuevamente es biológica y consiste en la modulación y vulnerabilidad biológica, obteniéndose dicha información mediante medidas biológicas, por ejemplo, la carga viral (CD4+).

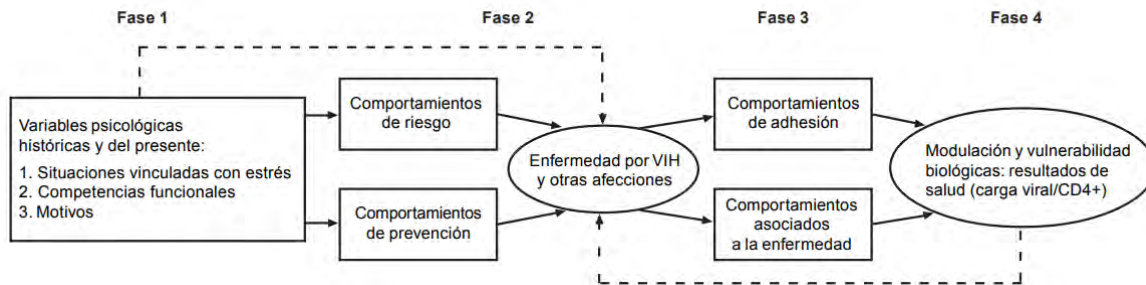


Figura 1. Modelo psicológico para la investigación del VIH/SIDA (Piña-López & Sánchez-Sosa, 2007, p. 403).

Teniendo como base el estudio realizado por Piña-López y Sánchez-Sosa (2007) y un modelo de investigación de adherencia terapéutica ante el VIH/SIDA propuesto por Bransberg, Bronstone y Hofmann (2002), presentan Sánchez-Sosa et al. (2009) “en apariencia” un nuevo modelo psicológico de adherencia terapéutica.

Tras revisar y comparar el estudio efectuado por Piña-López y Sánchez-Sosa (2007) y el elaborado por Sánchez-Sosa et al. (2009) se detectó que la representación gráfica de los modelos es idéntica, las diferencias detectadas son: (1) un cambio de terminología, en el primer estudio abordan, discuten y definen el término adherencia, mientras que en el segundo estudio únicamente abordan *adherencia terapéutica* sin brindar explicación alguna; (2) citar un modelo planteado por Bransberg et al. (2002) el cual incluye a las variables: situaciones vinculadas con estrés, competencias y motivos, las cuales figuran en la representación gráfica de su modelo (véase Piña-López & Sánchez-Sosa, 2007; Sánchez-Sosa et al., 2009), al respecto en el segundo estudio mencionan que estas variables son entendidas de diferente manera en comparación con el estudio original realizado por Bransberg et al. (2002); (3) se proponen anclar los hallazgos detectados con el instrumento VPAD-24 y el modelo propuesto; (4) cambian su enfoque, proponen que en lugar de analizar la interacción de variables distales tal como sugieren en el estudio del año 2007, se haga lo propio con las variables proximales, suponiendo que éstas tienen “una mayor probabilidad de derivarse en

|

intervenciones que mejoren la adhesión terapéutica” (Sánchez-Sosa et al, 2009, p.392) y modifican el análisis de los datos, proponen considerar a las variables distales como independientes o dependientes y emplear otro tipo de análisis, distinto al del estudio previo.

Para sustentar las interacciones planteadas en el modelo propuesto en el año 2009, se apoyan con datos obtenidos de 68 personas mexicanas seropositivas, identificando que los predictores de la adhesión terapéutica son: los motivos, bajos niveles de estrés vinculados con toma de decisiones y con la tolerancia a la frustración, los cuales en conjunto explican el 62.9 % de la varianza total. Concluyendo que el modelo teórico utilizado posee viabilidad teórica y empírica para explicar los comportamientos de adhesión en personas con VIH/SIDA, pero reconocen que el impacto para predecir tales comportamientos únicamente recae en dos de los cuatro factores considerados, por lo que se requiere investigación adicional.

En el estudio realizado por Torres y Piña (2010) buscaron identificar la posible relación de variables psicológicas y sociales con comportamientos de adhesión. Cabe precisar que de estas variables, únicamente las situaciones vinculadas con estrés forman parte de los modelos planteados (véase Piña-López & Sánchez-Sosa, 2007; Sánchez-Sosa et al., 2009). Contaron con la participación de 334 adultos mexicanos diabéticos; los cuales reportaron la frecuencia de tres comportamientos de adhesión: ejercicio físico, dieta y consumo de medicamentos, de una semana anterior al estudio, así mismo se evaluó el apoyo social y las situaciones vinculadas con estrés. Los resultados obtenidos permiten afirmar que bajos niveles de estrés vinculado con toma de decisiones y tolerancia a la frustración, así como alta percepción de apoyo social se relacionan con los tres comportamientos de adhesión considerados.

|

Si bien, los resultados indican relaciones estadísticamente significativas entre las variables analizadas, poco se aporta en cuanto al modelo, dado que de este nada más se retomó una variable, lo más que se puede sostener es que las situaciones vinculadas con estrés, en sus dos modalidades analizadas: toma de decisiones y tolerancia a la frustración están relacionadas con los comportamientos de adhesión, independientemente de cómo se evalúen a éstos.

Por su parte, González, Ybarra y Piña (2012) probaron si los componentes del modelo: situaciones vinculadas con estrés, motivos, desempeño competencial y comportamientos de adhesión, en efecto se relacionan, así como si el relacionarse socialmente produce variaciones en éstas. Emplearon una muestra de 126 mexicanos seropositivos, cuyos resultados únicamente indican que el desempeño competencial y los motivos explican el 39.9% de la adherencia en personas sin dificultades para relacionarse socialmente; mientras que los motivos lo explican en un 53% en personas con dificultades, precisan que aunque estos componentes predicen la adherencia en la muestra, presentar tales dificultades no afectan las conductas de adherencia. Por tanto, se puede afirmar que este estudio representa evidencia respecto a que las variables psicológicas planteadas en el modelo guardan relación estadística y predicen los comportamientos de adhesión.

Según Piña (2008) la *Psicología Interconductual* es una aproximación teórica que es congruente y coherente en el ámbito científico y psicológico. Desde ésta se desprenden los modelos más utilizados en *Psicología y Salud*, los cuales son: el modelo de creencias en salud, de la acción razonada, de la conducta planeada, de la autoeficacia y el psicológico de salud biológica, no obstante, a su juicio, éstos poseen algunas debilidades relacionadas con aspectos de carácter ontológico y epistemológico, con las categorías de análisis, los métodos de evaluación y las interpretaciones de las relaciones detectadas en las

investigaciones básicas y aplicadas. De hecho afirma que los cuatro primeros modelos, comparten la carencia de un análisis conceptual, parten del supuesto de que el ser humano es racional y validan su existencia mediante métodos de medición indirecta.

5. *Modelo de Creencias en Salud*

El modelo de creencias de salud es quizás el único de los prototipos que surgió especialmente para explicar las conductas de salud (Ortiz & Ortega, 2011), por ello es uno de los más utilizados en la investigación e intervención sobre la adherencia terapéutica, no obstante, se le señalan importantes problemas metodológicos, así como limitaciones teóricas en su concepción (Piña, 2008; Vargas & Robles, 1996).

Tal modelo enfoca su atención en dos aspectos: la percepción de amenaza y la evaluación conductual para atacar la amenaza (Conner & Norman, 1996; Ortiz & Ortega, 2011). Los componentes del modelo incluyen la percepción de los siguientes elementos: susceptibilidad, severidad, beneficios percibidos, costos o barreras, claves para la acción (Ortiz & Ortega, 2011) y la motivación (Ehrenzweig, 2007).

La susceptibilidad se refiere a la creencia sobre la posibilidad de desarrollar el padecimiento, la severidad a la percepción de la gravedad del padecimiento y sus consecuencias, la percepción de beneficio implica creencias relacionadas con la eficacia de la conducta de salud recomendada, los costos o barreras a las creencias sobre las posibles dificultades para lograr la ejecución de la conducta, por su parte, las claves para la acción pueden provenir de fuentes internas como los síntomas somáticos o de fuentes externas, como los mensajes educativos diseñados para masas (Ehrenzweig, 2007); finalmente la motivación puede entenderse como una buena disposición a preocuparse por aspectos relativos a la salud propia (Cabrera, Tascon & Lucumí, 2001).

|

Las contribuciones que se destacan en la literatura mediante el uso de este modelo son: proponer a las creencias como elemento relevante para la interpretación de los comportamientos ante el proceso de la salud y la enfermedad, intentar sistematizar el estudio de las creencias en dicho proceso y demostrar la relación existente entre la percepción de adquirir una enfermedad y presentar conductas preventivas (Álvarez, 2002).

6. *Modelo de Acción Razonada*

La teoría de la acción razonada propuesta por Ajzen y Fishbein (1980) asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del ser humano, quien procesa la información de manera sistemática para formar la intención de realizar o no realizar una conducta específica.

El control volitivo o la intención se refieren a la decisión de ejecutar o no una acción particular, dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es considerada la pieza de información más importante para la predicción de una conducta determinada; en consonancia con lo anterior, la volición o intención está determinada por un factor personal (actitud hacia la conducta) y uno social (norma subjetiva); los cuales están en función de las creencias conductuales y normativas, lo que determina el desempeño de una conducta específica bajo ciertas circunstancias (Stefani, 2005).

Fishbein (1990) menciona que en términos generales, este modelo supone que un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y considere que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo.

7. *Modelo de la Conducta Planeada*

Según Sánchez y Enríquez (2011) este modelo es una extensión del modelo de la acción razonada, pues únicamente se agrega una nueva concepción el *control conductual percibido* (CCP) y la consideración de que el comportamiento no siempre es voluntario, también es influido por otras variables. Bajo esta nueva propuesta el CCP es definido como las valoraciones individuales acerca de la facilidad o dificultad para llevar a cabo una conducta preventiva, ejerciendo control sobre las acciones (Fisher & Fisher, 2000).

8. *Modelo de la Autoeficacia*

Este modelo fue desarrollado en el marco de la modificación cognitiva de la conducta (Ortiz & Ortega, 2011); la expectativa de eficacia es la creencia de que se es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para obtener determinados resultados (Bandura, 1987), o como lo llama Ehrenzweig (2007), es la confianza en la propia habilidad para realizar determinada acción.

Cuando este concepto es aplicado en el campo de la salud, las expectativas de autoeficacia pueden afectar de dos maneras: como variable cognitivo-motivacional regulando el esfuerzo para realizar una conducta dada y la persistencia en su realización o como mediador cognitivo de la respuesta al estrés (Villamarín, 1990).

9. *Modelo Psicológico de Salud Biológica*

Este modelo fue aportado por Ribes en 1990. Tiene como antecedentes dos teorías, una de la conducta y otra de la personalidad, en éste se fundamenta lo psicológico en cuatro supuestos. El primero de ellos enuncia que la descripción psicológica de la salud-enfermedad es una dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales; el segundo refiere que los factores biológicos y

|

socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales; en el tercero se puntualiza que los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad; mientras que en el cuarto, se abordan los factores socioculturales, los cuales se consideran como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal (véase Ribes, 1990).

Según Piña (2008) este modelo cuenta con una estructura teórica y conceptual, desagregándose lo psicológico en tres factores. El primero de ellos es la modulación biológica por contingencia, esto supone que el comportamiento participa en la modulación de diferentes subsistemas biológicos de respuesta; el segundo es la personalidad y el tercero son las competencias; pero carece del factor motivos, de variables orgánicas y sociales de naturaleza disposicional, por tanto, es un modelo perfectible.

2.4. Temáticas actuales

Los estudios que figuran en este apartado involucran el estudio de la adherencia a tratamientos psicológicos (Echeburúa, 2013; Gutiérrez et al., 2009; Krebs, González, Rivera, Herrera & Melis, 2013), terapias de rehabilitación física (Abenza et al., 2010) y actividad física (Zarauz & Ruiz-Juan, 2010). Tales aportaciones constituyen una línea actual de investigación sobre la adherencia en el ámbito psicológico. Para su realización, los investigadores recurrieron a muestras de alcohólicos, deportistas lesionados, maratonianos, personas con trastorno de ansiedad y hombres maltratadores. A continuación se exponen cada uno de los estudios.

Echeburúa (2013) efectuó una revisión de documentos internacionales para evidenciar los retos existentes ante la adherencia a terapias en hombres maltratadores, dado

|

que las tasas de abandono del tratamiento son muy altas. Advierte al inicio, que los hombres maltratadores generalmente presentan alguna limitación psicológica, por ello se justifica socialmente este tipo de tratamientos, más no la violencia. La falta de motivación genuina es el factor que más bajas en el tratamiento conlleva, pues la mayoría de los pacientes maltratadores acuden por orden judicial y no por convicción propia; aunado a ello, abundan los factores de recaída, por ejemplo, estrés cotidiano, problemas con la pareja, uso y abuso de sustancias, principalmente.

Gutiérrez et al. (2009) identificaron diferencias entre alcohólicos que han recaído en la adicción y los que no, en cuanto a aspectos relacionados con la adherencia, dicho término se ha empleado en la literatura sobre alcoholismo como equivalente a involucramiento, compromiso, participación y afiliación. Los resultados indican que los alcohólicos no recaídos se ven favorecidos en cuanto al tiempo de asistir a grupos ($t=-3.225$, $gl=181$, $p<.00$), ser padrino de otros compañeros, el despertar espiritual y niveles altos de afiliación.

Krebs et al. (2013) identificaron que la adherencia a psicoterapia en personas que sufren trastornos de ansiedad se ve influida por tres variables: el nivel de ansiedad inicial es la variable que se asocia con mayor riesgo de abandono a la terapia ($ODD = 9,02$, $p = 0,038$), de hecho los pacientes con un nivel de ansiedad moderado o grave tienen 9 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que los sujetos que presentan ansiedad leve o ausencia de ansiedad; las inasistencias avisadas previamente son factor protector para la adherencia del tratamiento ($ODD = 0,59$, $p = 0,026$) y las inasistencias no avisadas son un factor de riesgo ($ODD = 2,33$, $p = 0,005$), existe 2.3 veces más riesgo de abandonar la terapia por cada inasistencia no avisada previamente. Estos resultados ponen en relieve dos problemas importantes, por un lado, bajos niveles de adherencia a la terapia, de los 188 participantes sólo el 23.4% cubrió los criterios de adherencia, aunado a que la terapia es un

|

factor determinante en el control de este tipo de padecimientos, por tanto, la calidad de vida de quienes los presentan y de sus familiares inmediatos se ve afectada.

Abenza et al. (2010) analizaron la relación de diferentes estados de ánimo (tensión, depresión, cólera, vigor y fatiga) y el nivel de adherencia a un programa de rehabilitación en atletas lesionados. Los resultados indican que cuando el nivel de adherencia es mayor, el vigor y la fatiga también lo son; lo que resulta benéfico para la intervención y justifica la inclusión de estos aspectos psicológicos (estados de ánimo) durante el proceso de rehabilitación.

Zarauz y Ruiz-Juan (2010) proponen el término súper-adherencia, el cual hace referencia a un compromiso por correr que se acompaña con una adicción negativa a correr, es decir, es un comportamiento patológico obsesivo dado que la conducta de correr se lleva a límites donde figura el deterioro de la calidad de vida. En su estudio identificaron que los niveles de compromiso por correr en los hombres se predicen por los años corriendo, los kilómetros entrenados a la semana, altos puntajes en las motivaciones de significado de la vida-autoestima, metas psicológicas y salud, así como por bajos niveles de motivaciones de reconocimiento, explicándose así el 31.7 % de la varianza; en el caso de las mujeres los puntajes altos en las motivaciones de metas psicológicas y significado de la vida-autoestima explican el 40.5 % de la varianza.

Capítulo 3. Diabetes Mellitus

Este capítulo está destinado, principalmente, a exponer parte de los estudios efectuados en el ámbito de la Psicología en muestras de pacientes diabéticos, no obstante, de manera general se exponen aspectos médicos y estadísticos sobre la DM.

3.1. Clasificación y Definición

En términos médicos la DM es una enfermedad que pertenece a cuatro clasificaciones: enfermedades no transmisibles, crónicas, metabólicas y endocrinas. Las enfermedades no transmisibles (ENT) son padecimientos que se distinguen porqué sus causas no son agentes infecciosos específicos, ni productos tóxicos en un huésped susceptible con capacidad de contagiar a otros huéspedes; sus causas están relacionadas con factores de riesgo comunes modificables (OMS, 2010).

Las enfermedades de tipo crónico son aquellas se categorizan en función del tiempo, conforme a la definición de la OMS (2004) este tipo de enfermedades son de larga duración y por lo general, de progresión lenta; mientras que acorde a la terminología médica de ámbito internacional, su fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca (véase Gérvas, 1999).

Las enfermedades metabólicas son reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen el proceso que usa el organismo para obtener o producir energía por medio de los alimentos que se ingieren, produciendo el exceso o carencia de sustancias necesarias para mantenerse saludable; algunas enfermedades afectan la descomposición de los aminoácidos, carbohidratos, lípidos, o bien, la parte de las células que producen la energía (Medline, 2017).

Por su parte, las enfermedades endocrinas son afecciones que involucran al sistema de glándulas, el cual produce hormonas que, al llegar por vía sanguínea a ciertas células,

hacen que éstas lleven a cabo determinadas acciones, como coordinar, controlar y regular diferentes órganos, para que todo el cuerpo funcione correctamente como una unidad (Cabello, s/a).

En el tenor de la definición, para la Asociación Americana de Diabetes ([AAD], 2010) la DM es un grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, en la acción de la misma y/o a ambas condiciones. Por su parte la OMS (2004) establece que es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

3.2. Tipologías

La DM no es una única enfermedad, en dichos términos suelen englobarse diversas tipologías relacionadas con alteraciones metabólicas de los carbohidratos. A continuación se exponen brevemente los diferentes tipos de DM.

3.2.1. Diabetes Mellitus Tipo 1

En esta tipología las células beta del páncreas han sido dañadas o atacadas por el propio sistema inmune del cuerpo (autoinmunidad). Como resultado de este ataque las células beta mueren y no producen la cantidad requerida de insulina para mover la glucosa dentro de las células y ser utilizada como fuente de energía, causando una hiperglucemia. Puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnóstica con mayor frecuencia en niños, adolescentes y/o adultos jóvenes (Medline, 2017). Se estima que cerca del 5 al 10% de los casos fueron identificados antes de los 30 años de edad, pero puede ocurrir a cualquier edad (Guerrero, 2016).

En el plano psicológico, esta tipología de DM representa un trauma significativo para los jóvenes y sus familiares pues implica una amenaza de vida debido al alto riesgo de complicaciones a largo plazo, el riesgo de adquirir alguna discapacidad y cambios

necesarios en el estilo de vida, lo anterior disminuye la esperanza y la calidad de vida, aunado a que provoca un permanente contacto con personal e instituciones sanitarias (Wasserman & Trifonova, 2006).

3.2.2. Diabetes Mellitus Tipo 2

En este caso las células beta del páncreas producen insulina, pero la cantidad no es suficiente o el cuerpo no la utiliza de manera correcta (resistencia de insulina), como fuente de energía (Guerrero, 2016). Generalmente se presenta en la edad adulta, aunque ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes que presentan problemas de obesidad (Medline, 2017).

3.2.3. Diabetes Mellitus Gestacional

Medina-Pérez et al. (2017) realizaron un estudio de revisión que permite orientar el diagnóstico y tratamiento de la DM en mujeres gestantes. Mencionan que la definición sobre esta patología todavía se discute en el ámbito médico, pero que a groso modo comprende cualquier grado de intolerancia a la glucosa que es reconocido o identificado por primera vez en el embarazo. Este hecho prevalece entre el 1 y 14% de las embarazadas, en México complica entre el 8 y 12% de los embarazos, aunque es necesario indicar que esta cifra sigue en aumento. La presencia de este tipo de diabetes se asocia con resultados maternos y neonatales adversos, las madres tiene mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2 en los años siguientes a su embarazo y sus hijos tienen mayor riesgo de padecer obesidad y DM.

3.3. Factores de riesgo

El hecho de considerar que las enfermedades no transmisibles son un problema atribuible únicamente a conductas y modos de vida individuales nocivos constituye una barrera para la formulación de políticas públicas, además de ser una perspectiva que lleva a menudo a

|

“culpar” a la persona enferma (OMS, 2010). No obstante, existen comportamientos y modos de vida relacionados con el desarrollo y agravamiento de las ENT, de manera particular, respecto a la DM se reconocen como factores de riesgo modificables al sedentarismo y a las dietas no saludables (Escobedo-de la Peña et al., 2011; OMS, 2012).

En diversas campañas se reconoce e informa que la actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, DM y cánceres de mama o colon; que el sedentarismo aumenta entre 20% y 30% el riesgo de morir por cualquier causa; que el consumo suficiente de frutas y verduras reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal; que un consumo elevado de sal aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares; el elevado consumo de grasas saturadas y ácidos grasos *trans* acelera la presencia de enfermedades cardiovasculares y el alto consumo de azúcares aumenta la probabilidad de presencia y/o agravamiento de la DM (OMS, 2012).

En los pacientes diabéticos se hace hincapié en cuanto al consumo de azúcares dado que su orina contiene partículas no metabolizadas, no obstante, un nuevo enfoque centra mayor atención en las grasas, pues cuan mayor grasa exista en la alimentación, mayor dificultad tendrá la insulina para llevar azúcar a las células; aún no se sabe con certeza la razón por la cual esto sucede, pero sí se sabe que disminuir el consumo de grasas y perder grasa corporal ayuda a la insulina a hacer un mejor trabajo (Barnard, Massey, Cherny, O'Brien & Pritikin, 2003).

Otros factores de riesgo asociados a la DM son: la predisposición genética y algunas enfermedades altamente asociadas a estilos de vida nocivos, tal es el caso de la hipertensión, el sobrepeso, la obesidad, hipertrigliceridemia y bajos niveles de HDL (Escobedo-de la Peña et al., 2011), cabe mencionar que recientemente se consideraron a la

insuficiencia del sueño, la mala calidad de éste y a la apnea obstructiva como factores de riesgo ante el desarrollo de la DM (véase Joseph & Golden, 2014).

3.4. Signos y síntomas

Los principales síntomas mediante los cuales se expresa la enfermedad son: la polidipsia (exceso de sed), polifagia (sensación incontenible de hambre), poliuria (excreción abundante de orina), perder peso sin proponérselo y dificultades para cicatrización de heridas (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2013). No obstante, existen otros indicadores asociados al descontrol glucémico, acorde a lo reportado por Ship (2003) las manifestaciones orales de la DM pueden involucrar: síndrome de boca ardiente, candidiasis, caries dental, gingivitis, glosodinia, liquen plano, disestesias neurosensitivas, periodontitis, disfunción salival, disfunción del sentido del gusto y/o xerostomía, esta última es la sensación de boca seca, la cual es causada por la baja producción de saliva debido al excesivo desecho de orina o a una afectación de la membrana basal, este padecimiento afecta al 62% de los pacientes diabéticos tailandeses (véase Khovidhunkit et al., 2009).

3.5. Complicaciones

La Asociación Latinoamericana de Diabetes ([ALAD], 2008) establece que una vez adquirida la enfermedad, los cuadros prolongados de descontrol generan complicaciones oftalmológicas tales como: retinopatía diabética, cataratas, glaucoma y/o lesiones en la córnea; complicaciones renales, afecciones neurológicas, pie diabético, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedades coronarias.

En el caso de México, los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT] indican que el 54.5% de los pacientes diabéticos entrevistados reportó visión disminuida, 11.19% daño en retina, 9.9% pérdida total de la

|

vista, 9.1% úlceras corporales, 5.5% amputaciones derivadas por la DM, 41.2% reportó ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies, 20.4% no poder caminar más de seis minutos sin sentir fatiga y el 16% haber estado hospitalizado por complicaciones de la DM (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Con la intención de disminuir la frecuencia y severidad de las complicaciones en los pacientes diabéticos fueron implementadas medidas preventivas que deben llevarse a cabo al revisar a un paciente diabético, éstas se encuentran expresadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2 publicada en el año 2010 y están dirigidas al personal sanitario.

Sin embargo, los datos obtenidos mediante la ENSANUT indican que en México únicamente el 20.9% de los pacientes diabéticos reportó haber sido revisado de los pies, 15.2% contar con mediciones de colesterol y triglicéridos recientes, 15.1% haberse vacunado contra la influenza, 14.2% contar con análisis de orina y microalbuminuria y 13.1% contar con una revisión oftalmológica (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

3.6. Prevalencia

De manera general y acorde a lo reportado por la OMS (2010) las ENT son la principal causa de mortalidad en el mundo. Cerca del 80% de las defunciones por estas patologías tiene lugar en países de ingresos bajos y medios, cobrando la vida incluso de personas menores de 60 años de edad. En cuanto a la DM los datos indican que es altamente frecuente en la población adulta, afecta a más de 171 millones de personas alrededor del mundo, aunado a que existe la posibilidad de que en menos de 15 años se tengan 366 millones de enfermos (véase Wild, Roglic, Green, Sicree & King, 2004), de los cuales 12 millones pueden ser mexicanos (International Diabetes Federation, 2015).

|

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática ([INEGI], 2013) se dio a conocer que en el contexto mexicano, desde el año 2001 hasta el 2012 las enfermedades crónicas no han presentado cambios, los tres padecimientos que más han afectado a la población son: hipertensión arterial, DM y artritis, seguidos de las afecciones pulmonares, infartos, embolias y cánceres. Se estima que 9.4% de la población de enfermos crónicos padecen DM, cuyas edades oscilan entre 60 y 79 años de edad, predominando las mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

3.7. Investigaciones sobre DM en el ámbito de la Psicología

La literatura publicada en el ámbito psicológico sobre DM constituye un porcentaje importante de la producción total. En esta sección se tuvo por objetivo resaltar las aportaciones realizadas al conocimiento sobre la DM, así como mostrar la influencia de algunos aspectos psicológicos en el padecimiento y manejo de la DM.

Se exponen únicamente trabajos que no se han considerado en otras secciones de la presente tesis, se precisa que las publicaciones que involucran el estudio del afrontamiento desde los modelos propuestos por Lazarus y Folkman (1984; 1991) y por Lazarus (2000) se ubican en el primer capítulo, mientras que las que refieren información relativa a la adherencia se encuentran expuestas en el segundo capítulo.

Se comienza con los instrumentos psicométricos. Para los psicólogos resulta necesario e importante contar con instrumentos de medición que permitan recabar datos sobre aspectos conductuales y cognitivos, las aportaciones realizadas en este rubro comprenden el diseño de un instrumento que permite la evaluación de conductas de adherencia terapéutica en mujeres con diagnóstico de DM gestacional (véase Díaz, Mendoza & Belmont, 2004), un cuestionario que evalúa actividades de autocuidado en pacientes diabéticos (véase Toobert, Hampson & Glasgow, 2005), la traducción y

|

validación de un instrumento sobre afrontamiento y proceso de adaptación ante la DM (véase Lazcano-Ortiz, Salazar-González & Gómez-Meza, 2008) y la creación y validación de una escala para evaluar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de DM e hipertensión arterial (véase Salinas, Espinosa & González, 2014).

Otra aportación de los psicólogos es el diseño y aplicación de intervenciones. Se considera que esta actividad es fundamental en el manejo de las enfermedades crónicas, dado que puede reducir a mediano plazo los costos instrumentales, temporales y profesionales (Orozco-Gómez & Castiblanco-Orozco, 2015). En un meta-análisis sobre las intervenciones conductuales dirigidas a modificar el autocuidado de los pacientes diabéticos, el cual fue realizado por Olivares, Sánchez y Rosa (1998) se menciona que las intervenciones más frecuentes están dirigidas a entrenar habilidades de autocuidado, efectuar intervenciones para mejorar el autocuidado y una fusión de las anteriores, la cual también involucra la adherencia y el afrontamiento del estrés, siendo estas últimas las más eficaces, aunadas con técnicas de modelado de cuidados (administración correcta de medicamentos, dieta y control de glucemia).

Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa (2005) aplicaron de manera individual una intervención terapéutico-educativa orientada a restaurar la calidad de vida de los pacientes considerando las variables: estilos de afrontamiento, depresión, ansiedad, nivel de glucosa y nivel de presión sanguínea. Los resultados obtenidos indican que la intervención es eficaz dado que identificaron efectos positivos en las variables evaluadas, además este estudio muestra el impacto en el costo-beneficio de la atención a los pacientes con DM.

Por su parte, Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco (2015) tras unificar la literatura sobre el modelo cognitivo-conductual, afirman que éste facilita los ajustes en el estilo de

|

vida de pacientes con enfermedades crónicas, genera mayor adherencia al tratamiento, minimiza los riesgos de recaída y mantiene el nivel de calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean.

Los datos clínicos que se han obtenido en las investigaciones psicológicas coinciden con los reportados por instituciones de salud e indican que los pacientes con DM presentan descontrol metabólico, complicaciones asociadas a la DM (Colunga-Rodríguez, García, Ángel-González & Salazar-Estrada, 2008; Oviedo & Reidl, 2006) e incapacidades físicas (Oviedo & Reidl, 2006), lo cual está altamente determinado por presencia de fallas en el seguimiento de la dieta y en la realización de actividad física.

Granados y Escalante (2010) afirman que la adherencia a la dieta y al ejercicio físico son los rubros donde generalmente se presentan los puntajes más bajos. Acorde a lo reportado por los pacientes con DM el seguimiento de la dieta se complica, en el caso de los hombres, por los horarios de trabajo y las asistencias a reuniones familiares y/o sociales, mientras que en el caso de las mujeres se debe a la cotidianidad y saturación de actividades domésticas (Santamaría, Orozco, Rodríguez, Iglesias & Jiménez, 2010).

En otro sentido, se menciona que durante los inicios del siglo XX los estudios realizados sobre las características del paciente diabético, estaban centrados en la personalidad, no obstante, se sostiene que el paciente diabético no es psicológicamente distinto al resto de la población (Portilla, Romero & Román, 1991), lo que si ocurre con frecuencia es que determinados aspectos sociales y psicológicos permiten diferenciarlos en función del nivel de atención médica (Colunga-Rodríguez et al., 2008; Miyar, Zanetti & Teixeira, 2007; Toledano et al., 2008) y/o condiciones físicas (Font, del Valle, Sánchez, Gallego & Lashey, 2014; Osuna et al., 2014; Rivera-Ledesma et al., 2012).

|

Por ejemplo, se ha identificado que las conductas de autocuidado propias de la DM están determinadas en gran medida, tanto por aspectos psicológicos (Peyrot & Rubin, 2007) pues ejecutarlas provoca agotamiento físico y sensaciones negativas tales como: ira, ansiedad y/o angustia (Peyrot et al., 2005), así como por falta de conocimiento sobre la enfermedad (Miyar et al., 2007; Rodríguez & Rentería, 2016).

Las caracterizaciones realizadas en pacientes diabéticos ambulatorios indican que éstos presentan predominantemente un estilo de afrontamiento evitativo, baja autoestima y elevado distrés (Oviedo & Reidl, 2006); niveles bajos de bienestar psicológico y regímenes pobres de adherencia, especialmente en la dieta y el ejercicio (Granados & Escalante, 2010; Peyrot & Rubin, 2007); alto estrés, depresión alta (Colunga-Rodríguez et al., 2008); carecen de información sobre la alimentación que deben seguir, el tiempo que deben durar ejercitándose y el momento más ideal para realizar actividad física, pero conocen aspectos relativos al ejercicio físico que deben realizar, así como la importancia de acudir a chequeos médicos (Santamaría et al., 2010). En el caso de los pacientes que ya desarrollaron daño renal y requieren tratamiento dialítico presentan una disminución en la calidad de vida física, mayor ansiedad ante la muerte y empleo de los estilos de afrontamiento de tipo disfuncional y emotivo-agresivo (Rivera-Ledesma et al., 2012).

En cuanto a la influencia de variables psicológicas, en la literatura se menciona la existencia de una relación entre la DM y la depresión. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2010) ser una persona con DM aumenta al doble la probabilidad de presentar depresión y/o tener depresión predispone a padecer DM; en este mismo sentido Egede, Zheng y Simpson (2002) afirman que las personas con diagnóstico de DM y depresión presentan síntomas y complicaciones de DM más graves, en comparación de aquellas que únicamente son diabéticas, mientras que Peyrot et al. (2005) identificaron que la presencia

|

de depresión se asocia con peores conductas de autocuidado y con indicadores deficientes de control metabólico.

Durante décadas se ha considerado que el estrés afecta a la salud (Lazarus, 2000), en el caso del padecimiento de DM los resultados reportados indican que altos niveles de estrés se asocian con descontrol metabólico en adolescentes diabéticos (Ortiz, 2006; 2008); que en la medida que incrementa la percepción de estrés, disminuye la capacidad de afrontamiento y la adaptación psicosocial (Lazcano & Salazar, 2007), mientras que presentar bajos niveles de estrés se relaciona con la ejecución de ejercicio físico, dieta y consumo de medicamentos en adultos diabéticos (Torres & Piña, 2010).

Por su parte, Canales y Barra (2014) identificaron que el apoyo social y la autoeficacia se relacionan con la adherencia al tratamiento, tanto en su aspecto farmacológico como en la compensación metabólica, pues el padecimiento de DM implica más allá de ingesta de medicamentos, es necesario atender diferentes cuidados para evitar complicaciones propias de la enfermedad, por otro lado, argumentan que percibirse con autoeficacia tiene consecuencias benéficas para el funcionamiento de la persona en general y aumenta la probabilidad de llevar a cabo exitosamente las indicaciones médicas.

Proyecto de investigación

Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas representan tanto un problema, como un reto de salud a nivel mundial. La alta prevalencia, la alta presencia de factores de riesgo en población aún sana, elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, el alto costo para su atención a nivel familiar, nacional e internacional, entre otras circunstancias hacen que éstos sean un problema; el mismo hecho, a su vez representa un reto dado que se tiene conocimiento respecto de que mediante cambios en el estilos de vida y la ejecución de conductas de salud, las tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad pueden disminuir.

El control de la enfermedad crónica es la principal medida de protección ante el deterioro físico, las complicaciones y las tasa de mortalidad (OMS, 2012), una variable clave para lograrlo es la correcta adherencia terapéutica, se dice que ésta “tiene un papel protector ante la enfermedad... contribuye a que no progrese, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud” (Martín & Grau, 2004, p.92), sin embargo, los datos obtenidos presentan un panorama desalentador, por ejemplo, en muestras de adolescentes diabéticos Ortiz (2008) identificó que únicamente el 10% presentaron buen control metabólico; mientras que en estudios con muestras de adultos se reportaron problemas de control metabólico y adherencia (Camarillo, 2012; Gutiérrez-Angulo, Lopetegi-Uranga, Sánchez-Marín & Garaigordobil-Landazabal, 2012), poniendo en relieve el alto riesgo de complicaciones debido a la enfermedad y a la falta de adherencia en pacientes diabéticos.

Desde la Psicología se ha explorado la relación de más de 30 variables con la adherencia terapéutica, lo que ha permitido afirmar que percibir apoyo social (DiMatteo, 2004), presentar elevada autoeficacia (Smalls et al., 2012), ejecutar conductas de

|

autocuidado (Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy, 2013), experimentar bajos niveles de estrés (Ortiz, 2006) y emplear estrategias de afrontamiento dirigidas a la acción (Julien, Senécal & Guay, 2009) favorece las conductas de adherencia.

Por ello se propuso realizar una investigación que permitiera conocer las repercusiones del estrés, el afrontamiento y las emociones ante la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos en distintos niveles de atención médica de la enfermedad. Es sabido que las conductas de adherencia deben iniciar, propiamente, justo después de recibir un diagnóstico y tratamiento médico y que en el caso de las enfermedades crónicas se deben mantener de por vida, por ello el interés se centró en identificar las posibles relaciones entre las variables en distintos niveles de atención médica, los cuales están en consonancia con los diferentes momentos del padecimiento de la DM.

La medición del estrés-afrontamiento-emociones es una novedad en el ámbito de las enfermedades crónicas, pues los estudios existentes han involucrado la creación de un cuestionario para su medición (Vega et al., 2012), el análisis de situaciones estresantes como lo es la crianza de hijos pequeños (Vega et al., 2013), la vivencia de situaciones estresantes en la adolescencia (Berra et al., 2014; Muñoz et al., 2015) y ante problemas de peso corporal en adolescentes (Muñoz, 2016). En todos los estudios se han corroborado las relaciones teóricamente establecidas entre los tres componentes del modelo, lo que dio pauta para explorar dichas relaciones en el contexto de las enfermedades crónicas.

Justificación

Se consideró necesario explorar la relación de la triada teórica ante la adherencia terapéutica dado que se identificó que no se han estudiado a las emociones en dicho contexto, a pesar de la evidencia que muestra que experimentar determinadas emociones

|

constituye un riesgo para la salud afectando los hábitos, agravando enfermedades y distorsionando las conductas de las personas enfermas (Castro & Edo, 1994).

Además, Lazarus (2000) indica que la relación teórica establecida entre el estrés-afrontamiento-emociones es susceptible de ser aplicada en diversos contextos y que el estrés nos dice poco sobre los detalles de la lucha de la persona por adaptarse, mientras que “la emoción..., amplía la riqueza de lo que puede decirse sobre los esfuerzos de adaptación” (p.45).

Realizar este proyecto amplió el conocimiento sobre la adherencia terapéutica y las variables psicológicas implicadas, representando evidencia sobre la necesidad de incluir en las intervenciones psicológicas técnicas que reduzcan el estrés, que posibiliten un afrontamiento dirigido a la acción y que ayuden a manejar las emociones que impactan ante los comportamientos de adherencia.

Pregunta de investigación e Hipótesis

La investigación que se presenta, se efectuó para responder ¿Cómo se relacionan el estrés, el afrontamiento y las emociones con la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención médica?

Con base en los supuestos expresados en el modelo transaccional revisado se plantearon las siguientes hipótesis:

1. Los pacientes que experimentan altos niveles de estrés, emplean estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, experimentan emociones provocadas por condiciones vitales desfavorables y presentan bajos niveles de adherencia terapéutica.
2. Los pacientes que experimentan bajos niveles de estrés, emplean estrategias de afrontamiento dirigidas a la acción, experimentan emociones provocadas por

|

condiciones vitales favorables positivas y presentan altos niveles de adherencia terapéutica.

Para contestar lo anterior y mantener o rechazar las hipótesis planteadas se efectuó una investigación en tres fases. La primera de ellas consistió en la actualización y el estudio de las propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia Terapéutica, lo cual conforma el estudio 1.

En la segunda fase se realizó, en primer lugar, el análisis de fiabilidad de los instrumentos psicométricos a emplear en la investigación; así como una clasificación por nivel de atención médica y una caracterización de los participantes, exponiéndose los datos en el estudio 2.

Mientras que en la tercera fase se comprobó de manera empírica las relaciones establecidas en el modelo transaccional revisado y las repercusiones de sus componentes ante la adherencia terapéutica, lo cual se muestra en los estudios 3 y 4.

Fase 1. Construcción y validación de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica.

Las pruebas psicológicas representan una de las principales herramientas de trabajo del psicólogo, tanto en la investigación como en la práctica profesional (Carretero-Dios & Pérez, 2007), por ello, es una obligación cerciorarse de que “éstas se basan en datos sólidos que garanticen la confiabilidad y validez” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007; p.51), así como elaborarlas con responsabilidad, basándose en un procedimiento respaldado con evidencias, procurando siempre cubrir los lineamientos establecidos. En cualquier caso, se deben atender ciertas directrices para tomar decisiones respecto a la creación y aplicación de pruebas psicológicas.

En la literatura se encuentran varias aportaciones centradas en propuestas metodológicas para la construcción de escalas de medición (véase Carretero-Dios & Pérez, 2005; 2007; DeVellis, 2003; 2012; Hinkin, Tracey & Enz, 1997; Zapata & Canet, 2008), así como criterios clásicos y actuales sobre técnicas de análisis (véase Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014). Considerando que el constante avance en el estado del conocimiento de cualquier tema de interés produce el establecimiento de nuevos aspectos y/o variables que resulten importantes para su abordaje y aceptando que los instrumentos de medida son susceptibles de ser mejorados (Wilson, Carter & Berg, 2009) se planteó elaborar una versión actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT).

Las bondades referidas por otros autores sobre dicho instrumento incluyen que posee adecuadas propiedades psicométricas las cuales se replican en otras muestras (Olvera, 2012; Tobar, 2016), no está dirigido a ninguna enfermedad en particular y contiene reactivos referidos a la interacción médico-paciente (Pérez-Villanueva, 2013), existe un

|

buen nivel de concordancia entre los reactivos y su agrupación factorial (Quiroz, 2012; 2014), permite comparar diferentes tipos de poblaciones de enfermos, identificar aspectos del tratamiento que presentan menor adherencia, así como aquellos rasgos comunes de pacientes adherentes y no adherentes (Soria et al., 2009). Además de contar con una definición aceptada por diversos profesionales, la cual enuncia que en el ámbito psicológico, la adherencia terapéutica es un “conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las prescripciones médicas que conllevan al control de la enfermedad” (Soria et al., 2009, p.92).

Carrillo, Marín y Ortiz (2014) mencionan que ésta expresa de manera amplia al fenómeno, ya que da lugar a diferentes dimensiones del cuidado del ser humano; además supone una participación activa por parte del paciente y efectiva para el control de la enfermedad (Castillo, 2016). Sin embargo, dicha escala puede mejorar en diversos aspectos.

Un error común es definir conceptual u operacionalmente un concepto, teniendo como base otros (Piña, 2013), este hecho ha tenido lugar en variadas ocasiones (véase Piña-López y Sánchez-Sosa, 2007; Soria et al., 2009), por tanto la definición debe ser mejorada y eliminar el término *cumplimiento* de la misma; otro detalle identificado es que el término adherencia terapéutica debe aplicarse cuando se aborden por los menos tres de los factores o dimensiones que la componen (véase OMS, 2004), en el caso de la EAT, se emplea dicho término, pero, los reactivos sólo aluden a conductas pilares referidas al tratamiento (ingesta de medicamentos, seguimiento de dieta, asistencia a consultas y cambios en el estilo de vida), por tanto, se debe ajustar la terminología empleada; además algunos reactivos parecen no tener pertinencia en los factores que se agruparon, por ejemplo, en el factor denominado “Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos” figura un reactivo que

|

enuncia “si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento”, por ello es necesario corroborar la estructura factorial del mismo.

Con base en lo anterior, se consideró necesario realizar una versión actualizada de dicho instrumento, en la cual se superen las limitaciones de la existente. Dadas las características de los reactivos y las propiedades métricas de la existente se planteó únicamente complementarla, dando lugar a una nueva versión que permita, a distintos profesionales implicados en la salud, la evaluación de conductas de adherencia terapéutica en pacientes con alguna enfermedad crónica, atendiendo a los lineamientos internacionales para construcción de pruebas.

Objetivo general

Construir una nueva versión de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), así como evaluar las propiedades psicométricas de ésta.

Objetivos específicos

1. Identificar y atender los lineamientos internacionales para construcción de pruebas.
2. Calcular la fiabilidad de la versión actualizada de la Escala de Adherencia terapéutica (VAEAT).
3. Identificar la estructura subyacente de la VAEAT.

Diseño y tipo de estudio

El presente estudio es prospectivo, transversal, descriptivo y no experimental.

Tamaño y tipo de muestra

El tamaño de la primera muestra de este estudio se determinó considerando los lineamientos propuestos por Babbie (2000), los cuales indican que una prueba piloto debe ser aplicada a 30 o 50 participantes que posean los atributos que se desean medir en la

población objetivo. En este caso empleamos los datos de 40 pacientes adultos con diagnóstico de alguna enfermedad crónica.

Una vez que se definió la versión final del instrumento, este fue aplicado a 200 participantes, dado que se obtuvo la estructura factorial del instrumento y en esos casos se sugiere que el tamaño de la muestra esté en función del total de reactivos del instrumento, multiplicados por cinco participantes por reactivo (véase Gorsuch, 1983). En ambos casos la muestra fue intencional y no probabilística.

Método

Participantes

Para la realización del presente estudio la muestra se conformó por 200 participantes. El 74% fueron mujeres, el 36% hombres; con edades comprendidas entre 23 y 89 años de edad ($\bar{X} = 56$; $s = 13.54$); de los cuales el 52% reportó acudir a instituciones públicas para la atención de la enfermedad, el 20% a particulares y el 28% restante asistía a ambas instituciones.

Instrumentos

Escala de Adherencia Terapéutica (Soria, Vega & Nava, 2009)

Consta de 21 ítems que conforman tres factores: (1) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, (2) Seguimiento médico-conductual y (3) Autoeficacia, los cuales permiten detectar el cumplimiento de las recomendaciones médicas; consiste en que se responda bajo una escala de 0 a 100, el porcentaje que se considera indica la efectividad de su conducta. En el artículo presentan la culminación de una serie de estudios que iniciaron con la construcción del instrumento y la aplicación de estudios piloto, que sirvieron para monitorear desde las primeras versiones de la EAT (que fue de 56 reactivos) hasta la introducción, retiro y redacción de nuevos reactivos. Para probar las propiedades

|

psicométricas del mismo participaron 200 enfermos adultos crónicos, los resultados obtenidos en esa ocasión respecto a confiabilidad fueron: a nivel general $\alpha=.919$, en el factor 1 $\alpha=.877$, en el factor 2 $\alpha=.798$ y $\alpha=.850$ en el factor 3, además por cada ítems las puntuaciones fueron superiores al .883 (Anexo 1).

Procedimiento

El presente trabajo se orientó a la modificación, validación y análisis psicométrico de un instrumento de medición. Se expone de manera consecutiva el proceso de actualización de la escala en cuestión, dado que la construcción se efectuó considerando las pautas presentadas por Carretero-Dios y Pérez (2007), las cuáles son aplicables únicamente a los auto-informes que contengan una escala de respuesta tipo Likert, cuya finalidad sea evaluar un constructo relacionado con la Psicología Clínica y/o de la Salud; así como los ocho pasos para el desarrollo de escalas propuestos por DeVellis (2003; 2012), lo que implica una exposición encadenada de las acciones realizadas.

Acorde a los lineamientos citados el primer paso es la creación de la definición conceptual, en el presente estudio no se cuenta con una definición conceptual, ya que no se parte de ninguna propuesta teórica. Se aceptó y retomó la definición sugerida por la OMS, la cual enuncia que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dimensiones o factores,... los cuales son: socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento y el paciente” (OMS, 2004, p.27).

A nivel operacional, la adherencia terapéutica se evaluó mediante reactivos que involucran tres factores: el primero se relaciona con el tratamiento, mide la frecuencia con la que una persona que padece una enfermedad crónica, tras recibir un diagnóstico y tratamiento médico, ejecuta las conductas indicadas por su médico tratante con la finalidad

|

de controlar el padecimiento detectado en el mismo; el segundo está relacionado con el paciente: mide la frecuencia con la que la persona que padece la enfermedad crónica coincide con afirmaciones que involucran aspectos relacionados con la atención y diagnóstico brindados por el médico tratante, lo cual ha de repercutir en la ejecución u omisión de las conductas indicadas; finalmente, el tercero ésta relacionado con la enfermedad: mide la frecuencia con la que la persona que padece la enfermedad crónica, modifica conductas referidas a la alimentación e incorpora otras como monitorear sus indicadores biológicos y realizar ejercicio, lo cual ha de reflejarse en su estado de salud.

El siguiente paso consistió en elaborar una serie de reactivos que expresan situaciones particulares que tienen lugar en el contexto de la atención médica ante un padecimiento de tipo crónico; se evitó emplear reactivos redundantes, se cuidó que los reactivos estén centrados en medir una sola situación y que no fueran extensos, los casos que exceden las 15 palabras se debe a que éstos contienen elementos que apoyan a la comprensión del mismo; se incluyeron algunos reactivos de sentido negativo, esto con el fin de identificar sesgos en las respuestas, considerándolos elementos de validación. Cabe precisar que los reactivos se elaboraron pensando en una escala de respuestas tipo Likert, ya que el interés está centrado en conocer la frecuencia de ocurrencia de tales comportamientos.

Una vez definido el banco de reactivos por los investigadores, fue presentado a un grupo de expertos. Se atendieron las sugerencias brindadas y en conjunto se determinó una versión de prueba compuesta por 40 reactivos, de los cuales 10 son negativos, estos fueron aplicados a un grupo de 40 participantes.

Se creó una base de datos en el programa SPSS versión 24. Posteriormente, se calculó la fiabilidad de los reactivos mediante la Alpha de Cronbach, se identificó que los

|

reactivos presentaran respuestas en todas las opciones y que no hubiese problemas de comprensión. Posteriormente, se tomó la decisión de aplicar la versión de 40 reactivos a una muestra más numerosa, compuesta de 200 pacientes diabéticos.

La aplicación de los instrumentos se efectuó de manera individual y considerando las pautas éticas expuestas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), siendo los escenarios las salas de espera de diferentes instituciones de salud. Una vez obtenidos los datos, éstos fueron vaciados a una base creada en el Programa SPSS versión 24.

Enseguida se solicitaron las pruebas necesarias en el programa. Según DeVellis (2003) el examen inicial del desempeño de los reactivos debe darse en este orden: la correlación, la varianza y la fiabilidad. En esta etapa, el primer paso fue obtener las correlaciones entre los elementos, dado que “la primera cualidad que buscamos en una escala es que los elementos estén altamente intercorrelacionados” (DeVellis, 2012, p. 105), lo cual se determina al inspeccionar la matriz de correlaciones.

El siguiente paso fue el análisis de la estructura interna, la técnica que tradicionalmente se ha empleado es el análisis factorial, el cual “generalmente es una parte del proceso de desarrollo de toda escala” (DeVellis, 2012, p.108). Atendiendo a las recomendaciones expuestas por diversos autores se definió aplicar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), con extracción de Máxima Verosimilitud (MV) y no por Componentes Principales (CP); esto debido a que ese “no es un procedimiento para estimar el modelo factorial, sino un método para reducir el número de variables” (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; p. 26), por otro lado, “se recomienda usar el método MV, factorizando la matriz de correlaciones producto-momento de Pearson, si los ítems tienen un número suficiente de categorías de respuesta (5 o más)” (Lloret-Segura et al., 2014; p. 1158), como fue el caso.

|

La selección de factores se determinó mediante el gráfico de sedimentación, lo cual, es el segundo criterio más empleado en el marco del análisis factorial (Cattell, 1966), aunado a la consideración de criterios objetivos ante la interpretación de la solución encontrada (Lorenzo-Seva, Timmerman & Kiers, 2011), ya que “el análisis factorial exploratorio no entiende de Psicología” (Carretero-Dios & Pérez, 2005; p. 536).

En cuanto a la rotación, en la literatura revisada se sugiere que “la selección del mejor criterio de rotación debe hacerla el investigador” (Sass & Schmitt, 2010; p. 99), no obstante, tras una revisión de estudios Lloret-Segura et al. (2014) recomiendan el uso de la rotación oblicua ya que ésta funciona independientemente del modelo teórico del que se parta, sin importar si los factores son independientes o relacionados, además, agregan que el criterio para interpretar la saturación de un ítem, nunca sea por debajo de .32, especialmente si la muestra es menor de 300 casos, también advierten que “los ítems que no superen ese valor deberán ser eliminados del análisis y sometidos a un examen desde el punto de vista sustantivo y metodológico... se realizará un nuevo análisis factorial con la escala reducida tras eliminar uno de esos” (p. 1166).

Finalmente se atendió a la evaluación del grado de adecuación de la matriz a través del cálculo de la medida Kaiser-Mayer-Olkin (KMO), el cual permite detectar si la matriz es adecuada para ser factorizada, de ser así “ofrecerá resultados estables, replicables en otras muestras, independientemente del tamaño de la muestra, del número de factores o del número de ítems” (Lloret-Segura et al., 2014; p.1159). Se considera que en el AFE un valor menor a .50 es inadecuado, de .60 a .69 es mediocre y de .80 en adelante es satisfactorio (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

Una vez identificados los tres factores y realizados los análisis necesarios, en esa etapa, se procedió a evaluar la fiabilidad tanto de la escala, como de cada factor. Este dato

constituye un criterio esencial en los instrumentos, diversos autores afirman que este valor se calcula hasta que se cuenta con un agrupamiento definitivo de ítems por componente y no en versiones previas o experimentales (Carretero-Dios & Pérez, 2007; DeVellis, 2003, 2012). En el caso del presente estudio, este dato fue calculado tras establecer, mediante los análisis correspondientes, los factores que subyacen de la escala.

Se empleó el índice alpha de Cronbach dado que es el más recomendado para escalas tipo Likert (Cortina, 1993), los valores que se retomaron son los expuestos por Nunnally y Bernstein (1995), alrededor del .70 resultarían adecuados si el objetivo de la escala es la investigación, mientras que para diagnóstico o clasificación, el valor mínimo aconsejado debe situarse en torno al .80.

Análisis de datos

Siguiendo las recomendaciones de DeVellis (2003) y Carretero-Dios y Pérez (2007) se calculó el nivel de correlación mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson, dada la naturaleza de los datos; acto seguido se obtuvo la estructura subyacente a los reactivos, ésta se determinó mediante un AFE por el método de MV y rotación oblicua equamax; mientras que los índices de adecuación muestral se calcularon mediante el Coeficiente KMO y la prueba de esfericidad de Barlett, finalmente se calculó la fiabilidad de la escala y de sus factores subyacentes mediante el Coeficiente alpha de Cronbach.

Resultados

El primer análisis realizado fue de correlaciones. Los resultados obtenidos muestran que únicamente cuatro reactivos (12, 26, 36 y 23) presentaron correlaciones con pocos elementos (máximo con seis reactivos), tales correlaciones son significativas, pero bajas, por tanto, fueron eliminados, también se observa que los reactivos 1 y 2 presentan un correlación elevada, lo cual indica en este contexto, redundancia (véase Tabla 1).

El segundo análisis efectuado fue un AFE con las siguientes características: visualización de gráfico de sedimentación, número de factores a extraer 3, éstos se determinaron por las propiedades teóricas de construcción, método de extracción MV y rotación equamax; además se solicitó suprimir coeficientes menores al .32, presentación ordenada por tamaños y el valor del coeficiente KMO.

Tabla1.

<i>Reactivos con problemas de correlación</i>					
	R1	R12	R23	R26	R36
R2	.81**				
R10				.16*	
R13		.17*			
R14		.22**			
R15			.24**		
R23		.20**			
R24			.18**		
R25			.24**		
R28					.20**
R29			.15*		
R30					.16*
R33					.16*
R34					.16*
R35		.16*			
R38			.18**		

Nota. * p <0.05, ** p<0.01.

El gráfico de sedimentación indicó una solución de tres factores, tal como puede observarse en la Figura 2, lo que coincide con los supuestos teóricos, de este modo el instrumento presentó resultados significativos tanto en el test de esfericidad (Bartlett $\chi^2= 1079,122$; $p < .000$) como en cuanto al grado de adecuación (KMO=.866), explicándose el 41.11% de varianza, no obstante, los reactivos 27 y 28 no saturaron en ningún factor, por tal motivo, estos se eliminaron y se volvió a calcular un segundo AFE.

El segundo AFE mostró valores más elevados en cuanto al grado de adecuación y la varianza explicada (KMO = .871; 42.95%), además se observó que el reactivo 30 presentó

saturaciones muy parecidas en dos factores (.329 y .354), por lo que fue eliminado y se calculó un tercer AFE.

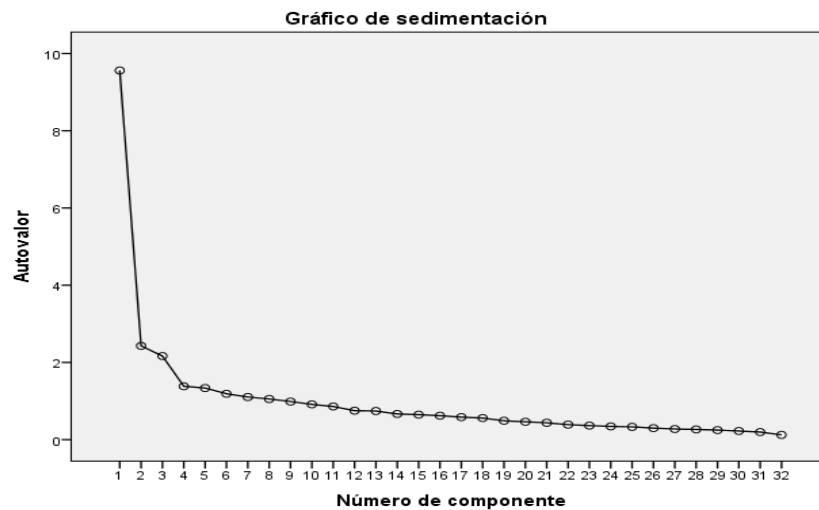


Figura 2: Gráfico de sedimentación correspondiente a la VAEAT.

El tercer AFE mostró, nuevamente, incrementos en los valores de ajuste y varianza explicada ($KMO = .872$; 43.47%), así mismo, se observó que el reactivo 3 presentó saturaciones muy parecidas en dos factores (.336 y .338), por tanto fue eliminado y se calculó un cuarto AFE.

El cuarto análisis mostró un valor $KMO = .869$, un porcentaje de varianza explicada de 43.82%, así como evidencia de que el reactivo 2 presenta saturaciones muy parecidas en todos los factores (.336, .392 y .407), por tanto fue eliminado y se calculó un quinto AFE.

En esta quinta ocasión el valor KMO obtenido fue de .874, el porcentaje de varianza explicada de 43.92% y evidencia de problemas con el reactivo 1, pues presentó saturaciones muy parecidas en todos los factores (.328, .387 y .397), por tanto fue eliminado.

El sexto y último análisis mostró un valor $KMO = .876$, un porcentaje de varianza explicada de 44.06% y valores de saturación mayor al .32 en todos los reactivos, si bien los

reactivos 6, 10 y 11 presentan saturaciones en dos factores, éstas se diferencian por más de .30, por tanto, el reactivo se define en el factor que mayor valor presenta.

Una vez identificados los factores subyacentes a la escala y los elementos que componen a cada factor, se calculó el valor de fiabilidad mediante el índice alpha de Cronbach. Los resultados obtenidos muestran que la escala es adecuada para ser usada con fines de investigación y diagnóstico (véase Tabla 2).

Tabla 2.

Análisis Factorial Exploratorio

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	.774		
40. Estoy más seguro (a) de lo que tengo cuando me informan los resultados arrojados en los análisis clínicos.	.721		
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para mejorar.	.692		
22. Si el médico me explica detalladamente en qué consiste mi enfermedad y qué es lo que tengo que hacer para mejorar mi salud, entonces me adhiero al tratamiento.	.672		
21. Me apego al tratamiento, aunque éste sea complicado.	.625		
6. Estoy al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	.545	.375	
31. Asisto a revisiones periódicas, aunque no me sienta mal.	.544		
39. Hago todo lo que está en mis manos para mantenerme controlado (a).	.542		
11. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro (a) de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	.541	.457	
29. Ingiero mis medicamentos respetando la dosis indicada por el médico.	.533		
9. Si el médico me inspira confianza, entonces sigo el tratamiento.	.508		
33. Notar mejoría en mi estado de salud, favorece que me adhiera al tratamiento.	.495		
10. Después de haber terminado un tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	.476	.330	
18. Como me lo recomienda el médico, acudo a realizarme análisis clínicos periódicamente, aunque no me sienta mal.	.461		
5. Asisto a mis consultas de manera puntual.	.421		
34. Cuando presento síntomas de deterioro, me adhiero más al tratamiento.	.345		
8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.		.849	
4. Respeto la dieta indicada, aunque ésta sea rigurosa.		.776	
7. Atiendo todas las recomendaciones del médico, en cuanto a los cambios en mi estilo de vida (por ejemplo, dejar de fumar, no consumir alcohol, sal, azúcar, picante, etc.).		.615	
37. Respeto la dieta indicada por el médico, sin importar el lugar donde me encuentre.		.556	
35. Realizo las mediciones indicadas en casa, por ejemplo, tomas de presión arterial, el nivel de glucosa, etc.		.387	
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio, lo hago.		.473	
13. Cuando tengo muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.			.678

15. Si en poco tiempo no percibo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.				.658
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque éste no esté concluido.				.605
25. Si el medicamento es costoso, ingiero cantidades menores a las indicadas por el médico.				.548
38. Realizo algún tipo de modificación al tratamiento, sin consultarlo con el médico.				.434
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				.424
24. Suspendo el tratamiento, si éste me produce muchas molestias.				.411
32. Acudo al médico, únicamente cuando presento algún síntoma.				.342
Varianza explicada	27.46%	9.32%		7.27%
Valor Alpha	$\alpha=.898$	$\alpha=.783$		$\alpha=.743$

Discusión

El objetivo del presente estudio fue presentar un instrumento que superara las limitantes detectadas en la versión original. Si bien, ambas versiones cuentan con propiedades métricas adecuadas, la versión que aquí se propone cuenta con una definición operacional que cubre las recomendaciones efectuadas por Piña (2013) y Ribes-Iñesta (2010), las cuales enuncian, entre otras cosas, no emplear conceptos al intentar definir otros y mostrar una debida correspondencia entre el concepto, su definición y su medición.

Por otro lado, el empleo de la terminología esta ocasión cubre lo estipulado por la OMS en cuanto a que cuando se aborden tres o más factores de la adherencia, lo adecuado es emplear el término terapéutica (véase OMS, 2004), en esta ocasión los reactivos involucran aspectos referidos al paciente, la enfermedad y el tratamiento; así mismo, las agrupaciones factoriales resultantes muestran congruencia en todos sus elementos.

La mejora y presentación de este instrumento atiende a la necesidad de contar con pruebas que permitan identificar la frecuencia de ocurrencia de conductas pilares para el control de enfermedades crónicas. Dicho instrumento representa una herramienta de trabajo confiable, que puede ser empleada por diversos profesionales de la salud interesados en

|

conocer los aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica, pudiendo ser utilizada para realizar investigaciones y/o como herramienta de diagnóstico.

A nivel metodológico, tras construir un instrumento siguiendo uno a uno los lineamientos internacionales y las pautas expuestas por diversos metodólogos, se recomienda que la eliminación, modificación o mantenimiento de un reactivo se haga apelando al criterio de saturación en el factor y no al valor de comunalidad, de manera concreta de haber considerado los valores de comunalidad se hubiesen perdido elementos que resultan importantes y adecuados en la presente escala.

Aunado a lo anterior, el presente estudio muestra evidencia de que si bien, el análisis factorial nada sabe de Psicología (Carretero-Dios & Pérez, 2005), al tratar los datos siguiendo los lineamientos sugeridos por diversos autores: realizar el análisis la correlación entre elementos como primer paso, posteriormente realizar la factorización considerando el criterio de gráfico de sedimentación, atender a la agrupación de reactivos considerando los planteamientos teóricos, así como a otras sugerencias y criterios expuestos, se obtienen agrupaciones coherentes y confiables estadísticamente hablando.

La agrupación obtenida con los datos de esta muestra presenta congruencia teórica. El primer factor “*Atención médica*” concentra 16 reactivos, parte de ellos refieren creencias frecuentes sobre la atención y el diagnóstico brindados por el personal sanitario; mientras que el resto aluden a la ejecución de conductas indicadas por los mismos; el segundo factor “*Cambios del estilo de vida*” se conforma por seis reactivos, los cuales refieren conductas cotidianas que deben ser modificadas tras el padecimiento de una enfermedad, así como la incorporación de otras, cabe resaltar que las conductas ubicadas en este factor son consideradas como uno de los pilares más importantes ante el control de un padecimiento de tipo crónico, además de ser, a su vez, los aspectos que presentan menos adherencia

|

(Rodríguez-Marín, 1995; OMS, 2004), finalmente el tercer factor “*Barreras ante la medicación*” se conforma por ocho reactivos que, si bien, están también referidos al tratamiento, éstos expresan situaciones frecuentemente reportadas en la literatura como barreras o aspectos que interfieren ante la adherencia, de manera particular, en lo referente a la medicación. Queda pendiente, realizar estudios cuyos datos apoyen o refuten los obtenidos en el presente.

Fase 2. Caracterización psicosocial de pacientes diabéticos mexicanos en los distintos niveles de atención médica.

Las enfermedades crónicas han capturado la atención de diversas disciplinas orientadas a la salud. De hecho “...el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a crónicas, el costo elevado de los cuidados de salud y un mayor énfasis en la calidad de vida permitió el nacimiento formal, institucional y profesional de la Psicología de la Salud...” (Oblitas, 2008, p.10).

En dicho ámbito, uno de los padecimientos más frecuentemente reportados en la literatura es la DM. Es reconocido que esta enfermedad provoca a nivel social un impacto económico importante (Osuna et al., 2014), mientras que a nivel personal, deterioro físico y psicológico.

A nivel social, Rodríguez, Reynales, Jiménez, Juárez y Hernández (2010) estimaron que entre el año 2002 al 2004 sólo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se emplearon 452 millones de dólares en atención médica para la DM, 183 millones de dólares se destinaron para los pacientes sin complicaciones y 269 millones de dólares para los pacientes con complicaciones, lo que permite afirmar que la DM es una enfermedad de alto costo para los sistemas de salud.

A nivel físico, sistemáticamente se reportan como principales causas de hospitalización los problemas de descontrol metabólico y la presencia de infecciones oportunistas (Osuna et al., 2014), otros indicadores clínicos frecuentes son: presencia de complicaciones derivadas de cuadros prolongados de descontrol, tales como nefropatías (Osuna et al., 2014; Zerquera, Sánchez, Rivas & Costa, 2016), neuropatías (Font et al., 2014; Osuna et al., 2014), retinopatías (Font et al., 2014; Zerquera et al., 2016),

|

enfermedades cardiovasculares (Font et al., 2014) y desarrollo de enfermedades comórbidas, principalmente la hipertensión arterial (Font et al, 2014; Osuna et al., 2014).

En cuanto a lo psicológico, se ha demostrado que aspectos psicosociales tales como: la percepción de la enfermedad, creencias sobre la enfermedad, expectativas ante la gestión médica, el nivel económico, entre otros, son responsables de las habilidades cognitivas y conductuales presentes en el paciente diabético ante el manejo de la patología (Torales, Jara, Ruiz & Villalba, 2016).

En otros estudios realizados, en el ámbito psicológico, con muestras de pacientes diabéticos, se ha observado que tanto los pacientes, como sus familiares hacen frente a la enfermedad de diferentes formas (Lazcano-Ortiz et al., 2008) lo cual impacta ante el manejo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud (Roy, 2009); se ha identificado la asociación de variables psicológicas y sociales con la adherencia terapéutica (Canales & Barra, 2014; Smalls et al., 2012; Torres & Piña, 2010; Yun & Ko, 2015); se ha estimado el efecto de intervenciones psicológicas encaminadas a mejorar la adherencia (Fall et al., 2013; García, 2012; Rodríguez et al., 2013a; Rodríguez et al., 2013b) y se ha descrito la caracterización del paciente diabético (Colunga-Rodríguez et al., 2008; Font et al., 2014; Osuna et al., 2014; Peyrot & Rubin, 2007; Peyrot et al., 2005; Zerquera et al., 2016).

En este último sentido Portilla et al., (1991) tras analizar las reacciones psicológicas y sociales de pacientes diabéticos, identificaron que al inicio de la enfermedad el paciente tiende a no aceptar su condición de enfermedad, o bien, presentar angustia y preocupación ante el diagnóstico, así como ansiedad y depresión ante la posibilidad de padecer en algún momento de la vida invalidez; cuando el paciente ya se reconoce como diabético y la enfermedad transcurre, la presencia de tensiones, conflictos y estrés representan la primer causa de descompensación metabólica; además mencionan que pese a que las relaciones

familiares contribuyen a que el paciente continúe percibiéndose semejante, dar cumplimiento al tratamiento genera nuevas demandas las cuales tienen como consecuencia el establecimiento de dinámicas particulares.

Mientras que Novales et al. (2015) identificaron en una muestra de niños con DM tipo 1, que éstos presentan autoestima disminuida, ansiedad, inseguridad, dificultades en la socialización, preocupación ante la dieta, se preguntan por qué tienen que inyectarse, no perciben afecto, no muestran apego seguro y no desarrollan su independencia en el tratamiento, aunque su familia les brinda afecto y cuidados, lo hacen desde la sobreprotección, la hipervigilancia, la no aceptación de la enfermedad y con dificultades en la comunicación, lo cual afecta las apreciaciones por parte de los infantes.

Lo anterior representa evidencia sobre las repercusiones psicológicas de la DM y ha dado pauta al establecimiento de consideraciones ante el manejo del paciente diabético. Por ejemplo, la Asociación Americana de Diabetes (2010) establece que debe evaluarse la situación psicopatológica como un aspecto continuo en la gestión médica de la DM dado que se ha identificado que la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad forman parte de los problemas que refieren con mayor frecuencia los adultos diabéticos (Torales et al., 2016).

Además, actualmente se reconoce que variables psicológicas y sociales, tales como: edad, tiempo de padecimiento (Toledano et al., 2008), complejidad del tratamiento (Jansá & Vidal, 2009; Toledano et al., 2008), apoyo social (Canales & Barra, 2014; Ortiz et al., 2011; Torres & Piña, 2010), autocuidado (Shrivastava et al., 2013; Smalls et al., 2012; Suárez, 2008), autoeficacia (Smalls et al., 2012), desajuste psicológico (Rivera-Ledesma et al., 2012), calidad de vida (Rivera-Ledesma et al., 2012), estilos de personalidad (Granados & Escalante, 2010), estrés (Lazcano & Salazar, 2007; Ortiz, 2006; Ortiz et al., 2011; Torres

|

& Piña, 2010) y afrontamiento (Julien et al., 2009; Lazcano-Ortiz et al., 2008; Ortiz, 2006; Ortiz et al., 2011; Rivera-Ledesma et al., 2012; Smalls et al., 2012) repercuten en los niveles de adherencia y control metabólico de los pacientes diabéticos.

Con base en lo anterior, el presente estudio se planteó considerando que las variables psicosociales pueden ser las responsables de las variaciones ante el manejo y control de la enfermedad.

Objetivo general

Describir características psicosociales de pacientes diabéticos mexicanos en función del nivel de atención médica recibida.

Objetivos específicos

1. Evaluar la fiabilidad de los instrumentos psicométricos empleados.
2. Determinar el nivel de variables sociodemográficas, relacionadas con la enfermedad y psicológicas acorde al nivel de atención médica recibida.
3. Identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las variables evaluadas, acorde al nivel de atención médica recibida.

Diseño y tipo de estudio

El presente estudio es prospectivo, transversal, descriptivo, comparativo y no experimental.

Tamaño y tipo de muestra

Para este estudio se empleó una muestra de tipo no probabilística, cuyo tamaño se estimó considerando que los “tamaños muestrales superiores a los 200 sujetos son una buena garantía” (Ruiz, Pardo & San Martín, 2010).

Método

Participantes

309 pacientes diabéticos, de los cuales 51.5% acude para su atención médica a instituciones públicas, 21.7% a instituciones privadas y 26.9% a ambas instituciones.

Criterios de inclusión: ser personas mayores de 18 años, contar con un diagnóstico médico que indique diagnóstico de DM tipo1 o tipo 2, que dicho diagnóstico médico se haya efectuado por lo menos seis meses antes del estudio, encontrarse bajo tratamiento médico mínimo seis meses antes del estudio, así como aceptar, sin recompensa alguna participar en el estudio.

Criterios de exclusión: mujeres que les fue diagnosticada la DM durante la etapa de gestación, personas que presenten limitaciones físicas y/o mentales que afecten sus respuestas, tengan a su servicio personal (profesional y/o familiar) encargado de sus cuidados (alimentación y medicación) o que el tratamiento médico llevado al momento de la entrevista implicara únicamente la intervención de aparatos y/o de personal sanitario.

Criterios de eliminación: aquellos casos donde las respuestas registradas presenten incongruencias, las cuales se detectan mediante determinados reactivos, o bien, aquellos casos donde no se registren las respuestas en su totalidad.

Instrumentos

Para la consecución de los objetivos se aplicó una batería compuesta de un total de 87 reactivos, la cual se compone de 40 reactivos que aluden a variables sociodemográficas y clínicas (véase anexo 2), además de tres instrumentos psicométricos, los cuales se exponen a continuación.

|

1. Cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería (adaptación).

Este instrumento fue elaborado por Fernández et al. (2008) con la finalidad de medir la satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. Consta de 18 reactivos que dan lugar a tres factores: cuidados del profesional ($\alpha=.90$), tiempo dedicado ($\alpha=.75$) y profundidad de la relación personal sanitario- pacientes ($\alpha=.64$) (Anexo 3).

2. Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica.

Dicha escala fue creada por Pedraza, Vega y Nava (prensa) y representa el primer producto derivado de la presente investigación. Permite la identificación de la frecuencia de ocurrencia de diversas conductas relacionadas con la salud, las cuales se agrupan en tres factores: atención médica ($\alpha=.89$), cambios en el estilo de vida ($\alpha=.78$) y barreras ante la medicación ($\alpha=.74$). Consta de 30 reactivos, con opción de respuesta en escala tipo likert de 6 puntos donde 1= nunca y 6= siempre, los datos de fiabilidad obtenidos indican que es adecuada para usarse con fines de investigación (Anexo 4).

3. Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento (CEEA).

Este instrumento fue elaborado por Vega et al. (2012), con la finalidad de evaluar el estrés, el afrontamiento y las emociones. Consta de 27 preguntas que indagan los niveles de las variables en cuestión, ante dos tipos de situaciones: estresantes y placenteras. En el estudio que se presentó por primera vez los resultados indican una adecuada fiabilidad ($\alpha=.817$) (Anexo 5).

|

Variables

Estrés psicológico

Definición conceptual: el estrés psicológico es "... el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus & Folkman, 1991; p. 46).

Definición operacional: intensidad de estrés obtenido en el CEEA, el cual es valorado por el participante acorde al evento estresante descrito.

Afrontamiento

Definición conceptual: "... aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus & Folkman, 1991, p.164). Los cuales se agrupan en dos modos: estilo dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a la emoción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar (Lazarus & Folkman, 1991).

Definición operacional: Acorde a lo reportado en el CEEA, las acciones descritas se clasifican en uno de los modos planteados por Lazarus y Folkman (1991), posteriormente se define si se presentó únicamente un estilo, o si las estrategias reportadas pertenecen a los dos modos, dando lugar a un estilo de afrontamiento mixto.

Emociones

Definición conceptual: "... un sistema organizado complejo constituido de pensamientos, creencias, motivos, significados, experiencias orgánicas subjetivas y estados fisiológicos, todos los cuales surgen de nuestras luchas por la supervivencia y florecen en los esfuerzos por entender el mundo en el que vivimos" (Lazarus, 2000, p. 111). "En donde cada

|

emoción nos dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona” (Lazarus, 2000, p. 46).

Definición operacional: el puntaje obtenido del CEEA nos permite medir la intensidad de las emociones.

Adherencia terapéutica

Definición conceptual: “fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dimensiones o factores,...los cuales son: socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento y el paciente” (OMS, 2004, p. 27).

Definición operacional: es el puntaje obtenido de la VAEAT. Se entiende que en la medida que el valor sea más alto, el paciente es más adherente.

Procedimiento

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el presente trabajo fue factible, pues se llevó a cabo una investigación con riesgos mínimos ya que se obtuvieron los datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos, de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

También se consideraron las pautas éticas expuestas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), los participantes fueron invitados al estudio explicándoles los objetivos de investigación, dándoles la oportunidad de declinar en el momento que así lo desearán, externando que no habría consecuencia alguna y que de aceptar, se les solicitaba responder sinceramente el 100% de los reactivos, se les notificó que la información brindada sería empleada únicamente con fines de investigación, cuidando siempre tenerlos en anonimato.

|

La aplicación de los instrumentos se efectuó de manera individual en las salas de las instituciones médicas donde el participante se atiende.

Una vez obtenidos los datos, éstos fueron vaciados a una base creada en el Programa SPSS versión 24. El primer paso fue determinar el nivel de atención médica recibida, para ello se consideraron las pautas expuestas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (2006). En el nivel primario de atención médica se ubican pacientes que cuentan con un diagnóstico médico que indica presencia de DM tipo 1 o tipo 2, se encuentran en tratamiento médico para controlar la enfermedad y se atienden en consultorios, unidades médico-familiares y/o centros de salud.

En el nivel secundario de atención médica se ubican aquellos que presentan niveles de glucosa que indican descontrol, presentan uno o más síntomas de otras enfermedades comórbidas, por ejemplo, retención de líquidos, niveles de presión sanguínea que indiquen alteración, dolores recurrentes de cabeza, o bien, presencia de enfermedades infecciosas oportunistas (amigdalitis, otitis, candidiasis, entre otras), cuya atención requiera hospitalización u observación por horas, además de ser atendidos en policlínicos para consulta especializada y/o hospitales con mínimo cuatro especialidades básicas.

En el nivel terciario de atención médica se ubican aquellos que manifiestan padecer DM y otra enfermedad crónica diagnosticada, se encuentran bajo tratamiento para controlar dos o más enfermedades crónicas, reciben tratamientos periódicos mediante equipos o aparatos, por ejemplo, diálisis o hemodiálisis, presentan indicadores de descontrol, tales como retinopatía diabética o pie diabético y su atención médica tiene lugar en hospitales y centros médicos con recursos sofisticados como laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos.

En cuanto a la caracterización psicosocial, ésta contiene variables sociodemográficas (sexo, estado civil y escolaridad), relacionadas con el padecimiento de la DM (tiempo de

padecimiento y tratamiento, síntomas, complicaciones, enfermedades comórbidas, conocimiento sobre la enfermedad y nivel de satisfacción hacia la atención recibida) y variables psicológicas (estrés, afrontamiento, emociones y adherencia terapéutica).

Análisis de datos

Se efectuaron, en primer lugar análisis de fiabilidad a cada instrumento empleado, posteriormente se solicitaron análisis descriptivos con la finalidad de identificar las frecuencias y porcentajes de las variables medidas, las diferencias entre los grupos creados a partir del nivel de atención médica, se establecieron mediante el ANOVA de un factor.

Resultados

Los análisis realizados sobre fiabilidad en cada uno de los instrumentos indican que estos cumplen los criterios para ser empleados en el contexto de la investigación. En el caso del cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería, ocho reactivos fueron eliminados debido a que presentaron valores bajos de correlación, por tanto, la estructura factorial compuesta por tres subgrupos no tuvo lugar en esta ocasión, obteniéndose únicamente una puntuación global de satisfacción con un buen nivel de fiabilidad ($\alpha=.888$).

Respecto a la VAEAT en esta ocasión tuvo lugar el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), el cual consiste en la definición de un modelo basándose en una teoría o en hallazgos previos (Kerlinger & Lee, 2002). Este análisis se efectuó siguiendo el mismo procedimiento efectuado en el AFE. Los resultados obtenidos en el presente estudio indican, nuevamente, que el instrumento se compone por 30 reactivos que dan lugar a tres factores, los cuales se conforman de los mismos elementos, además, la fiabilidad obtenida tanto de manera general ($\alpha=.874$), como por factor (F1, $\alpha=.880$; F2, $\alpha=.805$ y F3, $\alpha=.782$) son adecuadas y presentan similitud con los valores obtenidos en el AFE.

En cuanto al CEEA el valor de fiabilidad fue más bajo en comparación con el obtenido en el estudio en el cual se publicó (véase Vega et al., 2012), no obstante, se mantiene dentro de un nivel adecuado de fiabilidad ($\alpha=.772$).

Posteriormente, mediante los análisis descriptivos se identificó que el grupo de nivel primario de atención médica (grupo *a*) se conformó por 161 participantes, cuyas edades oscilaron entre los 23 y 87 años ($\bar{X}= 53$ años, $s=12.66$); que en el nivel secundario de atención médica (grupo *b*) la muestra se conformó por 81 pacientes, cuyas edades oscilaron entre los 25 y 89 años ($\bar{X}= 61$ años, $s=13.15$) y el grupo de nivel terciario de atención médica (grupo *c*) quedó integrado por 66 pacientes cuyas edades oscilaron entre los 29 y 85 años ($\bar{X}=57$ años, $s=15.04$). En los tres grupos predominan mujeres, personas casadas y personas cuya instrucción académica es únicamente primaria (véase tabla 3).

Tabla 3.
Porcentajes de frecuencia de las variables sociodemográficas acorde al nivel de atención médica

Variable	Categoría	Nivel de atención médica		
		Primario	Secundario	Terciario
Sexo	Femenino	61.7	69.1	68.2
	Masculino	38.3	30.9	31.8
Estado civil	Soltero	2.5	3.7	9.1
	Casado	65.4	66.7	54.5
	Unión libre	14.2	4.9	10.6
	Viudo	13	19.8	21.2
	Divorciado	4.9	4.9	4.5
Nivel educativo	Primaria	42.6	66.7	43.9
	Secundaria	31.5	12.3	21.2
	Bachillerato	9.9	7.4	9.1
	Licenciatura	2.5	2.5	10.6
	Posgrado	0.6	0	1.5
	Sin instrucción	13	11.1	13.6

En la tabla 4 se presentan las variables relacionadas con el padecimiento de DM, se observó que el tiempo de padecimiento y el tiempo tratamiento presentaron medias distintas, lo cual indica, en primer lugar, que no todos los pacientes se han mantenido bajo tratamiento desde que fueron diagnosticados, además este hecho se dio en todos los niveles de atención

médica; respecto al nivel de conocimiento sobre DM se reportaron porcentajes altos en todos los niveles; en lo relativo a enfermedades comórbidas en todos los grupos se aprecian diferencias: los participantes del grupo **a** no reportaron tener ningún otro diagnóstico, en el grupo **b** el 74.1% reportó diagnóstico de otra enfermedad crónica, al igual que el 39.4% de los participantes del grupo **c**; las complicaciones más reportadas en los grupos **a** y **b** fueron: infecciones recurrentes (a=37.7%, b=49.4%), retinopatías (problemas visuales, a=30.9%, b=42%) y neuropatías (dolor corporal generalizado, a= 26.9%, b=44.4%); mientras que en el grupo **c** fueron las retinopatías (65.2%), neuropatías (59.1%), nefropatías y pie diabético (57.6% respectivamente); los síntomas mayormente experimentados en el grupo **a** fueron: polidipsia (mucha sed, 79%), poliuria (orinar constantemente, 68.5%), presentar cansancio ante poca actividad física (63%), pérdida de peso (61.5%) y mucho sueño (58.6%); en el grupo **b** presentar polidipsia (82.7%), cansancio ante poca actividad física (79%), poliuria (77.8%), resequedad en la piel (76.5%) y pérdida de peso (67.9%); en grupo **c** presentar polidipsia (89.4%), cansancio ante poca actividad física (84.8%), resequedad en la piel (84.8%), debilidad o falta de fuerza (83.3%) y mucho sueño (80.3%, por su parte los niveles de satisfacción ante la atención médica son más bajos en el nivel primario de atención médica.

Tabla 4.

Porcentajes de frecuencia de variables relacionadas con la DM acorde al nivel de atención médica.

Variable	Categoría	Nivel de atención médica		
		Primario	Secundario	Terciario
Tiempo de padecimiento	Media (\bar{x})	8 años	12 años	13 años
	Desviación estándar	6.78	9.04	10.77
Tiempo de tratamiento	Media (\bar{x})	7 años	10 años	11 años
	Desviación estándar	6.48	8.41	10.1
Grado de conocimiento	Bajo	3.7	4.9	3.0
	Moderado	45.1	42	42.4
	Alto	51.2	53.1	54.6
Enfermedades comórbidas	Presencia	0	74.1	39.4
	Ausencia	90.1	22.2	59.1
	Desconocimiento	9.9	3.7	1.5

Complicaciones	Retinopatía	30.9	42	65.2
	Neuropatías	26.9	44.4	59.1
	Nefropatías	15.4	24.7	57.6
	Pie diabético	3.1	4.9	57.6
	Infecciones recurrentes	37.7	49.4	53
	Retención de líquidos	22.2	35.8	51.5
Sintomatología	Polidipsia	79	82.7	89.4
	Polifagia	43.8	44.4	51.5
	Mucho sueño	58.6	56.8	80.3
	Poliuria	68.5	77.8	74.2
	Diastemas	32.7	34.6	43.9
	Infecciones recurrentes	37	61.7	57.6
	Cansancio ante poca actividad física	63	79	84.8
	Debilidad / falta de fuerza	54.3	66.7	83.3
	Pérdida de peso	61.1	67.9	71.2
	Resequedad en la piel	55.6	76.5	84.8
Nivel de satisfacción	Bajo	21	8.6	6.1
	Moderado	43.8	42	27.3
	Alto	35.2	49.4	66.7

Al contrastar los grupos mediante el análisis de varianza de un factor (ANOVA) se encontró que las diferencias en las variables: tiempo de padecimiento ($F=11.54$; $p \leq 0.05$), tiempo de tratamiento ($F=8.11$; $p \leq 0.05$), enfermedades comórbidas ($F=75.44$; ≤ 0.05), sintomatología ($F=14.16$; $p \leq 0.05$), complicaciones ($F=60.86$; $p \leq 0.05$) y nivel de satisfacción hacia la atención médica ($F=11.73$; ≤ 0.05) son estadísticamente significativas.

Al ser comparados los grupos simultáneamente mediante el Test de Bonferroni, se encontró que el grupo *a* está integrado por pacientes que llevan menos tiempo padeciendo la DM, que presentan en menor medida los síntomas de infecciones recurrentes de vías urinarias, cansancio ante poca actividad física, debilidad o falta de fuerza y resequedad en la piel, además de no presentar otra enfermedad comórbida; mientras que los pertenecientes al grupo *c* son quienes mayor satisfacción hacia la atención médica reportaron (véase tabla 5).

Tabla 5.

Comparaciones múltiples de las variables relacionadas con la DM. Test de Bonferroni

Variable dependiente	(I) NIVEL	(J) NIVEL	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Tiempo de padecimiento	Nivel primario	Nivel secundario	-4.247*	1.157	.001
		Nivel terciario	-5.074*	1.241	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	4.247*	1.157	.001
		Nivel terciario	-.827	1.409	1.000
	Nivel terciario	Nivel primario	5.074*	1.241	.000
		Nivel secundario	.827	1.409	1.000
Tiempo de tratamiento	Nivel primario	Nivel secundario	-3.432*	1.075	.005
		Nivel terciario	-3.837*	1.153	.003
	Nivel secundario	Nivel primario	3.432*	1.075	.005
		Nivel terciario	-.405	1.309	1.000
	Nivel terciario	Nivel primario	3.837*	1.153	.003
		Nivel secundario	.405	1.309	1.000
Enfermedades comórbidas	Nivel primario	Nivel secundario	.70370*	.05843	.000
		Nivel terciario	.37879*	.06270	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	-.70370*	.05843	.000
		Nivel terciario	-.32492*	.07120	.000
	Nivel terciario	Nivel primario	-.37879*	.06270	.000
		Nivel secundario	.32492*	.07120	.000
Complicaciones	Nivel primario	Nivel secundario	-.62346*	.17321	.001
		Nivel terciario	-2.05051*	.18587	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	.62346*	.17321	.001
		Nivel terciario	-1.42705*	.21106	.000
	Nivel terciario	Nivel primario	2.05051*	.18587	.000
		Nivel secundario	1.42705*	.21106	.000
Síntomatología	Nivel primario	Nivel secundario	.94444*	.30702	.007
		Nivel terciario	1.67508*	.32945	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	-.94444*	.30702	.007
		Nivel terciario	.73064	.37411	.155
	Nivel terciario	Nivel primario	-1.67508*	.32945	.000
		Nivel secundario	-.73064	.37411	.155
Nivel de satisfacción	Nivel primario	Nivel secundario	-.26543*	.09369	.015
		Nivel terciario	-.46409*	.10054	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	.26543*	.09369	.015
		Nivel terciario	-.19865	.11417	.249
	Nivel terciario	Nivel primario	.46409*	.10054	.000
		Nivel secundario	.19865	.11417	.249

*Las diferencias de promedio son significativas al 0,05.

En el tenor de las variables psicológicas, se identificó que la mayoría reportó alta intensidad de estrés, alto nivel de adherencia terapéutica, niveles bajos de emociones desagradables (ira, envidia y celos) y de emociones existenciales (ansiedad, culpa y vergüenza), así como niveles moderados de emociones desfavorables (alivio, esperanza y tristeza), lo anterior ocurrió en todos los grupos.

Las variables en las que se identificaron puntajes diferentes entre los grupos fueron el estilo de afrontamiento, las emociones empáticas (gratitud y compasión) y las emociones relacionadas con condiciones de vida favorables (felicidad, orgullo y amor). En cuanto al estilo de afrontamiento empleado en los grupos *a* y *b* predominó el estilo dirigido a la emoción, mientras que en el grupo *c* el dirigido a la acción; referente a las emociones los grupos *a* y *b* presentaron, mayoritariamente, niveles bajos, mientras que el grupo *c* niveles moderados (véase tabla 6).

Tabla 6.
Porcentajes de frecuencia de las variables psicológicas acorde al nivel de atención médica.

Variables	Categoría	Nivel de atención médica		
		Primario	Secundario	Terciario
Intensidad de estrés	Baja	10.5	7.4	9.1
	Moderada	23.5	21	21.2
	Alta	66	71.6	69.7
Estilo de afrontamiento	Dirigido a la acción	30.2	29.6	37.9
	Dirigido a la emoción	42.0	35.8	36.4
	Mixto	19.1	22.2	12.1
	Sin especificar	8.6	12.3	13.6
Emociones Desagradables	Bajo	84.6	86.4	80.3
	Moderado	14.2	12.3	19.7
	Alto	1.2	1.3	0
Emociones Existenciales	Bajo	67.9	74.1	59.1
	Moderado	29	22.2	37.9
	Alto	3.1	3.7	3
Emociones desfavorables	Bajo	29.6	35.8	18.2
	Moderado	55.6	59.3	59.1
	Alto	14.8	4.9	22.7
Emociones Empáticas	Bajo	45.7	48.1	30.3
	Moderado	38.9	37	42.4
	Alto	15.4	14.9	27.3

Emociones favorables	Bajo	47.5	50.6	37.9
	Moderado	34	38.3	43.9
	Alto	18.5	11.1	18.2
Nivel de adherencia	Bajo	6.8	4.9	3.0
	Moderado	29.6	33.3	36.4
	Alto	63.6	61.7	60.6
F1. Atención medica	Bajo	0.6	0	0
	Moderado	16	12.3	10.6
	Alto	83.4	87.7	89.4
F2. Cambios en el estilo de vida	Bajo	7.4	4.9	3
	Moderado	41.4	33.3	25.8
	Alto	51.2	61.7	71.2
F3. Barreras ante la medicación	Bajo	7.4	2.5	16.7
	Moderado	30.9	31.2	33.3
	Alto	61.7	65.4	50

Tras realizar la prueba de ANOVA se identificó que las variables: emociones relacionadas con condiciones de vida desfavorables ($F=5.78$; $p \leq 0.05$), emociones existenciales ($F=3.90$; $p \leq 0.05$), el factor 2 “cambios en el estilo de vida” ($F=4.15$; $p \leq 0.05$) y el factor 3 “barreras ante la medicación” ($F=5.57$; $p \leq 0.05$) presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Al ser comparados los grupos simultáneamente mediante el Test de Bonferroni, se encontró que los participantes del grupo *c* se distinguen por presentar más casos de alto nivel de emociones relacionadas con condiciones de vida desfavorables; nivel moderado de emociones existenciales y alto nivel en el factor 2 “Cambios en el estilo de vida”, además únicamente la mitad de los participantes refiere altos niveles en el factor 3 “Barreras ante la medicación” (véase tabla 7).

Tabla 7.

Comparaciones múltiples de las variables psicológicas. Test de Bonferroni

Variable dependiente	(I) NIVELAM	(J) NIVELAM	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Emociones Desagradables	Nivel primario	Nivel secundario	.16049	.08543	.184
		Nivel terciario	-.19360	.09167	.107
	Nivel secundario	Nivel primario	-.16049	.08543	.184
		Nivel terciario	-.35410*	.10410	.002
	Nivel terciario	Nivel primario	.19360	.09167	.107
		Nivel secundario	.35410*	.10410	.002

	Nivel primario	Nivel secundario	.03086	.09966	1.000
		Nivel terciario	-.27217*	.10694	.034
Emociones	Nivel secundario	Nivel primario	-.03086	.09966	1.000
Existenciales		Nivel terciario	-.30303*	.12144	.039
	Nivel terciario	Nivel primario	.27217*	.10694	.034
		Nivel secundario	.30303*	.12144	.039
	Nivel primario	Nivel secundario	-.12963	.08162	.340
		Nivel terciario	-.24355*	.08758	.017
F2. Cambios en el	Nivel secundario	Nivel primario	.12963	.08162	.340
estilo de vida		Nivel terciario	-.11392	.09946	.759
	Nivel terciario	Nivel primario	.24355*	.08758	.017
		Nivel secundario	.11392	.09946	.759
	Nivel primario	Nivel secundario	-.08642	.08654	.956
		Nivel terciario	.20988	.09287	.074
F3. Barreras ante	Nivel secundario	Nivel primario	.08642	.08654	.956
la medicación		Nivel terciario	.29630*	.10545	.016
	Nivel terciario	Nivel primario	-.20988	.09287	.074
		Nivel secundario	-.29630*	.10545	.016
		Nivel secundario	-.03591	.10907	1.000

*Las diferencias de promedio son significativas al 0,05.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir características psicosociales de pacientes diabéticos mexicanos en función del nivel de atención médica recibida para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las variables evaluadas.

Los resultados obtenidos indican que las características sociodemográficas identificadas son similares entre los grupos creados en el presente estudio y con respecto a las reportadas en otros estudios (Colunga-Rodríguez et al., 2008; Toledano et al., 2008; Torales et al., 2016).

En cuanto a las variables relacionadas con la DM se identificó que no todos los pacientes se han mantenido bajo tratamiento médico desde el momento del diagnóstico, lo cual no se encuentra reportado en otros estudios; que si bien, la mayoría reporta niveles

|

adecuados de conocimiento sobre la enfermedad esto no se ve reflejado en los comportamientos de adherencia, pues en general las tasas reportadas son bajas; lo que enfatiza la distancia existente entre tener conocimiento sobre el padecimiento y efectuar las conductas de salud indicadas (Castro-Cornejo, Rico-Herrera & Padilla-Raygoza, 2014).

Las complicaciones identificadas en el presente, coinciden con lo reportado en la literatura e indican que las infecciones recurrentes, nefropatías, y neuropatías son altamente frecuentes (Font et al., 2016; Osuna et al., 2014; Zerquera et al., 2016); siendo un dato a destacar el hecho de que el nivel de satisfacción hacia la atención médica es distinto en los grupos de atención médica, siendo mayor en el nivel terciario.

En el tenor de las variables psicológicas se identificó que, en general, los pacientes diabéticos presentan altos niveles de estrés; estilos de afrontamiento en todas las modalidades, experimentan emociones, las cuales son estadísticamente diferentes en función del nivel de atención médica y que los niveles de adherencia obtenidos coinciden con los reportados en la literatura, los cuales oscilan por debajo del 80% (Camarillo, 2012; Ortiz, 2006; Ortiz, 2008).

Por tanto, se puede afirmar que las variables relacionadas con el padecimiento de la DM y las variables psicológicas evaluadas son distintas acorde al nivel de atención médica. Este hecho reafirma las repercusiones de las variables psicológicas ante el padecimiento de la DM (Portilla et al., 1991) y representa evidencia sobre la viabilidad y necesidad de incluir a las emociones en las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica considerando las características propias de cada nivel de atención médica, pues estos no sólo tienen particularidades clínicas, también psicológicas.

Fase 3. Relación del estrés, afrontamiento y emociones con la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención médica

El estudio del estrés y el afrontamiento se ha desprendido, predominantemente, desde el modelo transaccional (Pelechano, 2005). Los resultados obtenidos hasta el momento, en el contexto de la adherencia a tratamientos indican que los planteamientos teóricos tienen lugar, por ejemplo, se ha identificado que la presencia de estrés y el empleo de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción guardan relación con presentar bajos niveles de adherencia (Ahumada, Escalante & Santiago, 2011; Nakahara et al., 2006; Ortiz, 2006; Pérez, 2009; Pieterse et al., 2007), mientras que emplear el estilo de afrontamiento dirigido a la acción o centrado en el problema correlaciona con altos niveles de adherencia terapéutica (Pérez, 2009; Smalls et al., 2012; Vélez, 2010).

No obstante estos estudios no aportan conocimiento sobre las repercusiones de las emociones a la salud, dado que éstas no constituyen un elemento central en dicho modelo, como si ocurre en el caso del modelo transaccional revisado (Lazarus, 2000), en este último, las emociones, en conjunto con el estrés y el afrontamiento conforman una triada teórica, cuya relación ha sido identificada en estudios con muestras de adolescentes (Berra et al, 2014; Vega et al., 2012), padres jóvenes con hijos pequeños (Vega et al., 2013) y ante problemas de peso corporal (Muñoz et al., 2015; Muñoz, 2016).

Lazarus (2000) menciona que el hecho de estudiar a las emociones amplía la riqueza de lo que puede decirse sobre los esfuerzos de adaptación, pues, “cada emoción nos dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en la transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona” (Lazarus, 2000, p.46), además afirma que “si hay estrés también están presentes las emociones, y... muchas veces también existe esta relación a la inversa, es decir, cuando las emociones están presentes,

|
incluso aquellas de tono positivo, a menudo también se produce estrés, aunque no siempre” (p.46-47).

Los estudios del ámbito psicológico, que están centrados en la adherencia terapéutica, tienden a incluir el análisis conjunto del seguimiento de una dieta saludable, la ingesta de medicamentos y los cambios en el estilo de vida (Ortiz et al., 2011) en relación con distintas variables psicológicas, excepto con las emociones, por tanto, se consideró importante analizar la triada teórica ante la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas debido a que es reconocido que la sola presencia de una enfermedad es considerada como un evento estresante (Martín & Grau, 2004); que la forma de manejar la situación puede empeorar el estado de salud de la paciente y a que los estados de enfermedad se caracterizan por presencia de emociones negativas (Lazarus, 2000).

Objetivo general

Determinar la relación entre el estrés, el afrontamiento y las emociones con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención de la enfermedad.

Objetivos específicos

1. Determinar la intensidad de estrés, las estrategias de afrontamiento empleadas, las emociones experimentadas y los puntajes de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, por cada nivel de atención médica.
2. Comparar la relación dada entre el estrés, el afrontamiento y las emociones con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos acorde al nivel de atención médica recibida.

Diseño y tipo de estudio

El presente estudio es prospectivo, transversal, descriptivo, correlacional y no experimental.

Análisis de datos

En este estudio se solicitaron análisis descriptivos y análisis de correlación mediante el Coeficiente R de Pearson, dado el nivel de medición de las variables.

Resultados

Teóricamente en el modelo transaccional revisado, se afirma que ante la presencia de estrés, tiene lugar el afrontamiento y se experimentan emociones. Los resultados obtenidos al respecto indican que todos los participantes han experimentado estrés, en el caso del grupo de nivel primario de atención médica, los eventos estresantes más reportados fueron: problemas relacionados con la propia salud (27.8%), problemas laborales (17.3%) y otros problemas no especificados (12.3%).

Ante tales circunstancias la mayoría del grupo (66%) experimenta alta intensidad de estrés y emplean predominantemente un estilo de afrontamiento centrado en la emoción (véase tabla 8); así mismo reportaron experimentar con mayor intensidad las emociones: amor, esperanza, tristeza, alivio y gratitud (véase tabla 9).

Tabla 8.
Porcentajes de la intensidad de estrés y estilos de afrontamiento acorde al nivel de atención médica

Nivel de atención médica	Categorías	Intensidad de estrés		
		Bajo	Moderado	Alto
Primario	Dirigido a la acción	4.3	9.3	16.7
	Dirigido a la emoción	4.3	9.9	27.8
	Mixto	1.9	4.3	21.5
Secundario	Dirigido a la acción	0	6.2	23.5
	Dirigido a la emoción	3.7	6.2	25.9
	Mixto	3.7	8.6	22.2
Terciario	Dirigido a la acción	3.1	10.6	24.2
	Dirigido a la emoción	4.5	9.1	22.7
	Mixto	1.5	1.5	22.7

En el nivel secundario de atención médica se identificó que los eventos estresantes más reportados están relacionados con la propia salud en el 38.5% de los casos, con problemas con los hijos (14.8%) y con otros problemas que no se especificaron (13.6%); que ante

dichas circunstancias la gran mayoría del grupo (71.6%) experimenta alta intensidad de estrés y recurren, en porcentajes muy parecidos, al empleo de los distintos estilos de afrontamiento (véase tabla 8); experimentando en mayor medida tristeza, esperanza, gratitud, ansiedad y amor (véase tabla 9).

Tabla 9. *Porcentajes de emociones experimentadas en alta intensidad acorde al nivel de atención médica*

Emociones	Nivel de atención médica		
	Primario	Secundario	Terciario
Ira	27.8	27.2	34.8
Envidia	3.1	1.2	0
Celos	6.2	3.7	9.1
Ansiedad	25.9	32.1	31.8
Culpa	16.7	6.2	12.1
Vergüenza	6.8	4.9	7.6
Alivio	32.7	12.3	28.8
Esperanza	38.9	33.3	43.9
Tristeza	35.8	46.9	47
Gratitud	30.9	32.1	40.9
Compasión	21	23.5	33.3
Orgullo	22.8	13.6	22.7
Amor	40.7	29.6	48.5
Felicidad	25.9	23.5	31.8

Mientras que en el nivel terciario de atención médica el estrés se experimenta principalmente por eventos relacionados con la propia salud, afectando a un porcentaje mayor (42.4%), seguido de problemas de índole laboral y relacionados con los hijos (10.6% respectivamente), ante tales circunstancias recurren, al igual que los pacientes del nivel secundario, a todos los tipos de afrontamiento evaluados en porcentajes parecidos (véase tabla 8), experimentando, principalmente, amor, tristeza, esperanza, gratitud e ira (véase tabla 9).

Tras realizar análisis de correlación se identificó que únicamente dos componentes del modelo transaccional revisado se relacionan con la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos y que dichas relaciones son distintas en función del nivel de atención médica.

En el caso de los pacientes pertenecientes al nivel primario de atención médica los datos indican que entre más experimentan estrés, esperanza y tristeza ante un evento estresante, así como alivio, esperanza, gratitud y amor ante un evento placentero reportan mayor adherencia; mientras que, entre más culpa experimentan, son menores los puntajes de adherencia (véase tabla 10).

Tabla 10.

Correlaciones en el nivel primario de atención médica.

Variables	Adherencia Terapéutica Global	Factor 1. Atención médica	Factor 2. Cambios en el estilo de vida	Factor 3. Barreras ante la medicación
Estrés				.266**
Culpa (ee)	-.195*		-.185*	-.179*
Esperanza (ee)	.166**	.229**		
Tristeza (ee)	.178*			
Alivio (ep)	.162*	.193*		
Esperanza (ep)		.207**		
Gratitud (ep)		.167*		
Amor (ep)	.225**	.244**	.172*	

Nota. (ee)= evento estresante, (ep) evento placentero, * p <0.05, ** p<0.01.

Tal como se aprecia en la tabla 11, los pacientes de nivel secundario de atención médica presentan más adherencia en la medida que experimentan menos ansiedad y culpa ante un evento estresante, así como mayor esperanza (en ambos tipos de eventos) y alivio ante un evento placentero.

Tabla 11.

Correlaciones en el nivel secundario de atención médica.

Variables	Adherencia Terapéutica Global	Factor 1. Atención médica	Factor 2. Cambios en el estilo de vida	Factor 3. Barreras ante la medicación
Ansiedad (ee)			-.236*	
Culpa (ee)	-.284*		-.303**	-.255*
Esperanza (ee)	.321**	.300**	.284*	
Alivio (ee)			.246*	
Esperanza (ep)	.309**	.317**	.255*	

Nota. (ee)= evento estresante, (ep) evento placentero, * p <0.05, ** p<0.01.

En los pacientes que reciben atención médica en el nivel terciario los resultados indican que en la medida que experimentan esperanza y amor ante un evento estresante, así como

esperanza, gratitud y felicidad ante un evento placentero incrementan los puntajes de adherencia (véase tabla 12).

Tabla 12.

Correlaciones en el nivel terciario de atención médica.

Variables	Adherencia Terapéutica Global	Factor 1. Atención medica	Factor 2. Cambios en el estilo de vida	Factor 3. Barreras ante la medicación
Esperanza (ee)				.280*
Amor (ee)				.244*
Esperanza (ep)			.297*	
Gratitud (ep)	.263*			.316**
Felicidad (ep)				.252*

Nota. (ee)= evento estresante, (ep) evento placentero, * p <0.05, ** p<0.01.

Discusión

El objetivo en este estudio fue determinar las relaciones entre el estrés, el afrontamiento y las emociones con la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos en los diferentes niveles de atención médica. Los resultados obtenidos constituyen evidencia, respecto a las relaciones teóricamente establecidas en el modelo transaccional revisado (Lazarus, 2000).

Se identificó que en efecto, ante un evento estresante, las personas emplean estrategias de afrontamiento centradas en la acción, en la emoción o una combinación de éstas y que a la par, experimentan emociones. Cabe mencionar que dichas relaciones varían en función del nivel de atención médica, recalándose, en este estudio que cada nivel de atención médica tiene particularidades psicológicas.

Desde el inicio se consideró que el padecimiento de una enfermedad puede ser percibido como un evento estresante (Martín & Grau, 2004), al analizar tal circunstancia, bajo el modelo transaccional revisado, este hecho se corroboró, tras clasificar los eventos reportados como estresantes se identificó que el padecimiento de la DM es considerado un evento estresante y que además genera alta intensidad de estrés.

|

En cuanto al estilo de afrontamiento, se identificó uso de todos los estilos en porcentajes parecidos, no obstante, tanto de manera general, como por nivel de atención médica el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la acción fue reportado por pocos pacientes (menos del 30%). Este hecho reafirma el supuesto de que el afrontamiento dirigido a la acción se asocia con mejores condiciones de salud (Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; 1991), pues pocos participantes lo emplean y la mayoría, en efecto, reportó bajos niveles de adherencia terapéutica.

También se identificó que las emociones, en función de las categorías establecidas por Lazarus (2000) se entremezclan en los eventos tal como lo establecen en el modelo, de manera particular la esperanza y el amor figuraron repetidas ocasiones en eventos estresantes; mientras que en los eventos placenteros, sólo figuraron emociones provocadas por condiciones vitales favorables positivas, las cuales son: felicidad, orgullo y amor.

Si bien, este estudio puede considerarse pionero, ya que al iniciarlo no existía publicado alguno con tales características, es necesario efectuar otros para reforzar o refutar los resultados obtenidos en el presente, además de probar la relación de las variables involucradas ante distintos padecimientos.

Estudio 4. Predictores de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en los distintos niveles de atención médica.

En el ámbito psicológico, la adherencia terapéutica debe ser considerada como una conducta compleja que involucra comportamientos del médico, del paciente y de la combinación de una serie de aspectos relacionales que conllevan a la participación activa y a la comprensión del tratamiento y del plan a seguir, esto para facilitar el cumplimiento por parte del paciente y poder lograr el resultado esperado (Nieto & Pelayo, 2009).

No obstante, existen diversas circunstancias que dificultan el debido cumplimiento de un tratamiento médico, en el caso de los pacientes diabéticos se reportó recientemente que el hecho de no comprender las indicaciones médicas, no tener acceso a los medicamentos debido a que no están disponibles en la farmacia del sector salud, tener poco conocimiento sobre la enfermedad, presentar cuadros exacerbados de avance de la enfermedad y la presencia de problemas físicos, económicos y/o emocionales representan los principales motivos de fallos en la adherencia a sus tratamientos médicos (Rodríguez & Rentería, 2016).

Una de las alternativas para facilitar la adherencia a los tratamientos médicos ha sido el tratamiento psicológico, pues se considera que el hecho de aceptar la enfermedad, la predisposición al cambio en el estilo de vida y descargar las emociones derivadas del padecimiento de una enfermedad son elementos esenciales para poder mantener controlado un padecimiento crónico, así mismo se reconoce que lograr tales cambios en el paciente es una actividad propia del psicólogo especializado en la salud.

Los datos reportados en la literatura indican que el tratamiento psicológico ante el padecimiento de una enfermedad es poco frecuente, por ejemplo, en un estudio realizado por Alvarado-Aguilar et al. (2011) se identificó que los oncólogos remiten a atención

|

psicológica a sus pacientes únicamente cuando hay presencia de depresión, ansiedad, aprensión, irritabilidad y/o renuencia ante el tratamiento, lo cual debería ocurrir desde el momento del diagnóstico y no sólo en circunstancias extremas.

Diversos documentos representan evidencia sobre la vulnerabilidad y afectación psicológica de las personas con algún padecimiento (Arrossi, Herrero, Greco & Ramos, 2012) y la influencia de aspectos psicológicos en el transe de la enfermedad y ante la adherencia a los tratamientos (Gauchet, Tarquinio & Fisher, 2007; Granados & Roales-Nieto, 2007); por ejemplo, acorde a lo reportado por García (2006) en el momento del diagnóstico los pacientes presentan 70% de emociones negativas mezcladas con positivas, aunado a que el 90% de su afrontamiento es dirigido a la negación y sólo el 10% de sus actividades corresponden a un afrontamiento activo.

En cuanto a las emociones, se sostiene que éstas inciden en la aparición y curso de las enfermedades (Castro & Edo, 1994), que el percibir a la enfermedad como una amenaza se relaciona con experimentar afectos negativos y niveles bajos de adherencia, mientras que la apreciación de desafío se relaciona afectos positivos (Fall et al., 2013; Noguera, 2016). Así mismo, Canales y Barra (2010) argumentan que percibirse con autoeficacia tiene consecuencias benéficas para el funcionamiento de la persona en general y aumenta la probabilidad de llevar a cabo exitosamente las indicaciones médicas.

Considerando que en otros estudios se han establecido como variables predictoras de los comportamientos de adherencia en pacientes diabéticos al afrontamiento cognitivo, conductual, evitativo (Julien et al., 2009) y emocional (Nakahara et al., 2006) y atendiendo a la necesidad de generar estrategias de intervención dirigidas a mitigar la elevada carga emocional que representa la DM (Escobedo- de la Peña et al., 2011) e incrementar la frecuencia de ocurrencia de conductas necesarias para el control de la DM se efectuó el presente estudio.

|

Objetivo general

Calcular la capacidad predictiva de las variables estrés, afrontamiento y emociones sobre la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos, en los diferentes niveles de atención médica.

Objetivos específicos

1. Determinar la intensidad de estrés, las estrategias de afrontamiento empleadas, las emociones experimentadas y los puntajes de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, por cada nivel de atención médica.
2. Identificar el peso de cada componente del modelo transaccional revisado (estrés, afrontamiento y emociones) sobre la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos, en función del nivel de atención médica recibida.
3. Identificar si las variables predictoras de la adherencia terapéutica son distintas en cada nivel de atención médica.

Diseño y tipo de estudio

El presente estudio es prospectivo, transversal, descriptivo, explicativo y no experimental.

Análisis de datos

Dado que este estudio está encadenado con el estudio 3, en esta ocasión únicamente se efectuaron análisis de regresión lineal para determinar el efecto de cada componente del modelo transaccional revisado ante la adherencia terapéutica.

Resultados

Tal como se aprecia en la tabla 13 las variables que emergieron como predictores de la adherencia terapéutica total -medida mediante la sumatoria del instrumento en su totalidad- fueron el tiempo de padecimiento, así como experimentar esperanza, culpa y envidia ante un evento estresante, estas variables en conjunto explican el 14.9% de la varianza total.

Mientras que al segmentar la muestra acorde al nivel de atención médica recibida, en aquellos que pertenecen al nivel primario, emergen como predictores, experimentar culpa, tristeza y envidia en un evento estresante, amor en un evento placentero y el tiempo de padecimiento, explicando en conjunto el 21.4% de la varianza total. Por su parte, en los pertenecientes al nivel secundario de atención médica únicamente experimentar culpa en un evento estresante y esperanza en un evento placentero, explican el 22.4% de la varianza total.

Tabla 13.

Predictores de la adherencia terapéutica total en los distintos niveles de atención médica.

Condición	Predictores	B	T	P	R ²	R ² a	F	p
Muestra Total	Tiempo de Padecimiento	.170	3.19	0.002	0.174	0.149	6.974	.000
	Esperanza (evento estresante)	.119	1.934	0.054				
	Culpa (evento estresante)	-.155	-2.874	0.004				
	Envidia (evento estresante)	-.140	-2.371	0.018				
Nivel Primario	Culpa (evento estresante)	-.277	-3.592	0.000	0.253	0.214	6.494	.000
	Amor (evento placentero)	.194	2.012	0.046				
	Tristeza (evento estresante)	.260	3.548	0.001				
	Envidia (evento estresante)	-.249	-2.122	0.035				
	Tiempo de Padecimiento	.119	1.901	0.059				
Nivel Secundario	Esperanza (evento placentero)	.358	2.319	0.023	0.263	0.224	6.705	.000
	Culpa (evento estresante)	-.336	-3.204	0.002				

En cuanto al factor 1 de adherencia terapéutica, el cual incluye 16 reactivos relativos a la atención médica, las variables predictivas son envidia, tanto en un evento estresante como placentero, explicando el 12 % de la varianza total; mientras que en aquellos que pertenecen al nivel primario de atención médica, el tiempo de padecimiento y experimentar envidia ante un evento estresante explican el 15.1%; en el nivel secundario experimentar esperanza ante un evento placentero y el tiempo de padecimiento explican el 18.7% de la varianza y en el nivel terciario experimentar envidia, tanto en un evento placentero como en uno estresante, explican el 20.6% de la varianza (véase tabla 14).

Tabla 14.*Predictores del Factor 1: "Atención médica" en los distintos niveles de atención médica.*

Condición	Predictores	B	T	P	R ²	R ² a	F	p
Muestra Total	Envidia (evento placentero)	-.137	-2.288	.023	0.143	0.120	6.221	.000
	Envidia (evento estresante)	-.163	-2.737	.007				
NAM 1	Tiempo de padecimiento	.159	2.173	.031	0.188	0.151	5.100	.000
	Envidia (evento estresante)	-.275	-3.725	.000				
NAM 2	Esperanza (evento placentero)	.253	2.136	.036	0.228	0.187	5.542	.001
	Tiempo de padecimiento	.241	2.361	.021				
NAM 3	Envidia (evento estresante)	-.276	-2.339	.023	0.230	0.206	9.408	.000
	Envidia (evento placentero)	-.308	-2.607	.011				

En lo referente a las conductas de cambios en el estilo de vida, las cuales representan el factor 2, emergieron como predictores en la muestra total, el tiempo de padecimiento y experimentar culpa en un evento estresante, ambas variables en conjunto explican sólo el 6%; en los pertenecientes al nivel primario de atención médica, tales conductas son predichas por experimentar envidia y culpa en un evento estresante, amor en un evento placentero y la presencia de complicaciones, explicando en conjunto el 10% de la varianza total; en los pertenecientes al nivel secundario el experimentar ansiedad y culpa ante un evento estresante, así como esperanza en un evento placentero explican el 21.7% de la varianza, finalmente en los pertenecientes al nivel terciario la esperanza y la ansiedad ante un evento placentero explican el 13.1% de la varianza (véase tabla 15).

Tabla 15.*Predictores del Factor 2: "Cambios en el estilo de vida" en los distintos niveles de atención médica.*

Condición	Predictores	B	T	P	R ²	R ² a	F	p
Muestra total	Culpa (evento estresante)	-.160	-2.845	.005	0.083	0.065	4.549	.000
	Tiempo de padecimiento	.116	2.089	.038				
NAM 1	Amor (evento placentero)	.167	2.232	.027	0.124	0.102	5.573	.000
	Envidia (evento estresante)	-.187	-2.471	.015				
	Culpa (evento estresante)	-.173	-2.295	.023				
	Complicaciones	-.137	-1.834	.059				
NAM 2	Ansiedad (evento estresante)	-.229	-2.170	.033	0.266	0.217	5.368	.000
	Culpa (evento estresante)	-.261	-2.477	.016				
	Esperanza (evento placentero)	.243	2.060	.043				
NAM 3	Esperanza (evento placentero)	.301	2.600	.012	0.158	0.131	5.918	.004
	Ansiedad (evento placentero)	.264	2.286	.026				

Por su parte, las barreras ante la medicación fueron predichas, en la muestra total, por el nivel de estrés y experimentar culpa ante un evento estresante, de este modo explican el 7%

de la varianza; en aquellos que pertenecen al nivel primario por el nivel de estrés y la vergüenza ante un evento estresante, explicando el 12.1% de la varianza, mientras que experimentar culpa en un evento estresante explica el 5% total de la varianza (véase tabla 16).

Tabla 16.

Predictores del Factor 3: "Barreras ante la medicación" en los distintos niveles de atención médica.

Condición	Predictores	B	T	P	R ²	R ² a	F	p
Muestra total	Nivel de estrés	.122	2.192	.029	0.090	0.075	6.013	.000
	Culpa (evento estresante)	-.164	-2.765	.006				
NAM 1	Nivel de estrés	.282	3.771	.000	0.143	0.121	6.555	.000
	Vergüenza (evento estresante)	-.157	-1.935	.055				
NAM 2	Culpa (evento estresante)	-.255	-2.342	.022	0.065	0.053	5.484	.022

Discusión

El objetivo de este estudio fue calcular la capacidad predictiva de las variables estrés, afrontamiento y emociones sobre la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos, en los diferentes niveles de atención médica, además de determinar si las variables predictivas son distintas en función del nivel de atención médica. Los resultados obtenidos indican que las emociones y el estrés emergen como predictores de los comportamientos de adherencia terapéutica presentándose diferentes combinaciones en función del nivel de atención médica recibida.

Discusión General

El objetivo principal que se persiguió durante la realización de la presente investigación fue determinar la relación entre el estrés, el afrontamiento y las emociones con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en distintos niveles de atención médica. Los resultados obtenidos aportan al conocimiento de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, constituyen evidencia respecto a las relaciones establecidas en el modelo transaccional revisado (Lazarus, 2000) contribuyendo a nivel teórico, práctico, metodológico y social.

A nivel teórico, los resultados obtenidos confirman que ante un evento estresante el afrontamiento en sus dos modalidades está presente y que de manera simultánea al experimentar estrés, se experimentan emociones de las diferentes categorías propuestas en el modelo transaccional revisado (Berra et al., 2014; Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; 1991; Muñoz, 2016; Vega et al., 2013).

Cabe precisar que no existe reportado en la literatura algún estudio donde se contemple el análisis de los componentes del modelo empleado en relación con la adherencia, no obstante, se coincide con otros estudios en cuanto a que el padecimiento de una enfermedad se ve acompañado de presencia de estrés (Folkman et al., 1986; Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; 1991; Martín & Grau, 2004), que las personas que padecen una enfermedad crónica presentan altos niveles de estrés (Álvarez & Barra, 2010; González & Landero, 2007; Ortiz, 2008), emplean estrategias de afrontamiento dirigidas a la acción, a la emoción o una combinación de éstas (Lazarus & Folkman, 1984; 1991; Vargas et al., 2009) y que el estrés se relaciona con la adherencia terapéutica (Álvarez & Barra, 2010; Ortiz, 2006; Torres & Piña, 2010).

De manera particular, en este estudio la intensidad del estrés es una variable que favorece la adherencia terapéutica, pues los resultados indican una correlación positiva

|

entre ésta y el factor “barreras ante la medicación”, lo que significa que en la medida en que la intensidad de estrés es mayor, mayor es la evitación de abandonar el tratamiento si no perciben mejoría, si los síntomas desaparecen, si el tratamiento les produce molestias, etc., lo cual beneficia la adherencia.

En cuanto al afrontamiento, teóricamente se establece que ante un evento estresante tienen lugar respuestas enfocadas a resolver el problema, eliminar la amenaza y/o a regular las consecuencias del evento (Lazarus, 1966) y que ambos modos o estilos de afrontamiento “pueden interferirse entre sí... facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro” (Lazarus & Folkman, 1991, p.176). Se identificó que el estilo de afrontamiento centrado en la acción, el centrado en la emoción y un estilo mixto, compuesto por ambas modalidades, se emplean en porcentajes muy similares, sin embargo, esta variable no se relacionó estadísticamente con la adherencia como en otros estudios con muestras de personas diabéticas (véase Ortiz, 2006; Smalls et al., 2012).

Un dato relevante que tuvo lugar en el presente indica que en cada nivel de atención médica el estilo de afrontamiento predominante es distinto. Si bien, no existen reportes en la literatura de esta índole, este hallazgo sugiere que las realidades que se viven en los distintos niveles de atención médica están en consonancia con distintos momentos del padecimiento de la DM.

En el nivel primario, cuando se recibe diagnóstico de DM, se acude a citas control y la atención es ambulatoria las personas tienden a ejecutar comportamientos que modifican el problema o fuente de estrés, aunado de la descarga o expresión de emociones, es decir, emplean un estilo mixto; en el siguiente nivel de atención, el secundario, cuando el padecimiento se ve acompañado de otras enfermedades y tienen lugar períodos breves de hospitalizaciones, la mayoría de los pacientes sólo efectúan comportamientos y guardan

|

para sí su estado emocional; mientras que ante la presencia de complicaciones severas e incluso incapacitantes, como puede ser pérdida de la visión y/o amputaciones, el afrontamiento predominante sólo consiste en la expresión de emociones.

En consonancia con lo anterior, pero en el tenor de las emociones, los resultados obtenidos son congruentes con la clasificación y definición propuestas en el modelo transaccional (véase Lazarus, 2000) e indican que en cada nivel de atención médica existen particularidades. Los participantes que reciben atención a nivel primario, reportaron experimentar alivio, esperanza, tristeza, gratitud y amor, las primeras tres emociones son provocadas por condiciones vitales desfavorables; el alivio tiene lugar tras la cesación de una desgracia, una condición frustrante, amenazante o de la cual se desee liberarse; la esperanza es un estado mental en el que el resultado positivo no se ha producido aún, pero es lo que se desea; la tristeza tiene como núcleo experimentar una pérdida irrevocable; mientras que la gratitud consiste en apreciar lo recibido y el amor tiene como tema relacional el deseo o participación en el afecto que normalmente es recíproco (Lazarus, 2000). Por tanto, los resultados indican que desde sus inicios, el padecimiento de la DM es considerado como un evento desfavorable y que las emociones establecidas teóricamente ante tales eventos han sido experimentadas por los participantes de la muestra.

En el nivel secundario de atención médica, sólo figuraron la esperanza, el alivio y la ansiedad; sobre la ansiedad se menciona que se centra en la seguridad personal y en cuestiones referidas a la vida y la muerte, por tanto, los resultados indican que las personas pertenecientes a dicho nivel, experimentan emociones que tienen lugar en eventos desfavorables así como sensaciones relacionadas con su existencia. Mientras que en el nivel terciario de atención médica, los participantes muestran gratitud, mantienen esperanza, expresan amor y felicidad.

|

En cuanto a la adherencia, en este estudio se hizo hincapié sobre el aspecto conceptual de dicho término, retomando información sobre los lineamientos a tener en cuenta ante su abordaje en el ámbito de la Psicología y proponiendo una definición operacional que cubre las recomendaciones reportadas, las cuales enuncian entre otras cosas, incluir por lo menos tres de las cinco dimensiones que forman parte del fenómeno de la adherencia (OMS, 2004), no emplear conceptos al intentar definir otros (Piña, 2013) y mostrar una debida correspondencia entre el concepto, su definición y su medición (Ribes-Iñesta, 2010).

Los resultados obtenidos sobre adherencia terapéutica son consistentes con otros estudios y confirman una significativa prevalencia de problemas en pacientes con DM (Moral de la Rubia & Cerda, 2015) dadas las bajas tasas de respuesta (Camarillo, 2012; Ortiz, 2006; 2008), la presencia de enfermedades concomitantes (Gutiérrez-Angulo et al., 2012; Salinas et al., 2014) y de complicaciones derivadas de períodos de descontrol (Oviedo & Reidl, 2006).

Lo anterior denota la necesidad de mejorar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, en consecuencia, la aportación a nivel práctico en esta ocasión consiste en mostrar evidencia relacionada con las emociones, lo cual representa un antecedente para justificar su inclusión en las intervenciones psicológicas dirigidas a muestras de enfermos crónicos, particularmente, diabéticos. En este mismo nivel, también se aporta que el conocimiento sobre la enfermedad, no influye en los niveles de adherencia terapéutica y que el aspecto más desconocido es en qué consiste la enfermedad, aunado a un sentimiento de culpa provocado por parte del personal sanitario, pues existe la tendencia de explicarle al paciente que las enfermedades crónicas

degenerativas se desarrollan en gran medida por conductas poco saludables ejercidas por parte de los recién diagnosticados (OMS, 2012).

A nivel metodológico, en esta investigación se efectuaron cuatro diferentes aportaciones. La primera consiste en la modificación, validación y presentación de un instrumento psicométricamente adecuado para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, el cual puede ser empleado con fines de investigación y diagnóstico por distintos profesionales de la salud interesados en la evaluación de la adherencia terapéutica, entendiendo a ésta como comportamientos relacionados con la salud; la segunda aportación es que tras seguir los lineamientos internacionales de construcción de pruebas se recomienda que la eliminación, modificación o mantenimiento de un reactivo en determinada escala se haga apelando al criterio de saturación en el factor y no al valor de comunalidad; la tercera aportación consistió en ubicar mediante el modelo transaccional revisado aquellas emociones que experimentan los diabéticos, lo cual resulta información novedosa ya que no se había descrito en algún trabajo publicado del área médica y psicológica; finalmente se aportó, una batería, que en conjunto con la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT) posibilitan evaluar aspectos de cada una de las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica propuestas por la OMS (2004).

Respecto a la primera dimensión, los factores socioeconómicos, se presentaron datos sobre el nivel educativo, la medicación y las creencias acerca de la enfermedad; en lo relativo a la segunda, los factores referidos al sistema o personal de asistencia sanitaria, se exploró la satisfacción del paciente con la consulta médica; en la tercera, la referida a la enfermedad, se preguntó sobre la sintomatología y se categorizó el nivel de atención médica, mediante las complicaciones reportadas y acorde a lo estipulado por el Sistema

Nacional Integrado de Salud (2006); en la cuarta, la cual involucra al tratamiento, se abordó su duración, la cantidad de tratamientos empleados y el tipo de tratamientos consumidos; finalmente en lo relativo a la persona, se evaluó el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el estrés, el afrontamiento y las emociones.

La conjunción de medir la adherencia terapéutica, como comportamiento de salud, aunado a explorar elementos de cada una de las dimensiones sugeridas por la OMS (2004) permitió ampliar el conocimiento sobre la adherencia terapéutica en el contexto del padecimiento de la DM, así como identificar algunos datos relevantes: por ejemplo, reafirmar la existencia de una distancia entre conocer acerca de la enfermedad y controlarse adecuadamente (Castro-Cornejo et al., 2014; Escobedo- de la Peña et al., 2011); que la hipertensión arterial es la enfermedad mayormente asociada a la DM (Oviedo & Reidl, 2006; Salinas et al., 2014), que las complicaciones más frecuentes son problemas de salud que involucran mal funcionamiento de los riñones (Álvarez & Barra, 2010; Vélez, 2010); que a mayor tiempo de padecer la enfermedad, el grado de conocimiento sobre ésta, la presencia de complicaciones y los cambios en el estilo de vida aumentan, además en la medida que se efectúan cambios en el estilo de vida y se evitan las barreras ante la medicación, la presencia de complicaciones es menor.

A nivel social, los resultados pueden beneficiar el conocimiento de aquellos profesionistas cuyas acciones estén relacionadas con la atención de pacientes con DM; pues permiten conocer situaciones cotidianas que los conlleva a experimentar estrés, entre las cuales se destaca en esta muestra, el padecimiento de la DM; conocer un acervo de comportamientos que llevan a cabo para manejar el estrés y una serie de emociones experimentadas; así como, probablemente, la comprensión y manejo de la enfermedad por

|
parte de los familiares, cuidadores y personas que se relacionan con pacientes que padecen DM.

Conclusiones

Tras efectuar los cuatro estudios que conforman la presente investigación se concluye que el padecimiento de una enfermedad es un evento estresante, el cual se acompaña del empleo de estrategias de afrontamiento en las dos modalidades presentadas por Lazarus y Folkman (1984; 1991) y de la presencia de emociones en diferentes intensidades, tal cual lo propone Lazarus (2000); que las personas con diagnóstico de DM presentan estrés en alta intensidad; que el experimentar emociones repercute en la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos; que los pacientes diabéticos presentan bajos niveles de adherencia terapéutica y que cada nivel de atención médica tiene particularidades que involucran no sólo aspectos médicos y biológicos, también psicológicos.

Limitaciones y sugerencias

Al comparar esta investigación con datos reportados en la literatura, podría considerarse la presencia de dos posibles limitaciones, no contar con indicadores biológicos con los cuales se contrasten los puntajes obtenidos en la variable adherencia terapéutica y tener sólo un dato numérico respecto al estrés, el cual refiere a la intensidad. Sobre el primer punto, en estudios con muestras numerosas como es el caso (n=349) es económicamente poco probable efectuar análisis clínicos a cada participante, aunado a lo anterior, medicamente, sólo mediante la determinación sanguínea de los niveles plasmáticos de determinado fármaco se puede dar cuenta del consumo de éste, lo cual es un procedimiento costoso y limitado ya que sólo da cuenta de la ingesta de medicamentos (Nogués, Sorli & Villar, 2007); mientras que la escala permite conocer la frecuencia con la que se efectúan conductas de adherencia referidas al tratamiento, la dieta y cambios en el estilo de vida del paciente.

|

En cuanto a la medición del estrés, en este estudio no se aplicó un instrumento para obtener puntuaciones de esta variable, dado que no era el objetivo. Lo que si se solicitó a los participantes fue que las respuestas emitidas en cuanto al afrontamiento y las emociones estuvieran basadas en un evento estresante reciente, descritos por ellos mismos, pues el modelo estipula que sólo ante la presencia de estrés tiene lugar el afrontamiento y las emociones.

En esta investigación se solicitó al participante que después de describir el evento estresante valorara la intensidad del estrés experimentado en ese evento, de ahí que en apariencia únicamente se cuenta un dato numérico de estrés, si bien el modelo teórico empleado no contempla el nivel o intensidad del estrés, los resultados obtenidos indican que a mayor intensidad de estrés, se evitan cometer barreras ante la ingesta de medicamentos (véase estudio 2) y que este dato predice la presencia de las barreras ante la medicación (véase estudio 3).

Finalmente, se sugiere que en estudios posteriores se pregunte la cantidad de fármacos recetados, dado que este dato ha resultado relevante en otros estudios, afirmándose que el consumo de más de 13 formas farmacéuticas solidas aumenta, tres veces, la posibilidad de no adherirse al tratamiento farmacológico (Toledano et al., 2008); explorar la presencia de enfermedades bucales, pues existe evidencia clínica que indica que las personas con DM presentan viscosidad salival lo que predispone la aparición de caries (Ship, 2003) además cerca del 50% de los pacientes con DM presentan en distintos niveles periodontitis, exceso de placa dental, cicatrizaciones retardadas, recurrentes procesos infecciosos e inflamaciones (Martínez, González, Nicolua & Suárez, 2010), por tanto, las enfermedades bucales deben considerarse como signos de la DM, por último y no menos importante, se identificó la necesidad de analizar los recursos empleados por el personal

|

sanitario para brindar informar a los pacientes sobre la DM, pues la mayoría desconoce aspectos relevantes de dicho padecimiento y se consideran culpables de su estado de salud, debido a un sentimiento inducido por los profesionales de la salud que los atienden.

REFERENCIAS

- Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., Ato, M. & García-Mas, A. (2010). Análisis de la relación entre el estado de ánimo y las conductas de adherencia en deportistas lesionados. *Anales de Psicología*, 26 (1), 159-168. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/19-26_1.pdf.
- Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E. & Esparza, F. (2011). Construcción de un registro de conductas de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas. *Revista de Psicología del Deporte*, 20 (2), 455-476. Recuperado de <http://www.rpd-online.com/article/view/963>.
- Ader, R., Felten, L. & Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology* (2a. Ed.). San Diego: Academic.
- Ahumada, M., Escalante, E. & Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (1), 55-70. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a02.pdf>.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Aliaga, F. & Capafóns, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la “escala de modos de afrontamiento” (Ways of coping). *Ansiedad y estrés*, 2 (1), 17-26. Recuperado de <https://www.uv.es/~aliaga/curriculum/WOC.pdf>.
- Alvarado-Aguilar, S., Ochoa-Carrillo, F., Guerra-Chávez, H., Muriera-Rojas, Y., Galindo-Vázquez, O. & Zapata-Isodoro, M. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo). *Gaceta Mexicana de*

|

Oncología, 10 (3), 136-142. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-adherencia-terapeutica-del-paciente-con-X1665920111242435>.

Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Trillas.

Álvarez, E. & Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16 (3), 63-72. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300008>.

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Arrossi, S., Herrero, M., Greco, A. & Ramos, S. (2012). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES): Área de salud, economía y sociedad. Recuperado de <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2011/9560.pdf>.

Asociación Americana de Diabetes. (2010). Estándares de atención médica en diabetes 2010. *Diabetes Care*, 33 (1), S11-S61. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-S011Medline>.

Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2008). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-guia-alad.pdf>.

Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. México: Thomson.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.

Barnard, J., Massey, R., Cherny, S., O'Brien, T. & Pritikin, N. (2003). Long-term use of a high-complex-carbohydrate, high-fiber, low-fat diet and exercise in the treatment of

|

- NIDDM patients. *Diabetes Care*, 6 (3), 268-273. Recuperado de <https://doi.org/10.2337/diacare.6.3.268>.
- Barrio, A., García, R., Ruiz, I. & Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 37-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832311003>.
- Bayés, R. (1991). Psiconeuroinmunología. En J.L. González de Rivera (Ed.), *Medicina Psicosomática. Monografías de Psiquiatría*, 3 (3), Madrid: JARPYO.
- Bernstein, D.A. & Nietzel, M.T. (1988). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill.
- Berra, E., Muñoz, S., Vega, Z., Silva, A. & Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, (16) 1, 37-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114003>.
- Borras, X. (1992). Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 29-58.
- Borras, X., Casas, M., Roldán, M., Bayés, R. & Cuchillo, M. (1988). Estrés y estimulabilidad linfocitaria. *Psiquis*, 9, 360-365.
- Botero, P. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3 (2), 196-214. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815156>.
- Bransberg, R., Bronstone, A. & Hofmann, R. (2002). A computer-based assessment detects regimen misunderstanding and non adherence for patients on HIV antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 14, 3-15. doi: 10.1080 / 09540120220097892.

- |
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychology Wychowawcza, 19* (5), 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard.
- Cabello, J. (s/a). Sistema endocrino. Recuperado de http://anatomía241weebly.com/uploads/1/0/6/8/10683880/sistema_endocrino.pdf
- Cabrera, G., Tascon, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructor y aportes al modelo. *Revista de la Facultad de Salud Pública, 19* (1), 91-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019107>.
- Camacho, D., Ybarra, J., Yunes, J. & Piña, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos con sobrepeso u obesidad. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica, 15* (3), 377-386. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen15/num3/423/adherencia-al-tratamiento-enpacientes-hipertensos-ES.pdf>.
- Camarillo, G. (2012). *Grado de apego en al tratamiento en pacientes diabéticos adscritos a la unidad médico familiar número 66 del IMSS y sus creencias sobre el uso de terapias alternas y complementarias*. (Tesis de maestría en salud pública). Universidad Veracruzana Xalapa, Veracruz, México. pp.119.
- Canales, S. & Barra, E. (2014). Autoeficacia, Apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud, 24* (2), 167-173. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922>.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(3), 521-551. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705307>.

- |
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de test en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 863-882. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf.
- Carrillo, A., Marín, M. & Ortiz, L. (2014). Adherencia del paciente a la diálisis peritoneal. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 23 (2), 112-120. Recuperado de <http://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/201701/ADHERENCIA%20DEL%20PACIENTE%20A%20LA%20DIA%CC%81LISIS%20PERITONEAL.pdf>.
- Castillo, A. (2016). *Enfrentando la Enfermedad con Inteligencia Emocional*. Psicología Online. Recuperado de <http://www.psicologiaonline.com/articulos/2015/enfrentando-la-enfermedad-con-inteligencia-emocional.html>.
- Castro, J. & Edo, S. (1994). Emociones y Salud. *Anuario de Psicología*, (61), 25-32. Recuperado de revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/download/9206/11772.
- Castro-Cornejo, M., Rico-Herrera, L. & Padilla-Raygoza, N. (2014). Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio experimental. *Enfermería Clínica*, 24 (3), 162-167. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.004>.
- Cattell, B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10.
- Chapa, A. & Flores, M. (2006). Impacto del VIH / Sida en personas portadoras y con la enfermedad: análisis procesual de su representación. *Revista Humanitas*, 3 (3), 46.
- Colunga-Rodríguez, C., García, J., Ángel-González, M. & Salazar-Estrada, J. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria.

|

Revista Cubana de Salud Pública, 34 (4), 1-7. doi: 10.1590/S0864-34662008000400005.

Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviors. En Conner, M. y Norman, P. (Eds.). *Predicting health behaviors. Research and practice with social cognition models*, (1-22), Buckingham: Open University Press.

Cornejo, M. & Lucero, M.C. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios, relacionadas con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 6 (1), 143-153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18412608.pdf>.

Cortina, M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232494582_What_Is_Coefficient_Alpha_An_Examination_of_Theory_and_Applications.

Daneri, F. (2012). *Psicobiología del estrés*. (Trabajo practico). Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/t_p_estres.pdf.

Darling, C.A., McWey, L.M., Howard, S.N. & Olmstead, S.B. (2007). College student stress: the influence of interpersonal relationships on sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 215-229. doi: 10.1002 / smi.1139.

Dejo, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances en Psicología*

|

Latinoamericana, 25 (1), 64-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902507>.

DeVellis, R. (2003). *Scale development: theory and applications* (second edition). Sage: London.

DeVellis, R. (2012). *Scale development: theory and applications* (third edition). Sage: London.

Diario Oficial de la Federación (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2. (2010), para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Recuperado de <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marcojuridico/normas/nom14.pdf8>.

Díaz, R., Mendoza, M. & Belmont, J. (2004). Validación de un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en diabéticas durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18, 217-224. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000400003.

DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(2), 207-18. doi: 10.1037 / 0278-6133.23.2.207.

Echeburúa, E. (2013). Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro. *Psychosocial Intervention*, 22 (2), 87-93. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a11>.

- Egede, E., Zheng, D & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25 (3), 464–70. Recuperado de <https://doi.org/10.2337/diacare.25.3.464>.
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 7-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902503>.
- Escobedo-de la Peña, J., Buitrón-Granados, B., Ramírez-Martínez, J., Chavira-Mejía, R., Schargrotsky, H. & Marcet, B. (2011). Diabetes en México. Estudio CARMELA. *Cirugía y Cirujanos*, 79 (5), 424-431. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66221420006>.
- Espinoza, K. & Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, 18 (2), 23-30. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática ([INEGI], 2013). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) Recuperado de <http://inegi.org.mx>.
- Fall, E., Roche, B., Izaute, M., Matisse, M., Tauveron, I. & Chakroun, N. (2013). A brief psychological intervention to improve adherence in type 2 diabetes. *Diabetes and Metabolism*, 39 (5), 432-438. doi: 10.1016 / j.diabet.2013.05.003.
- Feldt, T., Mäkikangas, A. & Aunola, K. (2006). Sense of coherence and optimism: A more positive approach to health. En L. Pulkkinen, J. Kaprio & R.J. Rose (Eds.), *Socioemotional development and health from adolescence to adult hood* (p. 286–305). Cambridge: University Press.

- Fernández, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis doctoral. México, Guanajuato. Universidad de León.
- Fernández, M., Rebagliato, O., Gispert, B., Roig, H., Artigas, J., Bonay, B., Guix, L. & Turmo, N. (2008). Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. *Atención Primaria*, 40 (12), 611-616. doi: 10.1016/S0212-6567(08)75694-4.
- Fernández-Abascal, E.G. & Calvo, F. (1987). Modelos psicofisiológicos de la hipertensión esencial. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 71-109. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/256845595_Modelos_psicofisiologicos_de_la_hipertension.
- Ferrando, P.J. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 18-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>.
- Fishbein, M. (1990). Aids and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Revista Interamericana de Psicología*, 24 (1), 37-55. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1991-27818-001>.
- Fisher, D. & Fisher, A. (2000). Enfoques teóricos para el cambio a nivel individual en el comportamiento de riesgo del VIH. En J. Peterson y J. DiClemente (Eds.) *Manual de prevención del VIH, prevención del Sida y salud mental*, (3-55), New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). An analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Personality and Social Behavior*; 21, 219-239. doi: 10.2307/2136617.

- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a collage examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.
- Folkman, S. & Tedlie, J. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current directions in psychological science*, 9 (4), 115-118. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-8721.00073>.
- Fonseca, Y. (2008). *El estrés psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral*. Tesis doctoral publicada. Habana: Cuba. Universidad de la Habana.
- Font, M., del Valle, N., Sánchez, A., Gallego, J. & Lashey, M. (2014). Caracterización de pacientes diabéticos de tipo II con complicaciones vasculares y riesgo de aterosclerosis. *MEDISAN* 18 (12). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001200008.
- Franco, A. (2006). Tendencias y teorías en Salud Pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia*, 24 (2), 119-130. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a12.pdf>.
- Gan, Y., Yang, M., Zhou, Y. & Zhang, Y. (2007). The two-factor structure of future-oriented coping and its mediating role in student engagement. *Personality and Individual Differences*, 43, 851–863. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.02.009>.

- |
- García, E. (2006). *Afrontamiento, emociones y creencias en la enfermedad pulmonar obstructivo crónica en pacientes y familiares*. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. México
- García, I. & Juárez, M. (2014). Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional. *Universitas Psychologica*, 13 (2), 651-660. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pmat.
- García, R. (2012). *Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología. UNAM. México.
- García-León, A., Pardo, R. & López-Zafra, E. (2013). Variables personales en la adherencia al tratamiento de personas alérgicas. *Psicología Conductual*, 21 (3), 563-579. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/259509374>.
- Gauchet, A., Tarquinio, C. & Fischer, G. (2007). Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14 (3), 141-150. PMID: 18062057.
- Gérvas, J. (1999). *Clasificación Internacional de Atención Primaria*. (Segunda edición) España: Masson.
- González, M. & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y estrés en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología Social*, 21 (2), 141-52. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1174/021347406776591558>.
- González, M. & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.*, 12 (2), 189-198. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>.

- |
- González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (1), 7-18. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a02v23n1.pdf>.
- González, M., Ybarra, J. & Piña, J. (2012). Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 12 (2), 173-184. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023336004>.
- Gonzalez-Pisano, A. (2016). *Construcción y validación de un instrumento de evaluación de la adherencia a tratamientos en personas con enfermedad crónica en atención primaria de salud*. Tesis doctoral. España: Universidad de Oviedo.
- Gorsuch, R. (1983). *Factor Analysis*. (Second Edition.). USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Granados, E. & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Revista de Psicología LIBERABIT*, 16 (2), 203-215. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3354288>.
- Granados, G. & Roales-Nieto, J. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 7 (3), 393-403. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56070307>.
- Guerra-Rosas, D. & Lugli-Rivero, Z. (2010). Variables psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardiaca. *Psicología conductual*, 18 (1), 167-181. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/c6cf0db4092472db408046b388fd54c5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>.

- |
- Guerrero, J. (2016). Diabetes ¿qué es y cuáles son sus diferencias? Recuperado de <http://jaime-dulceguerrero.com/wp-content/uploads/2013/04/T1-y-T2.pdf>.
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A., Saldívar, G. & Juárez, F. (2009). Alcohólicos Anónimos (AA): aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídos y no recaídos. *Salud Mental*, 32 (5), 427-433. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a9.pdf>.
- Gutiérrez-Angulo, M., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I. & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista Calidad Asistencial*. 27 (2), 72-77. doi:10.1016/j.cali.2011.09.008.
- Hernández, S. & Londoño, N. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología del Caribe* 29 (1), 47-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a04.pdf>.
- Hinkin, T. R., Tracey, J.B., & Enz, C.A. (1997). Scale construction: Developing reliable and valid measurement instruments. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 21 (1), 100-120. doi:10.1177/109634809702100108.
- Holmes, H. & Rahe, H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. PMID: 6059863.
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2010). Depresión y la diabetes. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf.

- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2013). Guía para personas con diabetes tipo 1 y tipo 2. Recuperado de www.diabetes.niddk.nih.gov/spanish/index_sp.aspx.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino ([ENSANUT], 2016). Informe Final de Resultados. Recuperado de http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- International Diabetes Federation ([IDF], 2015). Diabetes Atlas. Prevalence estimates of diabetes mellitus (DM), 2030. Disponible en <http://www.diabetesatlas.org/content/prevalence-estimates-diabetes-mellitus-dm-2030>.
- Isenberg, A., Leherer, M. & Hochrom, M. (1992). The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. *Psychosomatic Medicine*, 54, 192-216.
- Jansá, M. & Vidal, M. (2009). Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Avances en diabetología*, 25 (1), 55-61. Recuperado de <http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1-9.pdf>.
- Joseph, J. & Golden, H. (2014). Type 2 diabetes and cardiovascular disease: what next? *Current opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 2 (21), 109-120. doi: 10.1097 / MED.0000000000000044.
- Julien, E., Senécal, C. & Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14 (3), 457-470. doi:10.1177 / 1359105309102202.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (Cuarta edición) México: Mc-Graw Hill.

- |
- Khovidhunkit, O., Suwantuntula, T., Thaweboon, S., Mitrirattanakul, S., Chomkhakhai, U. & Khovidhunkit, W. (2009). Xerostomia, hyposalivation, and oral microbiota in type 2 diabetic patients: a preliminary study. *Journal Medical Association Thailandia*, 92 (9), 1220-1228. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19772183>.
- Krebs, M., González, M., Rivera, A., Herrera, P. & Melis, F. (2013). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhé*, 21 (2), 133-147. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v21n2/art11.pdf>.
- La Rosa, Y., Martín, L. & Bayare, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_rtext&pid=S0864-21252000100005.
- Ladero, L., Orejudo, S. & Carrobbles, J. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona, *Psicothema*, 17 (4), 575-581. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3148>.
- Landero, R. & González, M. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12 (1), 45-61. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/136636>.
- Lane, D. & Schwartz, E. (1987). Niveles de conciencia emocional: una teoría cognitivo-evolutiva y su aplicación a la psicopatología. *The American Journal of Psychiatry*, 144 (2), 133-143. doi: 10.1176 / ajp.144.2.133.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw-Hill.

- |
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Lazcano, M. & Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 7 (1), 77-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170107>.
- Lazcano-Ortiz, M., Salazar-González, B. & Gómez-Meza, M. (2008). Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 1 (8), 116-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108111>.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>.
- Lombardi, M.A. (2006). Estrategias de afrontamiento como factores predictores del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la U.C.I. del H.U.C. *Revista Humanitas*, 3 (3), 107.
- López, M. & Marín, D. (2012). *Revisión de las propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman*. Tesis de licenciatura publicada. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, R. & de la Caba, M. (2011). Estrategias de afrontamiento ante el maltrato escolar en estudiantes de Primaria y Secundaria. *Aula Abierta*, 39 (1), 59-68. Recuperado de <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/5196>.

- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, E. & Kiers, L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46 (2), 340-364. doi: 10.1080/00273171.2011.564527.
- Macía, D. & Méndez, X. (1999). Líneas actuales de Investigación en psicología. En M.A. Simón (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Manso, E., Sánchez, P. & Cuéllar, I. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24, 37-45. doi: 10.5093/cl2013a5.
- Martín, L., Bayarre, H., La Rosa, Y., Orbay, M., Rodríguez, J., Ventó, F. & Acosta, M. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (3), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433313>.
- Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>.
- Martín, M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25 (1), 87-99. Recuperado de https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/12812/file_1.pdf.
- Martínez, A., González, F., Nicolau, O & Suárez, B. (2010). Manifestaciones orales en portadores de diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14 (1). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc041410.pdf>

- Martínez, F. & Fernández, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología básica y aplicada. *Anales de Psicología*, 10 (2), 101-109. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/01-10_2.pdf.
- Martínez, L., Vega, C., Nava, C., & Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (1), 186-202. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art10Vol13No1.pdf>
- Martínez-Correa, A., Reyes, G.A., García-León, A. & González-Jareño, M.A. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18 (1), 66-72. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3177.pdf>.
- Medellín, J., Vázquez, L., Silva, A., Gutiérrez, G. & Vázquez, E. (2012) Estrés y síntomas de desórdenes gastrointestinales en personas de EUA y México. *Revista Psicología Científica*, 14(8). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/estres-desordenes-gastrointestinales-2>.
- Medina-Pérez, E., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A., Martínez-López, M., Jiménez-Flores, C., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A., Islas-Cruz, D. & Cruz-González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*, 33 (1), 91-98. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2017/mim171j.pdf>.
- Medline. (2017). Diabetes. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>.
- Mejía, R., Piña, J., Méndez, J. & Laborín, F (2013). Versión peruana de un cuestionario que mide variables psicológicas relacionadas con la adhesión (VPAD) en mujeres con

|

- cáncer de mama. *Psicooncología*, 10 (1), 141-153. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41953.
- Miyar, L., Zanetti, M., & Teixeira, C. (2007). Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 15 (especial). Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae.
- Moral de la Rubia, J. & Cerda, M. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6 (1), 19-27. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70003-7](https://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70003-7).
- Moral, J., López, F., Díaz, R. & Cienfuegos, Y. (2011). Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja. *Revista CES Psicología*, 4 (2), 29-46. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1502>.
- Moya, M. (2014). *Sentido de Coherencia y Adhesión Terapéutica Antirretroviral en personas con VIH SIDA*. Tesis de Licenciatura no publicada. Perú, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Muñoz, S. (2016). *Emociones, estrés y afrontamiento relacionados con la conducta alimentaria en adolescentes obesos*. Tesis de Doctorado. No publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Muñoz, S., Vega, C. Z., Berra, E., Nava, C. & Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17 (1), 11-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80242935002.pdf>.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H. & Kuboki, T. (2006). Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in

|

- Japanese patients with type 2 diabetes. *Psychosomatics*, 47 (3), 240-246. doi: 10.1176/appi.psy.47.3.240.
- Nava, C., Vega, Z. & Soria, R. (2010). Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychologica*, 9 (1), 139-147. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712156011>.
- Nearhos, J., Van, C. & Connor, J. (2013). Psychological factors associated with successful outcomes in home hemodialysis. *Nephrology* 18, 505–509. doi:10.1111/nep.12089.
- Nieto, L. & Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la Universidad Católica Popular del Risaralda*, 85, 61-75.
- Noguera, M. (2016). *Apreciación cognitiva del VIH/Sida: su relación con el estado afectivo y la adherencia terapéutica*. (Tesis de doctorado). Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM, México.
- Nogués, X., Sorli, M. & Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de medicina interna*, 24 (3), 138-141. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992007000300009.
- Novales, R., García, A., Hernández, J., Novales, A., García, M. & Hernández, Y. (2015). Caracterización psicológica de escolares con diabetes mellitus tipo 1 a través de sus representaciones gráficas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26 (3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu>.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1995). *Teoría Psicométrica*. Mc Graw Hill: México.

- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>.
- Ochando, A., Royuela, C., Hernández, M., Lorenzo, S. & Paniagua, F. (2008). Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*, 11 (4), 271-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833132005>.
- Olds, K., Kiwanuka, P., Ware, C., Tsai, C. & Haberer, E. (2015). Explaining antiretroviral therapy adherence success among hiv-infected children in rural Uganda: a qualitative study. *AIDS and Behavior*, 19 (4), 584-593. doi: 10.1007 / s10461-014-0924-7.
- Olvera, S. (2012). *Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial*. Tesis de Maestría no publicada. México, D.F.: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- Olivares, J., Sánchez, J. & Rosa, A. (1998). Intervenciones conductuales y mejora de las conductas de autocuidado en sujetos diabéticos: meta-análisis de la literatura española. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 48, 16-25.
- Organización Mundial de la Salud. ([OMS], 2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.html>.
- Organización Mundial de la Salud. ([OMS], 2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Resumen de orientación. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.

- Organización Mundial de la Salud. ([OMS], 2012). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. Recuperado de <http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Orozco-Gómez, A. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24 (1), 203-217. doi:10.15446/rcp.v24n1.42949
- Ortiz, G. & Ortega, E. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21 (1), 79-90. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4271131>.
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 139-148. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203>.
- Ortiz, M. (2008). Estabilidad de la adherencia al tratamiento en una muestra de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 71-80. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100006>.
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>.
- Ortiz, M, Ortiz, E., Gatica, A. & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 5-11. Recuperad de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>.
- Osuna, M., Rivera, M., Bocanegra, C., Lancheros, A., Tovar, H., Hernández, J & Alba, M. (2014). Caracterización de la diabetes mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. *Acta Médica Colombiana*, 39 (4). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n4/v39n4a07.pdf>.

- Oviedo, T. & Reidl, L. (2006). Caracterización clínica y psicológica de pacientes mexicanos con diabetes tipo 2. *Revista Humanitas*, 3 (3), 101-102. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu05408.htm.
- Pedraza, G. L. (2013). *Estilos de afrontamiento y violencia en el noviazgo en estudiantes universitarios*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.
- Pedraza-Banderas, L. & Vega, C. Z. (2015). Las estrategias de afrontamiento ante la violencia en el noviazgo. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 1 (1), 133-140. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/316443986_Las_estrategias_de_afrontamiento_ante_la_violencia_en_el_noviazgo.
- Pedraza-Banderas, L. & Vega, Z. (2018). Caracterización psicosocial de pacientes diabéticos mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4 (21). Disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>.
- Pedraza-Banderas, L., Vega, Z. & Nava, C. (prensa). Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT).
- Pelechano, V. (2005). Acerca de <<afrontamiento>>y <<enfermedad crónica>>: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 3-14. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/01.2005\(1\).Pelechano.pdf](http://www.aepcp.net/arc/01.2005(1).Pelechano.pdf).
- Pérez, M. (2009). *Relación de ansiedad, depresión, afrontamiento y adherencia a la quimioterapia oral en pacientes con cáncer de mama: un estudio piloto*. (Tesis de licenciatura). México: México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

- |
- Pérez-Villanueva, T. (2013). *Factores determinantes en la adherencia terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de licenciatura no publicada. Perú: Universidad Nacional de Trujillo.
- Peyrot, M., & Rubin, R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes. A conceptual review. *Diabetes Care*, *30*, 2433–2440. doi: 10.2337 / dc07-1222.
- Peyrot, M., Rubin, R., Lauritzen, T., Snoek, F., Matthews, R. & Skovlund, E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: Results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabetic Medicine*, *22*, 1379-1385. doi: 10.1111/j.1464-5491.2005.01644.x.
- Pieterse, K., Van Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, M., Rijnsburger, J., De Koning, J., Klijn, M., Van Elderen, T., Tibben, A., & Duivenvoorden, J. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*, *16* (9), 851-858. DOI: 10.1002 / pon.1135.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, *7* (1), 19-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64770103.pdf>.
- Piña, J. (2013). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/sida: una propuesta integradora. *Conductual, Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, *1* (3), 47-62. Recuperado de http://conductual.com/sites/default/files/pdfarticles/Adhesi%C3%B3n%20al%20tratamiento%20en%20personas%20con%20VIH_Pi%C3%B1a.pdf.
- Piña, J., Corrales, E, Mungaray, K. & Valencia, A. (2006) Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*,

|

19 (4), 217-228. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000400001&script=sci_abstract&tlng=es.

Piña-López, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 399-407. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500005.

Portilla, L., Romero, M. & Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523203>.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Terapia trans-teórica: hacia un modelo de cambio más integrador. *Psicoterapia: Teoría, Investigación y Práctica* 19 (3): 276-288.

Puente-Silva, F. (1985) ¿Qué es la adherencia terapéutica? En adherencia terapéutica. Implicaciones para México. *XXIII Congreso Internacional de Psicología*, en Acapulco, México.

Quirós, D. & Villalobos-Pérez, A. (2007). Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Universitas Psychologica*, 6 (3), 679-688. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760317>.

Quiroz, C.A. (2012). *Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS*. Tesis de maestría no publicada. Santiago de Cali, Colombia: Universidad Autónoma de Manizales.

Quiroz, C.A. (2014). Instrumento para evaluar adherencia de personas adultas a procesos de neurorehabilitación funcional, basado en las dimensiones propuestas por la

|

- Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (1), 52-61. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13378/20779778>.
- Reglamento de la ley general de Salud. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes-Iñesta, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 27, 55-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016325006>.
- Rivadeneira, C., Minici, A. & Dahab, J. (2010). El impacto del estrés sobre la salud física. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 18, 2-4. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-impacto-del-estres-sobre-la-salud-fisica.pdf>.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, M. & Sandoval-Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35 (4), 329-337. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853325201200040008.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705302>.
- Rodríguez, M., García, J.C., Rentería, A. & Nava, C. (2013a). Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista*

|

- Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (4), 1262-1282. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/43702>.
- Rodríguez, M. & Rentería, A. (2016). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Psicología y Salud*, 26 (1), 51-62. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1898>.
- Rodríguez, M., Rentería, A. & García, J.C. (2013b). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicológica Universidad de Santo Tomas*, 10 (1), 91-101. Recuperado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/summa-psicologica-ust/articulo/adherencia-a-la-dieta-en-pacientes-diabeticos-efectos-de-una-intervencion>.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, R., Reynales, L., Jiménez, J., Juárez, S. & Hernández, M. (2010). Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28 (6), 412-420. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a02.pdf>.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (third edition). Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Ruiz, M., Pardo, A. & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 34-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441004>.
- Salanova, M., Grau, R.M. & Martínez, I.M. (2005). Job demands and coping behavior: the moderating role of professional self-efficacy. *Psicothema*, 17 (3), 390-395. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28140429_Job_demands_and_coping_behaviour_the_moderating_role_of_Professional_self-efficacy.

- Salinas, J.L., Espinosa, V. & González, H. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II e hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 905-929. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/ article/ view/47225>.
- Sánchez, R. & Enríquez, D. (2011). Modelo psicológicos de la salud que han abordado el VIH / Sida: modelo basado en la teoría de la conducta planeada. Recuperado de <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/82-modelo-basado-en-la-teoria-de-la-conducta-planeada.html>.
- Sánchez-Sosa, J.J., Cázares, R.O., Piña, L.J., & Dávila, T.M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32 (5), 389-397. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a5.pdf>.
- Santamaría, S., Orozco, M., Rodríguez, V., Iglesias, A. & Jiménez, L. (2010). Calidad de vida: los grupos de autoayuda como estrategia de educación para la salud y su impacto en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2. *Tecnología Humanística*, 49, 21-27.
- Sass, A. & Schmitt, A. (2010). A comparative investigation of rotation criteria within exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 45, 73-103. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232890796_A_Comparative_Investigation_of_Rotation_Criteria_Within_Exploratory_Factor_Analysis.
- Ship, A. (2003). Diabetes and oral health: an overview. *Journal American Dental Association*, 134 (4S-10S). <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2003.0367>.

- |
- Shrivastava, R., Shrivastava, S. & Ramasamy, J. (2013). Papel del autocuidado en el en el tratamiento de la diabetes mellitus. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 12 (1), 12-14. doi: 10.1186 / 2251-6581-12-14.
- Silva, C. & Agudelo, D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombia de Psicología*, 14 (1), 47-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822602005>.
- Sistema Nacional Integrado de Salud. (2006). Niveles de complejidad en la atención sanitaria. Colombia: Planeta.
- Smalls, B., Walker, R., Hernández-Tejeda, M., Campbell, J., Davis, K. & Egede, L. (2012). Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 34, 385–389. doi: 10.1016 / j.genhosppsy.2012.03.018.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo* (Cuarta edición). México: Trillas.
- Soria, R., Ávila, D., Vega, Z., & Nava, C. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología*, 16 (26), 78-84. Recuperado de <http://www.alternativas.me/attachments/article/24/8%20-%20Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%20-%2026.pdf>.
- Soria, R., Vega, C.Z. & Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14 (20), 89-103. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

- |
- Soria, R., Vega, Z., Nava, C. & Saavedra, K. (2011). Interacción médico paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Revista de Psicología LIBERABIT*, 17 (2), 223-230. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/686/68622584011.pdf>.
- Sosa, A. (2011). Violencia percibida y estrategias de afrontamiento en los estudiantes, docentes y padres de familia, de la escuela normal superior Federico Lleras Acosta, sección básica primaria del municipio de Puerto Carreño-Vichada. Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Investigación Educativa, Universidad de Costa Rica.
- Sotelo, C. & Maupome, V. (1999) *Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar*, 5 (Septiembre), 22-37. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/538/478>.
- Suárez, Z. (2008). *Conductas Buscadoras de Salud en Diabetes Mellitus: Reforzamiento del Autocuidado, usuarios de una Institución Hospitalaria*. Tesis de Licenciatura no publicada. Colombia, Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
- Téllez, I., Camacho, B., Ramos, B. & Nishimura, E. (2006). Manejo del estrés en cuidadores primarios informales de niños con diabetes tipo I. *Revista Humanitas*, 3 (3), 94.
- Tobar, A.S. (2016). *Estrategias de afrontamiento del dolor y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos en el hospital "Dr. Julio Enrique Paredes C."*

|

- Unidad Oncológica Solca Tungurahua Ambato*. Tesis de licenciatura no publicada. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Toledano, J., Ávila, L., García, S. & Gómez, H. (2008). Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39 (4), 9-17. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57911113003>.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2005). The summary of diabetes self - care activities measure. *Diabetes Care*, 23, 943 - 950.
- Torales, J., Jara, G., Ruiz, C. & Villalba, J. (2016). Aspectos psicopatológicos del paciente con diabetes. En Flores, J., Capello, J, Torales, J. & López, H. (Eds.), *Pie diabético: manual de manejo* (16-25). Paraguay: Don Bosco.
- Torres, M. & Piña, J. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, 28 (1), 45-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100005>.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18 (1), 45-59. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf.
- Urzúa, A. & Jarne, A. (2008). Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (1), 151-160. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a16.pdf>.
- Urzúa, A., Marmolejo, A. & Barr, C. (2012). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas Psychologica*, 11 (2), 587-598. Recuperado de <http://www.scopus.com/>

inward/record.url?eid=2-s2.0-84872475531&partnerID=40&md5=2af36866c6467c5f3ba293b62af8271e.

Varela, M., Salazar, I. & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (2), 101-113. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2s2.074549209029&partnerID=40&md5=9ec8c6f26fd1a5cbbea815e932b8910b>.

Vargas, J., Cervantes, R. & Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud* 19 (2), 215-221. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jaime-Ernesto-Vargas-Mendoza.pdf>.

Vargas, P. & Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En G.R. Ortiz V. (Coord.): *Psicología y salud. La experiencia mexicana* (pp. 97-157). Xalapa: Universidad Veracruzana

Vega, C. Z., Almonaci, A., Gómez, G., Muñoz, S., Berra, E. & Cepeda, M. L. (2013). Caracterización de padres jóvenes: estrés, afrontamiento, emociones, calidad de red y apoyo social. *Eureka: Asunción (Paraguay)*, 10 (2):189-203. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292967716_Caracterizacion_de_padres_jovenes_estres_afrontamiento_emociones_calidad_de_re_y_apoyo_social.

Vega, C. Z., Muñoz, S., Berra, E., Nava, C. & Gómez, G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: propuesta del cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento (CEEA). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (3), 1051-1073. Recuperado de

|

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num3/Vol15No3Art14.pdf>.

Vélez, E. (2010). *Representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento*. Tesis doctoral publicada. Madrid: España. Universidad de Alcalá.

Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH - SIDA. *Psicología y Salud*, 16 (1), 51-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116106.pdf>.

Villamarín, C.F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1-2), 45-64. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61115/88849&a=bi&pagenumber=1&w=100>.

Wasserman, L. & Trifonova, E. (2006). Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 75-85. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/view/SJOP0606120075A/29075>.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27 (5), 1047-1053. Recuperado de <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>.

Wilson, I., Carter, E. & Berg, M. (2009). Improving the self-report of HIV antiretroviral medication adherence: Is the glass half full or half empty? *Current HIV/AIDS Reports*, 6, 177-186. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691062/>.

- |
- Yun, J. & Ko, S. (2015). Avoiding or coping with severe hypoglycemia in patients with type 2 diabetes. *Korean Journal Internal Medicine*, 30 (1), 6-16. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3904/kjim.2015.30.1.6>.
- Zapata, R.G. & Canet, G.M. (2008). Propuesta metodológica para la construcción de escalas de medición a partir de una aplicación empírica. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 8 (2), 1-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44713044004>.
- Zarauz, A. & Ruiz-Juan, F. (2012). Super-adherencia del maratoniano: variables predictoras y diferencias de género. *Universitas Psychologica*, 11 (3), 895-907. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64724634018>.
- Zavala, L., Rivas, A., Andrade, P. & Reidl; M. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 159-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387009>.
- Zerquera, G., Sánchez, B., Rivas, E. & Costa, M. (2016). Caracterización de los pacientes diabéticos tipo 2 ingresados en el Centro de Atención al Diabético de Cienfuegos. *Revista Finlay*, 6 (4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000400005.

Anexo 1. Escala de Adherencia Terapéutica (Soria, Vega & Nava, 2009)

Ítems	Respuesta
1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.	
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	
3. Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.	
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	
5. Asisto a mis consultas de manera puntual.	
6. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	
7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	
8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento	
10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	
11. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	
13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.	
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido.	
15. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	
18. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.	
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	

Anexo 2. Variables sociodemográficas y clínicas.

1. Folio:	2. Nombre:				
3. Edad: _____ años	4. Sexo: F () M ()	5. Estado civil: () Soltero (a) () Casado (a) () Unión libre () Viudo (a) () Divorciado (a) / Separado (a)	6. Escolaridad: () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Posgrado		
7. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que le diagnosticaron diabetes? _____	8. ¿Desde hace cuánto tiempo usted se encuentra en tratamiento? _____				
Por favor, indique ¿En qué medida usted conoce o está enterado (a) de ...					
	Nada	Poco	Algo	Mucho	Bastante
9. En qué consiste la diabetes?					
10. Por qué se desarrolla la diabetes?					
11. Cuáles son los síntomas que se presentan?					
12. Qué cuidados se deben tener?					
13. Cuáles son las complicaciones en el organismo?					
14. De la siguiente lista de síntomas, indique cuales ha llegado a presentar. Puede marcar más de una opción.					
1. Mucha sed () 2. Mucha hambre () 3. Mucho sueño () 4. Orinar constantemente () 5. Separación de dientes ()		6. Infección recurrente en vías urinarias () 7. Cansancio ante poca actividad física () 8. Debilidad / Falta de fuerza () 9. Pérdida de peso () 10. Resquebradura en piel ()			
15. ¿Considera que la diabetes es una enfermedad que se puede controlar? Sí () No () No lo sé ()					
16. De la siguiente lista de tratamientos, por favor indique a cuales usted ha recurrido para la atención de la diabetes. Puede marcar más de una opción.					
1. Tratamientos homeópatas () 2. Tratamientos psicológicos () 3. Acupuntura () 4. Otra terapia alternativa () ¿Cuál? _____		5. Tratamientos orales alópatas (medicamentos) () 6. Tratamientos intramusculares (insulina) () 7. Tratamientos dialíticos (diálisis o hemodiálisis) () 8. Otros tratamientos () ¿Cuáles? _____			
17. En conjunto, ¿Cuántos tratamientos ha llevado a cabo para el tratamiento de la diabetes? _____					
18. Desde que fue diagnosticado (a) como paciente diabético (a) ¿ha requerido ser hospitalizado (a) para atender alguna complicación relacionada con la diabetes? Si () No ()					
19. Adicional al padecimiento de diabetes, usted padece alguna otra enfermedad crónica. Si () ¿Cuál? _____ No () No lo sé ()					
20. A partir de ser diagnosticado con diabetes, usted presenta o ha presentado alguno de los siguientes cuadros:					

1. Retinopatía (desprendimiento de la retina del ojo / problemas visuales) ()
2. Neuropatía (dolor corporal generalizado sin estar enfermo de otra patología) ()
3. Nefropatía (enfermedades que involucran a los riñones) ()
4. Pie diabético (infección, ulceración o destrucción del tejido del pie) ()
5. Infecciones oportunistas frecuentes (infecciones de vías urinarias, vías respiratorias o gastrointestinales) ()
6. Retención de líquidos (hinchazón en cualquier parte del cuerpo, sin motivo aparente) ()

21. El tipo de atención médica que usted recibe para el tratamiento de su enfermedad es...

Particular ()

Pública ()

Ambas ()

Anexo 3. Cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería (adaptación).

Reactivos	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Medianamente en acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estoy totalmente satisfecho de la visita con este médico.						
2. El médico ha puesto mucha atención en examinar todos los problemas.						
3. Seguiré los consejos del médico porque creo que son muy acertados.						
4. Me he sentido cómodo hablando con el médico sobre temas muy personales.						
5. El tiempo que he pasado con el médico ha sido algo corto.						
6. El médico me ha dado una información completa sobre mi tratamiento.						
7. Algunos aspectos de la consulta con el médico podrían haber sido mejores.						
8. Hay algunas cosas que el médico no sabe de mí.						
9. El médico ha escuchado con mucha atención todo lo que le he dicho.						
10. Pienso que el médico me ha tratado de manera personalizada.						
11. El tiempo que he estado con el médico no ha sido suficiente para comentarle todo lo que deseaba.						
12. Después de la visita con el médico entiendo mucho mejor mi problema de salud.						
13. El médico se ha interesado por mí no sólo a causa de mi enfermedad, sino también como persona.						
14. El médico sabe todo sobre mí.						
15. Creo que el médico sabía realmente lo que yo estaba pensando.						

16. Me hubiera gustado estar más tiempo con el médico.						
17. No estoy del todo satisfecho con la visita al médico.						
18. Me resultaría difícil hablar con el médico sobre temas personales.						

Anexo 4. Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica.

Reactivos	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuente mente	Casi siempre	Siempre
1. Respeto la dieta indicada, aunque ésta sea rigurosa.						
2. Asisto a mis consultas de manera puntual.						
3. Estoy al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.						
4. Atiendo todas las recomendaciones del médico, en cuanto a los cambios en mi estilo de vida (por ejemplo, dejar de fumar, no consumir alcohol, sal, azúcar, picante, etc.).						
5. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.						
6. Si el médico me inspira confianza, entonces sigo el tratamiento.						
7. Después de haber terminado un tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.						
8. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro (a) de lo que tengo y me apego más al tratamiento.						
9. Cuando tengo muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.						
10. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque éste no esté concluido.						
11. Si en poco tiempo no percibo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.						
12. Si el tratamiento exige hacer ejercicio, lo hago.						
13. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.						
14. Como me lo recomienda el médico, acudo a realizarme análisis clínicos periódicamente, aunque no me sienta mal.						
15. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.						
16. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para mejorar.						
17. Me apego al tratamiento, aunque éste sea complicado.						
18. Si el médico me explica detalladamente en qué consiste mi enfermedad y qué es lo que tengo que hacer para mejorar mi salud, entonces me adhiero al tratamiento.						
19. Si el medicamento es costoso, ingiero cantidades menores a las indicadas por el médico.						
20. Le tengo más confianza a los medicamentos de patente que a los remedios naturales u homeopáticos.						
21. Ingiero mis medicamentos respetando la dosis indicada por el médico.						
22. Asisto a revisiones periódicas, aunque no me sienta mal.						
23. Acudo al médico, únicamente cuando presento algún síntoma.						
24. Notar mejoría en mi estado de salud, favorece que me adhiera al tratamiento.						

25. Cuando presento síntomas de deterioro, me adhiero más al tratamiento.						
26. Realizo las mediciones indicadas en casa, por ejemplo, tomas de presión arterial, el nivel de glucosa, etc.						
27. Respeto la dieta indicada por el médico, sin importar el lugar donde me encuentre.						
28. Realizo algún tipo de modificación al tratamiento, sin consultarlo con el médico.						
29. Hago todo lo que está en mis manos para mantenerme controlado (a)						
30. Estoy más seguro (a) de lo que tengo cuando me informan los resultados arrojados en los análisis clínicos.						

Anexo 5. Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento (Muñoz, Berra & Vega, 2012).

A continuación le pedimos nos describa una situación y lo que experimentó alrededor de ella, así como una serie de preguntas para conocer cómo te sentiste en dicha situación. No existen respuestas buenas o malas; los datos que nos proporciona son confidenciales y la información que nos aporta es muy valiosa.

Escriba una situación en la que se haya sentido estresado(a).

¿Del 1 al 10 que tan estresado (a) se sintió?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Hace cuánto tiempo fue?

1) hace unos días 2) hace una semana 3) hace un mes 4) hace un año o más

¿Qué hizo ante dicha situación?

Del siguiente listado identifique la emoción que experimento y califique la intensidad de dicha emoción.

	0				1				2				3			
	NADA				POCO				MODERADO				MUCHO			
Emoción	0	1	2	3	Emoción	0	1	2	3							
Ira					Felicidad											
Ansiedad					Orgullo											
Temor					Alivio											
Culpa					Esperanza											
Vergüenza					Amor											
Tristeza					Gratitud											
Envidia					Compasión											

Celos									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Cuánto tiempo duró la emoción que tuvo mayor intensidad?

- 1) Pocos minutos 2) una hora 3) varias horas 4) un día o más

¿Cuándo sucedió el evento estuvo relacionado con tus metas, necesidades o deseos y esto te ayudó u obstaculizó para seguir tus planes y lograr tus metas?

- 1) Si influyó y obstaculizó 4) No influyó ni ayudó
 2) Si influyó y ayudó
 3) No influyó ni obstaculizó

Escriba una situación que le haya resultado placentera o ante la cual se haya sentido bien.

¿Del 1 al 10 díganos que tan placentera fue?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Hace cuánto tiempo fue?

- 1) hace unos días 2) hace una semana 3) hace un mes 4) hace un año o más

¿Qué hizo ante dicha situación?

Del siguiente listado identifique la emoción que experimento y califique la intensidad de dicha emoción.

0

1

2

3

NADA

POCO

MODERADO

MUCHO

Emoción	0	1	2	3	Emoción	0	1	2	3
Ira					Felicidad				
Ansiedad					Orgullo				
Temor					Alivio				
Culpa					Esperanza				
Vergüenza					Amor				
Tristeza					Gratitud				
Envidia					Compasión				
Celos									

¿Cuánto tiempo duró la emoción que tuvo mayor intensidad?

- 1) Pocos minutos 2) una hora 3) varias horas 4) un día o más

¿Cuándo sucedió el evento estuvo relacionado con tus metas, necesidades o deseos y esto te ayudó u obstaculizó para seguir tus planes y lograr tus metas?

|

- 1) Si influyó y obstaculizó
- 2) Si influyó y ayudó
- 3) No influyó ni obstaculizó
- 4) No influyó ni ayudó