



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA: UNA MUESTRA DE
PACIENTES CRÓNICOS DE MEDICINA A DISTANCIA**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

NANCY LAURA GARCIA CARRASCO

DIRECTORA: Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo

REVISORAS: Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez

Lic. Damariz García Carranza

SINODALES: Mtra. Angelina Guerrero Luna

Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez

Ciudad Universitaria, México D.F. 2015.



**Facultad
de Psicología**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A Dios por estar siempre a mi lado, por haberme permitido culminar mis estudios de forma satisfactoria, por darme la fuerza para superar todos los obstáculos que se me presentaron durante toda mi carrera profesional y seguirme dando la fuerza para poder seguirme superando día a día. Gracias.

Gracias a mi padres Herlinda y Jesús, porque fueron mis primeros maestros, por su empeño, su dedicación, entereza, confianza, aliento, por inculcarse los valores esenciales de la vida, por proveerme de todo lo necesario para lograr este éxito, pero sobre todo por su amor de padres que siempre sentí a lo largo de mi vida con plena satisfacción y felicidad, gracias papá, gracias mamá por apostarle a mi existencia y darme la mejor herencia, el estudio: los amo.

A mi hermano querido, Omar'zin, por cada uno de los momentos que he estado contigo, por las risas y el apoyo, porque me escuchas; por estar ahí motivándome día con día y por haberme enseñando a ser responsable, comprometida y perseverante en lo que hago, para poder darte un buen ejemplo. Gracias hermano por confiar y creer en mí, porque mejor hermano no pude tener, te amo con todo el corazón.

Y como olvidar a mi Rocky, quien con solo uno pocos centímetros de estura y sin poder hablar, me llenaba el alma, a quien siempre tendré en mi corazón, porque a cada momento me hizo feliz y me sacó de la más profunda de las tristezas. Gracias, siempre te recordaré y sé que ahora estás con mis otros amigos peludos, a quienes junto contigo, espero volver a ver algún día, mientras espero el momento con una buena compañía.

A mis abuelos, o como yo les digo: papis, a ustedes que desde pequeña me enseñaron la importancia de una familia, de compartir, de ser agradecida, gracias porque con ustedes me siento inmensamente querida, me siento como si aún fuera una niña, gracias mis amados abuelitos, es por ustedes este trabajo, ya que por desgracia padecen una enfermedad crónica. Los amo con el mismo amor que ustedes me han dado, con un amor inmenso.

A mis tíos: que a pesar de sus diferencias, cada uno me ha dado momentos buenos, de amor y apoyo, cada uno ha contribuido de diferente manera en mi crecimiento como persona y que yo me sienta acompañada. Además de que han hecho algo maravilloso por mí, darme unos primos geniales a quienes quiero mucho, pero en especial a dos grandes "muchachos": Josué y Brandon. Brandito, mi adorado primo, mi motivación para ser lo que ahora soy, por ti es que encontré mi vocación. Te amo Brandon.

A mi abuelito Juan, todo esto también es para ti, porque siempre sentí tu amor y apoyo aun estando lejos, y ahora que te has ido quiero agradecerte todo, te amo abuelito.

A mis amigos de la facultad, que han sido piezas fundamentales en mi estancia en la Universidad, ya que esos años fueron unos de los mejores de mi vida, gracias por apoyarme en los momentos difíciles, por escucharme y por querer lo mejor para mí, gracias por enseñarme cosas nuevas y mejores (son muy inteligentes), gracias Carito, Verito, Paola, Luz y Manu, ojala la vida nos conceda más navidades juntas y así una

amistad eterna, son maravillosas personas, los adoro y amo mucho. En especial quiero agradecerle a mi amigo Edgar, muchas gracias por todo tu apoyo, por siempre estar para mí, por enseñarme y ser paciente, por esa confianza que me das, porque sabes todos mis secretos y sé que contigo no hay nada que no pueda hacer, eres un gran hombre, y cada día me llenas de orgullo, te amo “cosota”, “shoshopo guapetón”.

Marlene preciosa, mi querida amiga, sabes que sin tus empujones no hubiese hecho tantas cosas, amo tu compañía. Sin ti me hubiese perdido en el camino y quién sabe dónde andaría, no quiero ni pensarlo, así que le doy gracias a Dios porque me permitió conocerte, desde el primer día y desde ese momento ya no estuve sola. No hay nada mejor que tener una amiga con quien compartir momentos buenos y malos, gracias porque a pesar de la distancia, no me siento sola, eres una estrella en mi vida y espero que te quedes hasta el final. Te amo y admiro por tu fortaleza.

A Karen y José que a pesar de los años han compartido conmigo sus vivencias y su cariño, a quienes amo totalmente y estoy completamente segura que serán mis amigos hasta el final de mis días. A ustedes que son un ejemplo de lucha para mí y que cada que quise llorar y/o rendirme, alguno de los dos o los dos, estuvieron para mí, como si con el pensamiento me pudieran escuchar; estoy muy orgullosa de ustedes y sé que son los mejores en lo que hacen, son geniales.

Gracias Omar, por ser parte de mi vida, por apoyarme en estos momentos y desde que te conocí, me gusta estar contigo y creo firmemente que eres una excelente persona. Contigo he aprendido mucho, no sólo intelectualmente, sino emocional y espiritual, contigo siento calma. Te amo mucho mi Omar y espero que Dios nos regale mucho tiempo juntos.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme sus puertas y permitir que me forme como profesionista y por todo el aprendizaje obtenido. Soy orgullosamente UNAM.

A mi directora por todo su tiempo, paciencia, ayuda y colaboración en este proyecto. Gracias porque llegó a mi vida en el momento exacto y todo lo que hizo fue ayudarme para continuar. Y a todo el jurado, porque son sus aportes y sugerencias, enriquecieron mi trabajo; gracias por su tiempo y dedicación.

Medicina a Distancia (MAD) ha sido una pieza fundamental para este trabajo, por ello quiero agradecer el apoyo recibido a través del programa Adherencia Terapéutica, porque me ayudaron a materializar este reporte, proporcionando la supervisión, capacitación y material necesario para la elaboración, y lo más importante, el apoyo brindado por parte de mis compañeros y superiores.

No obstante, agradezco particularmente al licenciado Mauricio Bernal, que forma parte de MAD, quien me permitió trabajar con él y así conocer lo grande que es su persona y su condición humana, gracias por el ejemplo de alegría, de amabilidad, de sabiduría, de generosidad, de ética y de capacidad para ser el psicólogo que quiero llegar a ser. Gracias por la amistad brindada, por la entrega y el aporte a este trabajo, trabajo que no hubiese logrado sin su ayuda.

A mis usuarios de MAD que sin ellos no hubiese podido hacer este reporte, gracias por su tiempo, sus enseñanzas, por dejarme conocer su vida y al mismo tiempo darle otro sentido a la mía, por que junto con ellos me desespere, motive y me percibí de mil maneras diferentes, gracias especiales al señor al señor JB quien pude acompañar hasta los últimos momentos de su vida. Gracias, siempre estarán en mi memoria.

A todos, quienes con su amor y paciencia me han hecho crecer y ayudado a llegar a ser quien soy. A ustedes, que de cierta forma son también autores de este reporte, mi más profundo agradecimiento.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1. CONTEXTO LABORAL	4
1.1. Contexto de Medicina a Distancia	4
1.2. Objetivo de Medicina a Distancia	4
1.3. Misión	5
1.4. Visión	5
1.5. Principios de Medicina a Distancia	5
1.6. Programas de Medicina a Distancia	6
1.6.1 Embarazo responsable	6
1.6.2 Lactancia materna	6
1.6.3 Apoyo telefónico para la Interrupción Legal del Embarazo (ILETEL)	6
1.6.4 Línea migrante	7
1.6.5 Mascotatel	7
1.6.6 Nutripasos	7
1.6.7 Niño sano	7
1.6.8 Adherencia Terapéutica	8
1.6.8.1 Objetivo de Adherencia Terapéutica en Medicina a Distancia	8
CAPITULO 2. ATENCIÓN TELÉFONICA	14
2.1. Principios metodológicos de la atención en línea telefónica	14
2.2. Ventajas que brinda la atención telefónica	15

2.3.	Desventajas de la atención telefónica	16
2.4.	Programas de atención telefónica	17
2.5.	LOCATEL	17
2.6.	SAPTEL	17
2.7.	Telsida	18
2.8.	Tel Mujer	18
2.9.	UNAM	19
CAPITULO 3. ENFERMEDADES CRÓNICAS		20
3.1.	Epidemiología	20
3.1.1	A nivel mundial	20
3.1.2	En México	20
3.2.	Diabetes	21
3.2.1	Tipos de diabetes	22
3.2.2	Factores de riesgo de la Diabetes	23
3.2.2.1	Factores no modificables	23
3.2.2.2	Factores modificables	24
3.2.3	Síntomas de la Diabetes	24
3.3	Hipertensión	25
3.3.1	Factores de la Hipertensión	26
3.3.2	Síntomas de la Hipertensión	27
3.4	Esclerodermia	27
3.4.1	Tipos de esclerodermia	28
3.4.1.1	Esclerodermia localizada	28
3.4.1.2	Esclerodermia sistémica	28
3.4.2	Síntomas de la esclerodermia	29

3.5	Factores psicológicos asociados a las enfermedades crónicas	30
3.5.1	Estrés	30
3.5.2.	Depresión	30
3.5.3.	Ansiedad	31
CAPITULO 4. ADHERENCIA TERAPÉUTICA		33
4.1.	Factores inter-relacionados con la adherencia	35
4.1.1.	Variables sociodemográficas	35
4.1.2.	Factores asociados al paciente	36
4.1.2.1	Deterioro sensorial	36
4.1.2.2	Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo	36
4.1.2.3	Creencias	36
4.1.2.4	Las metas esperadas del tratamiento	37
4.1.2.5	Motivación	37
4.1.2.6	La vulnerabilidad severidad percibida	38
4.1.2.7	La autoeficacia percibida	38
4.1.3.	El tipo de enfermedad	39
4.1.4	El tratamiento farmacológico	39
4.1.5	La relación que se establece entre el paciente y el profesional	41
4.1.6	La información	42
4.1.7	El apoyo social	43
4.1.8	Las variables de la organización	43
4.2.	No adherencia terapéutica	44
4.2.1.	Tipos de no adherencia al tratamiento	45
CAPITULO 5. MODELO DE INTERVENCIÓN		47
5.1.	Modelo de creencias en salud	47
5.2.	Modelo Transteórico	47
5.3.	Teoría social cognitiva	51
5.4.	Teoría de autoeficacia de Bandura	51

CAPITULO 6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL ESTILO DE VIDA	53
6.1. Plan alimenticio	53
6.2. Supresión de bebidas alcohólicas	53
6.3. Supresión del hábito de fumar	54
6.4. Cafeína	54
6.5. Actividad física	54
6.6. Reducción de peso	55
6.7. Medicamentos	56
6.8. Relajación y manejo del estrés	56
RESULTADOS	57
Caso 1.	57
Caso 2.	59
Caso 3.	62
Caso 4.	64
Caso 5.	67
TABLA DE RESULTADOS	70
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	73
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	76
REFERENCIAS	77

RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social trata sobre la adherencia al tratamiento, la cual es fundamental para el bienestar de las personas con enfermedades crónicas y es un componente importante de su salud, ya que va más allá de hacer lo que el personal de salud instruye; significa que el usuario realice voluntariamente un cambio en sus conductas para el cuidado de su salud, tras su diagnóstico, adquiriendo un tratamiento integral para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad, que incluye cambios importantes en el estilo de vida, un plan alimentario, actividad física, monitoreo y medicamentos.

Por otro lado, la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario.

El presente reporte de servicio social, muestra como resultados que tanto factores internos como externos, son la razón por la que un paciente cumple o no con el esquema de tratamiento indicado, ya que estos factores se superponen entre ellos e influyen en los avances del usuario. Los pacientes con mayor motivación al cambio y que se perciben autoeficaces tienen mayores avances en cuanto a la posición que se encuentran en la rueda del cambio, según el modelo de Prochaska y DiClemente (1982); por lo que es importante señalar que los cinco usuarios se perciben autoeficaces, dos de ellos se encuentran en la etapa de mantenimiento, dos en la etapa de acción y uno en determinación de acuerdo a sus niveles de motivación.

No obstante, uno de los usuarios, que originalmente se encontraba en la etapa de contemplación y que logró avanzar a la fase de acción, falleció presumiblemente dado las complicaciones físicas de las enfermedades (diabetes, hipertensión y obesidad), hacia el final de este trabajo.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, cumplimiento, enfermedades crónicas.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la vida de las personas es llevada a un nivel máximo de exigencias, basada en altos estándares de eficiencia y eficacia. Las afectaciones en el ser humano, a causa de este estilo de vida, pueden observarse a nivel físico e incluso a nivel psicológico. Cada vez son más las personas que solicitan servicios de salud para atender quejas de toda índole en su vida.

Existen espacios que se dedican a atender problemas de salud mental, entre los que se encuentran hospitales psiquiátricos, centros de salud, servicios públicos o privados y Call Center especializados, entre otros. En todos ellos, se busca la pronta recuperación de la persona, y la solución "rápida y efectiva" de los padecimientos reportados por los pacientes que acuden al servicio.

Tal es el caso de Medicina a Distancia (MAD), abierto al público en el 2007, gracias a un compromiso de gobierno del Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, que ofrece servicio médico, nutricional, psicológico, y de índole odontológico, además de veterinario, a personas que viven en el Distrito Federal, zona metropolitana, diferentes estados de la república y el extranjero.

MAD atiende diferentes problemáticas psicológicas, tales como depresión, ansiedad, agresión, problemas de familia, como infidelidad, separación y conflictos maritales, entre otros. No obstante, mi experiencia dentro del Call Center se relaciona con uno de los problemas más frecuentes en nuestra actualidad, como lo son las complicaciones derivadas de enfermedades crónicas, es decir, mi participación se enfoca en la atención psicológica de pacientes crónicos que muestran dificultad para adherirse a su tratamiento, condición que va en detrimento de su estado de salud.

Así, el presente Informe Profesional de Servicio Social, muestra la manera en que atendí a los cinco pacientes de los expedientes que MAD me asignó durante mi servicio social. La intervención dirigida a desarrollar la adherencia al tratamiento, en MAD, consta de siete módulos: evaluación y diagnóstico preliminar, educación para la salud, adherencia al tratamiento medicamentoso, planes y metas para fomentar las conductas orientadas a la salud, manejo emocional, redes de apoyo y seguimiento.

Las personas consultantes, o comúnmente llamados “usuarios”, con los cuales trabaje individualmente, desde un enfoque cognitivo conductual, empleando el modelo de la rueda del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) y la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986) en un tipo de intervención breve y focalizada. Presentan alguna enfermedad crónica, como diabetes, hipertensión o esclerodermia, así como la combinación de algunas de ellas, se ubican en un rango de edad entre 45 y 80 años.

El objetivo de emplear un enfoque cognitivo conductual está basado en las características de los prestadores de Servicio Social en MAD quienes son aún pasantes de la licenciatura en psicología. El uso de la psicoterapia breve promueve la pronta solución del motivo de consulta de la persona consultante, evitando alargar el proceso psicoterapéutico, considerando también, que cada paciente enfrenta la enfermedad de manera diferente y el proceso de adherencia debe llevarse a cabo considerando sus necesidades particulares, los recursos con los que cuenta, el grado de motivación, las creencias de salud (vulnerabilidad y gravedad percibida, autoeficacia percibida, competencia percibida o valor de salud), la intervención entre profesional de la salud y el paciente, y sus redes de apoyo; todo esto en concordancia con los objetivos del programa.

La atención psicológica que brindan los psicólogos en formación del MAD, varía de acuerdo con el programa al que pertenezcan. De igual forma, el enfoque teórico desde donde se trabaja el motivo de consulta; depende de las problemáticas detectadas y de la elección de diferentes posturas teórico metodológicas idóneas para tal fin.

CAPITULO 1. CONTEXTO LABORAL

1.1. Contexto de Medicina a Distancia

El programa de Medicina a Distancia abrió sus puertas al público en el año 2007, con el objetivo de vincular mediante el servicio telefónico, a los habitantes del Distrito Federal con los programas y servicios médicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ofreciendo servicios de: orientación médica, consulta psicológica, canalización a servicios médicos de urgencias, atención de quejas y denuncias relacionadas con infracciones a la ley de protección a los no fumadores, orientación y canalización oportuna a pacientes en proceso de Interrupción Legal del Embarazo (Medicina a Distancia, 2015; tomado de Segundo Informe de Gobierno, 2007-2008).

El programa surgió como un compromiso de gobierno del Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, quien se desempeñó como Jefe de Gobierno del Distrito Federal durante el periodo de diciembre de 2006 a diciembre de 2012. Desde su creación, el área apoya, difunde, promueve y complementa los servicios médicos que ofrece la Secretaría de Salud, además se ha convertido en una alternativa para hacer promoción de la salud; coadyuvar a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad, la saturación de Hospitales y Centros de Salud, evitar traslados innecesarios y ayudar a canalizar adecuadamente las emergencias (De León, 2012).

Presta intervención multidisciplinaria (psicológico-médico-nutricional) proporcionando apoyo psicológico vía telefónica a usuarios en diferentes contextos y con distintas situaciones de vida.

1.2. Objetivo de Medicina a Distancia

Medicina a Distancia busca garantizar la protección de la salud de los capitalinos, manteniendo un sistema de salud eficiente, eficaz, oportuna, de calidad y calidez en el Distrito Federal, estados de la Republica Mexica y el extranjero (EUA). Así como proporcionar atención medica-psicológica-nutricional en las zonas más apartadas de la ciudad de México y el extranjero, es decir, su objetivo es brindar servicio a todos los que lo soliciten (Secretaria de Salud, 2015).

1.3. Misión

Su misión se centra en hacer realidad el derecho a la protección de la salud, mantener vigente el espíritu de la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención médica que se ofrece (Secretaría de Salud, 2015).

1.4. Visión

La visión se enfoca en la construcción de un sistema de salud universal, equitativo, preventivo, eficiente, eficaz y oportuno, en el que la Secretaría de Salud del DF se consolide como la instancia rectora y articuladora de los programas y acciones que en materia de salud se implementen a favor de los capitalinos (Secretaría de Salud, 2015).

1.5. Principios de Medicina a Distancia

Medicina a Distancia reconoce la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho a la vida de cada ser humano y la responsabilidad para garantizar el derecho del ciudadano a la salud. Por lo que se rige en una serie de principios (Secretaría de Salud, 2015).

- Garantiza la justicia social a través del acceso total, y para todos, a los servicios de salud pública en el Distrito Federal.
- Consolida la equidad en la atención médica y la protección de la salud.
- Brinda servicios de calidad y calidez a los capitalinos.
- Cumple con la universalidad en el otorgamiento de atención para quienes carecen de seguridad social y en aquellos que, aun siendo asegurados, solicitan el servicio.
- Mantiene la integridad en la vocación de servicio de la institución.
- Lleva con oportunidad la atención médica a quienes más lo necesitan y hasta donde lo requieran.
- Fortalece la gratuidad como premisa del servicio y atención que se otorga.

1.6. Programas de Medicina a Distancia

Para cumplir con las actividades encomendadas a la Dirección de Medicina a Distancia se han desarrollado los siguientes programas (Secretaría de Salud, 2015):

1.6.1 Embarazo responsable

1.6.2 Lactancia Materna

1.6.3 Interrupción legal del embarazo (ILETEL)

1.6.4 Línea migrante

1.6.5 Mascotatel

1.6.6 Línea de la Nutrición

1.6.7 Adherencia Terapéutica

Si bien Adherencia Terapéutica es el programa en el que me enfocaré, describiré brevemente los otros programas que conforman MAD.

1.6.1 Embarazo responsable

Es un programa enfocado a mujeres en el periodo de embarazo (o que piensan embarazarse), en el cual se les brinda información para la planificación y cuidados durante los distintos trimestres.

1.6.2 Lactancia materna

Este proyecto se enfoca en proporcionar información sobre la importancia de la lactancia materna, las diversas técnicas de amamantamiento, los factores que influyen en la producción de leche, así como la edad recomendada para la alimentación con leche materna y alimentos complementarios. Además se aclaran en general dudas sobre el tema.

1.6.3 Interrupción legal del embarazo (ILETEL)

Es un servicio de orientación médica y psicológica para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), antes, durante y después del procedimiento. También se informa sobre las distintas clínicas, horarios y requisitos; así como datos de urgencia y canalizaciones en caso de ser necesario.

1.6.4 Línea migrante

Este proyecto ofrece a la población de la Ciudad de México que radica en los Estados Unidos Americanos y a sus familiares habitantes del Distrito Federal, asistencia, información y servicio de consejería y orientación médica, psicológica y nutricional, desde el Centro de Atención Telefónico de la Secretaría de Salud en Medicina a Distancia a través del número 1-866-261-9004.

1.6.5 Mascotatel

Su objetivo es brindar orientación, información y asesoría veterinaria vía telefónica, para evitar riesgos a la salud pública ocasionados por mal manejo de las pequeñas especies, en especial de caninos y felinos.

1.6.6 Nutripasos

Tiene como objetivo brindar orientación e información nutricional a la población a través de la asesoría y seguimiento personalizado, sobre la importancia de la alimentación saludable y las repercusiones en la salud y en la enfermedad, brindando alternativas claras, sencillas y prácticas tomando en cuenta aspectos de su vida diaria e haciéndolo participe del cuidado, planeación y conocimiento de su propia alimentación.

La línea de Nutripasos dará seguimiento a pacientes que tengan dudas o requieran planes de tratamiento y atención, en cualquiera de estas etapas: embarazo y lactancia, niñez y adolescentes, adultos y adultos mayores o deportistas.

1.6.7 Niño sano

Este proyecto se diseñó para apoyar a las madres de niños menores de cinco años ofreciéndoles una guía en la cual se establecen los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud.

Pretende contribuir a la prevención de la malnutrición y obesidad infantil y la prevalencia de trastornos del desarrollo psicomotor, identificando e interviniendo de manera oportuna en los factores condicionantes de la salud,

nutrición, desarrollo del niño; fortalecer las practicas saludables: lactancia, promover el desarrollo de competencias físicas, cognitivas, emocionales y sociales de niñas y niños a través de la estimulación temprana; promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y las niñas y los niños; detectar precozmente, atender y referir de manera oportuna los riesgos, alteraciones y trastornos de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años; fomentar la participación de los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño en los procesos de evaluación de crecimiento y desarrollo.

1.6.8 Adherencia terapéutica

Proyecto de intervención multidisciplinaria (médico, psicológico y nutricional) para pacientes con padecimientos crónico degenerativos -diabetes, hipertensión, esclerodermia- que tiene como propósito apoyar el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, hechas por sus médicos, que incluye toma de medicamentos, cambios en el estilo de vida, activación física, modificación de la alimentación y participación activa en el tratamiento.

El seguimiento telefónico se programa según las necesidades del usuario. La meta es lograr el autocuidado y la prevención de complicaciones.

1.6.8.1. Objetivo de Adherencia Terapéutica en Medicina a Distancia

El Objetivo de Adherencia Terapéutica en Medicina a Distancia es auxiliar a personas del Distrito Federal con algún tipo de enfermedad crónica, como diabetes y/o hipertensión, mediante atención vía telefónica, a fin de desarrollar habilidades de autocuidado, disminuir la morbilidad y mortalidad, mejorar la salud y calidad de vida del paciente, así como disminuir costos en salud pública (Medicina a Distancia, 2014).

Este proyecto de salud está basado en un esquema cognitivo-conductual breve, es un sistema modular que permite al psicólogo abordar cada caso dependiendo del estado emocional del paciente de la percepción que tenga de la enfermedad, sus hábitos, condición familiar y social. De acuerdo con las particularidades de cada caso será el plan de acción que se va a trabajar con el paciente.

Este proyecto genera un acercamiento con la familia, lo que permite indagar los conceptos que se tienen acerca del padecimiento, conocer de qué manera lo vive con su familia, los conocimientos que tiene de la enfermedad y sus reacciones ante la misma. Información que propicia en la familia una actitud de prevención ante la predisposición a desarrollar la misma enfermedad. También es un importante apoyo a los Centros de Salud, pues se crea una comunicación asertiva y positiva médico-paciente, logrando que el paciente adquiera la capacidad y habilidad necesaria para afrontar el padecimiento. De esta manera se logra motivar al paciente para que desarrolle habilidades en el cuidado de su salud, gestión que disminuye significativamente las consecuencias y complicaciones de la enfermedad, y contribuye a disminuir la carga laboral del personal de Salud al abatir los enormes costos que generan la atención y tratamiento de paciente con enfermedades crónico-degenerativas (Medicina a Distancia, 2014).

El programa de adherencia terapéutica consta de siete módulos y un promedio de 20 sesiones de 30 a 40 minutos cada una, semanal o cada dos semanas (Medicina a Distancia, 2014); no obstante, en la práctica las llamadas pueden variar de acuerdo con las características particulares y la fase de cambio en la que se encuentre el usuario. Ver tabla 1.

Módulos	Objetivos específicos
1. Evaluación y diagnóstico preliminar.	<ul style="list-style-type: none"> • Invitar al paciente a participar en el programa y explicar los objetivos de la adherencia terapéutica. • Identificar las variables psicológicas que obstaculizan el apego al tratamiento.
2. Educación para la salud (psicoeducación).	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad. • Reestructuración cognitiva de los pensamientos

	<p>inadecuados respecto a su enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución de obstáculos para la toma de medicamentos.
3. Adherencia al tratamiento medicamentoso.	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo identificará el conocimiento que tiene el paciente con respecto a la función de los medicamentos. • El psicólogo identificará pensamientos irracionales sobre los medicamentos y los reestructurará. • Al finalizar la sesión el paciente será capaz de explicar la función de los medicamentos y realizará un plan para tomarlos adecuadamente.
4. Planes y metas para fomentar las conductas orientadas a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo identificará el conocimiento que tiene el paciente acerca de los planes alimentarios, de ejercicio y de higiene. • El psicólogo explicará algunos conocimientos básicos acerca de tales términos. • Al finalizar la sesión el paciente será capaz de realizar planes de acción para llevar a cabo un régimen alimentario, higiene y de ejercicio.
5. Manejo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente expresará la importancia de un manejo adecuado de las emociones para mejorar su estado de salud. • El paciente distinguirá los síntomas relacionados con estados emocionales intensos. • Al finalizar la sesión el paciente realizará los ejercicios de relajación para la disminución de síntomas relacionados con emociones intensas.
6. Redes de apoyo	<p>El cuidador primario y los demás integrantes de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocerán los síntomas y causas de la diabetes

	<p>e hipertensión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describirán las complicaciones de la diabetes e hipertensión • Reconocerán la importancia de apoyar al paciente con enfermedad crónica.
7. Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo realizará la post-evaluación de la terapia. • El paciente aprenderá a identificar aquellas situaciones en donde puede haber recaída. • El paciente realizará un plan de acción para prevenir y resolver las recaídas. • El paciente elaborará un plan de acción para fomentar el mantenimiento de la conducta.

Dentro de las actividades realizadas en el Servicio Social, se encuentra la atención a usuarios de los programas mencionados anteriormente; no obstante, yo me enfoqué en uno de los aspectos más innovadores que tiene MAD, las llamadas de salida, nombradas así porque son las que realizan los orientadores, desde un modelo multidisciplinario (Psicólogo-Médico-Nutriólogo), a los usuarios que ya cuentan con un expediente dentro de la institución, que han sido inscritos en alguno de los programas con los que cuenta Medicina a Distancia y requieren un seguimiento semanal o quincenal, en días y en horarios previamente pactados. Este modelo se aplica para la atención de usuarios con baja adherencia terapéutica, (pacientes con enfermedades crónico-degenerativas); en cada sesión se proporciona apoyo para favorecer el apego al tratamiento y modificar conductas de riesgo sustituyéndolas por habilidades para el autocuidado y prevención de complicaciones.

Para realizar dichas llamadas se debe solicitar al supervisor asignado el expediente correspondiente; posterior a ello se revisan las notas de las llamadas previas y de aquellas realizadas por otras áreas. La estructura de la llamada implica presentar a la institución de donde se está hablando, así como el área y nombre del orientador, señalar el objetivo de la llamada, realizar la

intervención pertinente y una vez concluida la interacción se hace el cierre de llamada indicando el día y hora aproximada en que se le volverá a contactar.

Es indispensable que en cada llamada se realice un breve resumen de la última sesión y que se puntualicen los avances, objetivos o metas alcanzadas hasta el momento, motivando al usuario cuando así se requiere para que continúe con los cambios realizados.

Al culminar la llamada esta se registra en el expediente anotando fecha, hora de inicio y término, así como la duración de la misma. Y agregando en las notas, todo aquello que haya sido abordado durante la interacción y que sea relevante para el caso. Cuando quien responde no es el usuario y la interacción con éste no se logra, esto se registra de la misma forma, indicando que no se localizó al usuario.

Finalmente, si no se logra establecer contacto con ninguna persona, esto se anota en el apartado de intentos del expediente, indicando fecha, número de intentos de llamada realizados y fecha del día en que se realizará la próxima llamada.

Unas semanas antes de terminar el periodo del servicio social, se hace el cierre de terapia a los usuarios y se les informa sobre su nuevo orientador y cuando se pondrá en contacto con ellos.

Por otra parte, puede ser un usuario que no ha recibido atención de Medicina a Distancia, para ello el supervisor debe hacer entrega del expediente para hacer la llamada de invitación para su ingreso al programa y si acepta, se inicia con el llenado de formatos de primer ingreso, entrevista inicial y cedula de control, familiograma, además del diagnóstico preliminar, formulación de caso y plan de tratamiento.

Con el propósito de capacitar a los prestadores de Servicio Social, es necesario asistir en la primera semana al curso "Adherencia Terapéutica" impartido en el Hospital Juárez Centro con una duración de 35 horas, en el que se aplican las funciones a desarrollar en el servicio social y temas relacionados con los mismos como los estados de motivación por los que atraviesa el

paciente, autoeficacia, escucha activa, modulación de voz, usos de expediente, así como información básica de diabetes e hipertensión arterial, entre otros.

Asistencia semanal a sesiones bibliográficas en las cuales se revisaron de manera teórica diversas temáticas que nos servirán para una mejor atención hacia los pacientes (temas médicos, nutricionales y psicológicos).

Durante la estancia en el servicio social realice una revisión bibliográfica con material que se nos proporcionaba, acerca de temas de importancia como nutrición, estado motivacional del paciente, escucha activa, etc. pero también de manera individual se realizó una búsqueda de bibliografía, ya que cada paciente de acuerdo con sus características necesitaba comprenderse de diferente manera con diverso material para poder brindarle una mejor atención de acuerdo con su contexto.

CAPITULO 2. ATENCIÓN TELEFÓNICA

Las líneas de atención telefónica surgieron en los años cincuenta asociadas a la prevención del suicidio. A mediados de los años sesenta aparecieron las líneas de emergencia y con ellas la diversificación de los servicios telefónicos. En la década siguiente se dio un auge en el desarrollo de nuevos programas de consejería telefónica y en la divulgación del papel que jugaba ésta en las situaciones asociadas a crisis emocionales (Locatel, 1998; en: Instituto Poblano de la Mujer, s/f).

La orientación, información y consejería que se ofrecen vía telefónica, es dada a personas que requieren un servicio que depende de la comunicación verbal y sólo eso. Para establecer un ambiente cordial y cálido se deben seguir los lineamientos básicos de comunicación y estrategias de atención (Carrillo, s/f).

2.1. Principios metodológicos de la atención en línea telefónica

García (2000), señala como principales principios:

- Establecer como estrategia de atención el modelo de interacción telefónica, sustentado en el compromiso personal, el respeto, la creatividad y la corresponsabilidad del orientador y el usuario.
- El propósito de la orientación telefónica es brindar información y asesoría sin recetar medicamentos ni recomendar productos de marcas específicas.
- Es impropio ofrecer servicios a título personal.
- Respetar el anonimato y confidencialidad tanto del usuario como del orientador para lograr la comunicación en un clima de cordialidad y confianza.
- Evitar juicios valorativos acerca de la personalidad, el estilo de vida y las expectativas del usuario.
- Contextualizar el proceso de interacción en un marco educativo que pretende aprovechar los recursos y habilidades del usuario para que

pueda hacer uso de ellos cada vez que lo requiera, sin establecer lazos de dependencia con el programa.

- La atención telefónica que se brinde a los usuarios deberá estar inscrita en un marco de igualdad, sin importar edad, clase social, filiación, política, raza, sexo o credo religioso.
- Respetar el tratamiento médico o terapéutico prescrito por algún profesional o institución.
- Creer en el discurso expresado por el usuario y considerar con seriedad y respeto todas las llamadas.
- El orientador no resuelve los problemas del usuario, su labor es contribuir a generar un mayor rango de alternativas para que el usuario tome sus decisiones, de acuerdo a posibilidades viables. No deberá hacer promesas que no pueda cumplir el programa.
- Promover la autoresponsabilidad en la toma de decisiones del usuario bajo la perspectiva de su proyecto de vida.
- La atención del usuario es prioritaria respecto a las acciones operativas de recopilación de información.
- La referencia institucional proporcionada a los usuarios se habrá de realizar sólo y exclusivamente a las instituciones reconocidas en el Directorio del programa.
- El orientador deberá mantener contacto con sus emociones, creencias y valores, identificar cuándo y cuánto afectan durante las llamadas, así como utilizar los espacios para reflexionar en torno a éstos.

2.2. Ventajas que brinda la atención telefónica

Para Gamboa (2002) y Orihuela (2005) resulta evidente la ventaja del teléfono para el desarrollo de la comunicación interpersonal e impulsar servicios y estrategias de atención para la población. Profesionales de distintos sectores sociales ofrecen una gran variedad de servicios vía telefónica. Entre las ventajas destacan:

- Confidencialidad de los interlocutores, de este modo el diálogo se desarrolla en un marco de confianza y libertad; La usuaria o usuario se motiva a expresar ideas y sentimientos que estando en una relación presencial, cara a cara, le sería difícil externar.
- El usuario tiene el control de la llamada y el poder de iniciar o terminar la conversación telefónica y decide qué información desea compartir con el orientador.
- La comunicación es individual y personalizada.
- Es versátil, le permite al usuario reducir el nivel de dependencia respecto a un consejero y resulta muy útil para el seguimiento de casos.
- Es un servicio accesible.
- El costo por su uso es bajo o nulo.
- El teléfono permite prestar una atención inmediata y vital, contiene crisis emocionales y evita alcances de mayor gravedad.
- Permite recibir una atención sin tener que desplazarse grandes distancias.
- Funciona como enlace con redes institucionales de apoyo que facilitan el logro de una atención completa y complementaria a la atención telefónica.

2.3. Desventajas de la atención telefónica

- No se puede hacer el contacto personal necesario para la exploración.
- Solamente se puede analizar el lenguaje verbal.
- Sólo es posible conocer la historia previa de los usuarios asistidos.
- Al no tenerse contacto cara a cara se pierden referencias respecto a la postura, actitud y aspecto de la persona que solicita el servicio.
- Es más difícil enseñar técnicas terapéuticas (Bados, 2008).

- Difícil controlar la marcha del tratamiento (Bados, 2008).
- Especialmente en el caso del internet, el usuario puede acceder a la información transmitida (Bados, 2008).

2.4. Programas de atención telefónica

Encontrar apoyo y orientación sobre temas difíciles con sólo marcar un número, implica una opción de acceso inmediato que, al garantizar confidencialidad y anonimato ayuda a la persona a vencer sus temores y resistencias, y muchas veces su pena. Si además encuentra un ser humano cálido, respetuoso y bien informado, que no va a hacer juicios de valores, esa llamada se convierte en el primer paso hacia la solución de un problema o simplemente de una falta de conocimiento.

2.5. LOCATEL

El Servicio Público de Localización Telefónica, Locatel, fue constituido legalmente el 03 de septiembre de 1979 como una Asociación Civil sin fines de lucro, para brindar información ciudadana y apoyar en la localización de personas.

En la actualidad, el Servicio Público de Localización Telefónica es parte de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal y es ante la población el canal de información entre ciudadanía y gobierno, ya que apoya a la población de la Ciudad de México y su zona conurbada, en la localización de personas y vehículos extraviados; proporciona orientación médica, nutricional, veterinaria, psicológica y legal; capta y canaliza los reportes por desperfectos en la vía pública; informa sobre trámites y requisitos que se realizan ante el Gobierno del Distrito Federal; brinda orientación y canaliza quejas sobre la prestación de servicios públicos (LOCATEL, 2015).

2.6. SAPTEL

SAPTEL se originó en la Universidad Nacional Autónoma de México, 48 horas después de los terremotos que afectaron seriamente a la Ciudad de México en 1985, como expresión de solidaridad y muestra del compromiso social de la comunidad universitaria con sus conciudadanos (SAPTEL, 2009).

El 12 de octubre de 1992 SAPTEL inicio labores bajo la tutela conjunta del Consejo Regional de Salud Mental y de la Cruz Roja Mexicana, y con el

apoyo económico del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y de la Secretaría de Relaciones Exteriores. Posteriormente, la Secretaría de Salud Federal asumió el compromiso del financiamiento básico de la operación para el bien de México. Ha sido requerido por el Gobierno Federal en dos procesos de desastre-emergencia: 1) las inundaciones de Tabasco, en 2007; y 2) en el 2009 con el programa de atención telefónica por la presencia de la influenza AH1N1 en México (SAPTEL, 2009).

SAPTEL proporciona a toda aquella persona que lo requiera consultas profesionales y gratuitas las 24 horas del día y es el único programa gratuito y profesional de intervención en crisis con cobertura nacional. Trata los problemas de salud pública, que se encuentran en franco aumento en nuestro país, como depresión, suicidio, alcoholismo, drogodependencias, violencia y accidentes, por citar solo algunas (SAPTEL, 2009).

2.7. Telsida

A finales de 1987 inicia sus actividades Telsida, en donde las y los usuarios además de información y referencias podían obtener orientación respecto al virus de inmunodeficiencia humana VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) (Secretaría de Salud, 2000).

Concretamente, en poco más de una década Telsida ha atendido a usuarios en temas relacionados con el VIH/sida/ITS, y ciertos aspectos de sexualidad. El modelo utilizado implica dar intervención en crisis, referencia a servicios relativos al tema y principalmente a responder a la demanda de servicios de las y los usuarios, no sólo concretándose a proporcionar información sino yendo un paso más allá ofreciendo orientación, explorando junto con la o el interesado y ofreciéndole una orientación integral que le permita tomar decisiones de manera asertiva (Secretaría de Salud, 2000).

2.8. Tel Mujer

Fue la primera línea de emergencia que dio atención directa a mujeres en casos de violencia familiar en el ámbito estatal. Se creó el 1 de febrero de 1999 y de entonces a la fecha ha dado atención a un sin número de personas,

ofreciendo asesoría telefónica confidencial, anónima a mujeres y población en general, en forma inmediata y gratuita (Mejía y Sánchez, 2006).

Tiene como objetivo escuchar, orientar y canalizar (de ser necesario) al público usuario del servicio, a los centros de atención especializados en el fenómeno de violencia familiar dentro o fuera del estado. Así como contar con herramientas para dar contención emocional a personas en situación de crisis de manera inmediata y profesional (Instituto Poblano de la Mujer, s/f).

2.9. UNAM

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), abrió al público en general, en la Facultad de Psicología, un call center para ofrecer atención psicológica. El origen de este servicio, fue por la epidemia de influenza que azotó al país en abril de 2009. Por la alta demanda de consultas telefónica de entonces, esta casa de estudios dispuso de 42 operadores para atención psicológica a la población en general (UNAM, 2012).

Actualmente, alguno de los 21 psicólogos en línea atenderá la llamada para dar auxilio o apoyo directo en problemáticas emocionales, de tipo sexual o conductas adictivas, atención a estudiantes de bachillerato y de educación superior que pretenden desertar o tienen bajo rendimiento escolar, o que tienen problemas personales o familiares, las agresiones de parejas, entre otras, según el requerimiento. A diferencia de otros sitios similares que operan en el país, el call center de la UNAM, ofrece terapias, intervención psicológica vía telefónica y la opción de continuarlas en las instalaciones de esta casa de estudios de manera presencial, sean familiares, de pareja, o individuales (UNAM, 2012).

CAPITULO 3. ENFERMEDADES CRÓNICAS

3.1. Epidemiología

3.1.1 A nivel mundial

Las enfermedades crónicas son padecimientos de larga duración y por lo general de progresión lenta. De acuerdo a la OMS (2015), las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Las enfermedades crónicas abarcan lo siguiente: enfermedades cardiovasculares, cánceres, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos neuropsiquiátricos y de los órganos sensoriales, enfermedades osteomusculares y afecciones bucodentales, enfermedades digestivas, trastornos genitourinarios, malformaciones congénitas y enfermedades cutáneas (OMS, 2015).

80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial. Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos (OMS, 2015).

3.1.2 En México

En la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2012) la prevalencia nacional de diabetes mellitus en adultos de 20 y más años de edad fue de 7.5%; en las mujeres fue de 9% y en hombres de 8.4%. La prevalencia aumentó en relación directa con la edad, 3% antes de los 40 años y 22% después de los 60 años. Asimismo, fue más frecuente en la población con menor escolaridad (10.2%), menor ingreso (8.9%), hipertensión arterial (12.3%).

Durante la ENSANUT (2012), la prevalencia de HTA en México es de 31.5%, y es más alta en adultos con obesidad que en adultos con índice de masa corporal normal, y en adultos con diabetes que sin esta enfermedad.

Además, se pudo observar que el 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA. Respecto al género, al 32.3% de los hombres y el 30.7 de mujeres se les detectó HTA. La prevalencia de HTA fue 4.6 veces más baja en un grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 70 a 79 años.

La prevalencia de la Diabetes e HTA es mayor en la región norte del país que en el sur y en las localidades urbanas que en las rurales. (ENSA, 2012; ENSANUT (2012).

3.2. Diabetes

La Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes (2013, IDF por sus siglas en inglés), la definen como una enfermedad crónica que se caracteriza por la insuficiencia del páncreas al no producir suficiente insulina o que este no la utilice eficazmente. La insulina es una hormona producida por el páncreas, la cual regula las concentraciones de glucosa en la sangre. La hiperglucemia (aumento de glucosa en la sangre) es el resultado de la diabetes no controlada, que con el tiempo provoca graves daños a muchos órganos y sistemas, siendo los nervios y los vasos sanguíneos los principales (OMS, 2012).

Cuando una persona no diabética ingiere alimentos, los azúcares que estos contienen se absorben desde el intestino y pasan a la sangre, tendiendo a elevar los niveles de glucosa en ésta, tal incremento es detectado por las células productoras de insulina que corresponden con una secreción rápida de esta hormona. La insulina permite la entrada de la glucosa en los músculos, el tejido graso y el hígado, disminuyendo los niveles en la sangre; cuando la glucosa ha entrado en los tejidos, es metabolizada y produce energía que es utilizada para mantener las funciones de los órganos y su estructura. Debido a que este mecanismo se lleva a cabo de manera muy rápida no da tiempo a que la glucemia se eleve (Secretaría de Salud, 2001).

Tal mecanismo regulador se encuentra alterado en las personas con diabetes debido a que sus órganos producen poca insulina, es así que al incremento de glucosa en la sangre no corresponde un incremento suficiente

de la insulina, dando lugar a que la glucosa continúe elevándose ya que no puede penetrar en las células (Tébar y Escobar, 2010).

3.2.1 Tipos de Diabetes

De acuerdo con Walker y Rodgers (2005), existen dos tipos fundamentales de diabetes: la Tipo 1 y la Tipo 2 (Tabla 2).

La diabetes mellitus de Tipo 1 (DM1) no produce insulina, ya que las células beta del páncreas han sido destruidas. En la mayoría de los casos esto es el resultado de una respuesta autoinmunitaria en la que su sistema inmunológico trata, por error, a sus células beta como si fueran cuerpos extraños, y las ataca. Generalmente aparece durante la infancia, la adolescencia o al principio de la edad adulta. La diabetes Tipo 1 es tratada con insulina, administrada mediante inyección o con una bomba.

La diabetes mellitus de Tipo 2 (DM2) se produce insulina pero en cantidades insuficientes y/o sus células corporales son resistentes a la acción de la insulina. Inicialmente, el páncreas responde a la resistencia de la insulina produciendo más insulina, pero con el tiempo, el páncreas no puede estar a la altura de la demanda de insulina. Tiende a desarrollarse después de cumplir 40 años. Cuando resulte necesario se le recetan tabletas que incrementan sus niveles de insulina en sangre, mejoran la acción de su insulina o modifican la tasa de metabolización de los carbohidratos durante la digestión; es posible que también acabe necesitando inyecciones de insulina.

Tabla 2. Tipos de Diabetes	
Diabetes de Tipo 1	Diabetes de Tipo 2
Suele empezar en la niñez o al principio de la edad adulta; raramente aparece después de los 40.	Suele empezar en la edad adulta, frecuentemente después de los 40, pero cada vez es más común a una edad más temprana.
El cuerpo no produce insulina porque las células beta (productoras de	El cuerpo produce insulina, pero es resistente a su acción. Con el tiempo

insulina) del páncreas han sido destruidas.	la producción de insulina va descendiendo progresivamente.
Las personas afectadas necesitan un tratamiento con insulina, además de vigilar su alimentación y hacer ejercicio.	Las personas afectadas necesitan vigilar y tener una alimentación sana, hacer ejercicio y seguir un tratamiento con tabletas o insulina.
La producción de una gran cantidad de orina, una sed excesiva, la pérdida de peso y la fatiga pueden aparecer rápidamente y ser graves.	La producción de grandes cantidades de orina, sed excesiva, pérdida de peso, fatiga y visión borrosa pueden ser graduales, leves o estar ausentes.
El diagnóstico suele ser rápido al cabo de días o semanas tras el inicio de los síntomas.	La diabetes puede no ser diagnosticada durante varios años.
No puede prevenirse.	El riesgo se reduce con el control del peso, la actividad física regular y dieta balanceada.

(En Walker y Rodgers, 2005)

3.2.2 Factores de riesgo de la Diabetes

La diabetes no tiene una causa única, puede estar provocada por una combinación de cualquiera de los siguientes factores ambientales y hereditarios (Walker y Rodgers, 2005). Según la IDF (2013) los factores pueden ser modificables y no modificables.

3.2.2.1 Factores de riesgo no modificables

- Historia familiar. La DM2 se acompaña de una gran predisposición genética. Aquellos individuos con un padre diabético tienen un 40% de posibilidad de desarrollar la enfermedad, si ambos son diabéticos el riesgo se eleva a 70%.

- Etnia. La prevalencia para grupos indígenas en Norte de América, islas del Pacífico y Australia, alcanza de un 20 a 30%, mientras que en África sólo llega a un 3.1%.
- Historia de diabetes gestacional. Las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de DM2, décadas después de su embarazo, ya que el cuerpo incrementa los niveles de glucosa en sangre para así satisfacer las demandas del feto en crecimiento, y es necesaria más insulina.

3.2.2.2 Factores de riesgo modificables

- Sobrepeso y obesidad. Representan los más importantes para el desarrollo de DM2. Se ha determinado que la circunferencia abdominal refleja el contenido de grasa abdominal. Si tiene sobrepeso u obesidad, sus células corporales pueden volverse resistentes a la insulina.
- Sedentarismo. La inactividad física es un factor predictor independiente de DM2, tanto en hombres como mujeres, por lo que sujetos habitualmente activos tienen una menor prevalencia de diabetes.
- Factores dietéticos. La ingesta de calorías, el bajo consumo de fibra dietética, la sobrecarga de carbohidratos y el predominio de la ingesta de grasas saturadas sobre las poliinsaturadas y grasas trans, pueden predisponer a DM2.
- Hipertensión arterial (HTA): Los pacientes prehipertensos e hipertensos presentan mayor riesgo de desarrollar DM2, atribuido a una mayor posibilidad de tener resistencia a la insulina.
- Medicación. Algunos medicamentos pueden hacer aumentar los niveles de glucosa en sangre o evitar que la insulina actúe adecuadamente (Walker y Rodgers, 2005).
- Infecciones víricas. Un virus puede desencadenar una reacción anormal en la que su sistema inmunológico destruya las células productoras de insulina de su páncreas (Walker y Rodgers, 2005).

3.2.3 Síntomas de la Diabetes

Según Walker y Rodgers (2005), los síntomas de la diabetes Tipo 1 tienden a ser más agudos y los de la diabetes Tipo 2 se desarrollan gradualmente. La

Diabetes tipo 2 puede incluir síntomas como (Walker y Rodgers, 2005; IDF, 2013):

- **Poliuria:** orinar con frecuencia grandes cantidades de orina. Cuando los niveles de glucosa en sangre alcanzan un cierto nivel, los riñones filtran el exceso de glucosa para eliminarla de la sangre. Para poder eliminarla del cuerpo se produce más orina.
- **Polidipsia:** sed excesiva. Como orina mucho se deshidrata, lo que provoca sed y sequedad en la boca.
- **Polifagia:** Sensación imperiosa e incontenible de hambre.
- **Astenia:** falta de energía. Puede que se sienta cansado todo el tiempo, lo que se debe a que toda o parte de la glucosa en sangre no puede entrar en las células corporales para así proporcionar energía.
- **Pérdida de peso.** Cuando el cuerpo no puede utilizar la glucosa, empieza a metabolizar sus reservas adiposas y musculares para obtener energía de otra fuente.
- **Visión borrosa.** Cuando los niveles de glucosa en sangre son altos, el cristalino absorbe glucosa y agua. Esto hace que se hinche, lo que provoca una visión borrosa.
- **Aliento con olor afrutado.** Síntoma tardío de la diabetes Tipo 1 y es indicativo de un nivel peligrosamente alto de glucosa en sangre. Se trata de un síntoma de que el cuerpo está intentando eliminar cuerpos cetónicos a través de los pulmones.
- **Aftas y cistitis.** La presencia de glucosa en la orina proporcionan un buen entorno para que las bacterias y los gérmenes crezcan en grandes cantidades, haciendo que resulten más probables las infecciones.

3.3. Hipertensión

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad caracterizada por el incremento continuo de la presión de la sangre. Se considera que un adulto tiene HTA cuando reporta cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg (ENSANUT, 2012).

La hipertensión es una enfermedad asintomática fácil de detectar, sin embargo, tiene complicaciones graves letales si no se trata a tiempo, por esta razón se le conoce bajo el nombre de "enemigo silencioso" (McPhee y Ganong, 2007; en: Rodríguez, 2012).

3.3.1 Factores de la Hipertensión

Los factores genéticos están influenciados por una variedad de otros factores que pueden disparar y superar a la biología y la propensión para desarrollar la hipertensión. La HTA está directamente influenciada por factores antecedentes conductuales que incluyen una dieta alta en sodio, grasas y calorías, y muy poco ejercicio, demasiado estrés, y una presión social para fumar y/o consumir alcohol (Rodríguez, 2012; ENSANUT 2012).

Es importante tener en cuenta que el sodio ejerce un efecto nocivo sobre la función renal y cerebral de los hipertensos y sobre la distensibilidad de las grandes arterias, observándose incluso un incremento de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular independiente del efecto sobre la presión arterial (PA) (Tierney, MCPhee y Papadakis, 2006; ENSANUT 2012).

El alcohol es otro determinante de los niveles de presión arterial. La relación entre alcohol y HTA es independiente de la edad, obesidad, ejercicio, consumo de cigarrillos, consumo de cafeína, nivel de estudios y tipo de personalidad (Tierney et al. 2006).

Otro factor asociado a la HTA es la obesidad, sin embargo, no todos los obesos desarrollan HTA. Según Durstine y otros (2009; en: Rodríguez, 2012) existe una correlación positiva entre el índice de masa corporal y la presión arterial, asociación que es más intensa en los grupos de pacientes jóvenes. Las personas con sobrepeso u obesidad son más propensas a desarrollar HTA que las personas con un peso dentro del rango normal (ENSANUT 2012).

El sedentarismo es considerado un elemento determinante en la aparición de enfermedades crónico degenerativas, como por ejemplo las de orden cardiovascular, por lo que el incremento de los niveles de actividad física regular y el control de otros factores de riesgo consigue reducir la mortalidad por esta enfermedad a largo plazo (ENSANUT 2012; Rodríguez, 2012).

Ahora bien, la influencia psicosocial sobre la presión arterial, es importante, ya que las personas se encuentran bajo la constante influencia del medio que las rodea: la presión laboral, el proceso de cambio cultural, los cambios en los estilos de vida, entre otros aspectos, provocan niveles de estrés crónico que pueden generar estados hipertensivos patológicos (Tierney et al. 2006).

Rodríguez (2012), considera el estreñimiento, estar de pie durante largo tiempo, calor, el calzado y la ropa demasiado apretados, calzado inadecuado, malformaciones en los pies y el embarazo. La Secretaria de Salud del Distrito Federal (2008) y ENSANUT (2012) señalan la diabetes como otro factor.

3.3.2 Síntomas de hipertensión

La Secretaria de Salud del Distrito Federal (2008), señala los siguientes síntomas:

- Ansiedad
- Dolores de cabeza
- Hormigueo o adormecimiento en manos y brazos
- Fatiga
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición
- Confusión
- Visión borrosa o “flashazos”
- Náuseas
- Vómito
- Dolor de pecho
- Respiración entrecortada
- Zumbido de oídos
- Sangrado nasal
- Adormecimiento de la mitad del cuerpo
- Sudor excesivo

3.4. Esclerodermia

La esclerodermia o esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune, sistémica, crónica y multifactorial, de etiología desconocida, caracterizada por

un proceso fibrótico anormal, alteración microvascular y activación del sistema inmune. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres, en particular en mujeres jóvenes en edad reproductiva. La incidencia alcanza un pico máximo entre la quinta y la sexta décadas de la vida (Secretaría de Salud, 2010).

Se desencadena por un conjunto de factores genéticos, ambientales e infecciosos y se considera una enfermedad tripartita en la que se asocian defectos de autoinmunidad humoral y celular, fibrosis y cambios vasculares específicos (Garza, Villareal y Ocampo, 2013).

La ES está caracterizada por un curso impredecible, elevada mortalidad y resistencia al tratamiento, que produce deterioro en la calidad de vida, discapacidad funcional y depresión (Thombs, Taillefer, Hudson y Baron, 2007).

3.4.1 Tipos de Esclerodermia

El colegio estadounidense de reumatología (2013), menciona dos tipos principales de esclerodermia:

3.4.1.1 Esclerodermia localizada

Afecta solamente a la piel, aunque se puede esparcir hasta los músculos, las articulaciones y los huesos. No afecta órganos y algunos síntomas incluyen áreas descoloridas en la piel, o estrías o franjas de piel gruesa y endurecida en los brazos y las piernas, o la cara y la frente.

3.4.1.2 Esclerodermia sistémica

Es la forma más grave de la enfermedad; afecta la piel, los músculos, las articulaciones, los vasos sanguíneos, los pulmones, los riñones, el corazón y otros órganos.

La sistémica por su parte se divide en dos (Garza, Villareal y Ocampo, 2013):

- Limitada. Solo la piel distal de los codos y las rodillas se encuentra afectada. La evolución de afección cutánea es lenta y casi impredecible.
- Difusa. El engrosamiento cutáneo ocurre con la severidad de la enfermedad, aunque la frecuencia y el grado de afección a órganos internos son los principales factores que contribuyen a la

morbimortalidad. La afección cutánea evoluciona más rápida y notoriamente a los tres años de iniciada la enfermedad.

3.4.2 Síntomas de la esclerodermia

No es igual en todos los pacientes, cada paciente tiene diversos síntomas dependiendo de la progresión de la enfermedad (Colegio estadounidense de reumatología, 2013).

- Fenómeno de Raynaud. Este término hace referencia a los cambios de color (azul, blanco y rojo) que se producen en los dedos de las manos (y en ocasiones en los dedos de los pies), a menudo, después de la exposición a temperaturas frías y tiene lugar cuando se reduce temporalmente el flujo sanguíneo hacia las manos y los dedos: puede llevar a hinchazón de los dedos, cambios de color, entumecimiento, dolor, úlceras cutáneas y gangrena en los dedos de las manos y los pies.
- Engrosamiento, hinchazón y endurecimiento de la piel. Este es el problema del cual se deriva el nombre "esclerodermia" ("esclero" significa dureza y "dermia" significa piel). La piel también puede ponerse brillante o inusualmente oscura o clara en algunos lugares. A veces, la enfermedad produce cambios en el aspecto físico, especialmente en el rostro.
- Telangiectasias. Vasos sanguíneos dilatados en las manos, el rostro y alrededor de los lechos ungueales.
- Depósito de calcio en la piel o en otras áreas.
- Hipertensión a causa de problemas renales.
- Acidez estomacal
- Dificultad para tragar alimentos
- Distensión abdominal y constipación

- Problemas para absorber los alimentos que ocasiona una pérdida de peso.
- Dificultad para respirar.
- Dolor en las articulaciones.

3.5 Factores psicológicos asociados a las enfermedades crónicas

Ledón (2012) afirma que pueden manifestarse estados emocionales dominados por la aprehensión, la preocupación sobre la salud y sus pronóstico, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión, de modo que la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico se desarrollaran dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa al momento de comunicación del diagnóstico, las representaciones del sujeto y de sus redes de apoyo acerca de sus salud, así como la información que manejan sobre la enfermedad.

3.5.1 Estrés

Los pacientes crónicos sufren de estrés psicológico debido a que se enfrentan a una enfermedad que cambiara su vida y que puede acortarla; por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias es alto; además de que diario tienen que enfrentarse con la responsabilidad de cuidar sus salud siguiendo las indicaciones del médico (dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de glucosa o presión arterial), lo que implica realizar cambios en el estilo de vida (Pineda, Bermúdez y Cano, 2004).

3.5.2 Depresión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, desesperación, irritabilidad, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Lewinsohn y Rosenbaum, 1987).

Las personas con alguna enfermedad crónica, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la

interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con una baja adherencia terapéutica (Lutsman, Anderson, Freedland, Groot, Carney y Clouse, 2000).

No obstante, la depresión no es una complicación directa de la enfermedad crónica, pero es frecuente entre las personas que padecen alguna o varias de ellas y esto se debe en parte, a la presión constante de controlar la enfermedad y debido a la amenaza, actual o futura, de complicaciones a largo plazo. Sentirse deprimido puede hacer que deje de cuidar de sí mismo. Por ello es importante reconocer los síntomas pronto y evitar que las cosas empeoren (Walker y Rodgers, 2005).

De acuerdo con (Walker y Rodgers, 2005), puede ser un problema, ya que el usuario puede sentirse cansado y desmotivado, y esto puede hacer que no controle sus niveles de glucosa en sangre con regularidad, que no coma a sus horas adecuadas o que no tome su medicamento o insulina correctamente. Si está muy deprimido, quizás crea que no tiene sentido cuidar de sí mismo.

Cuando se padece alguna enfermedad crónica, puede sentirse deprimido porque (Walker y Rodgers, 2005):

- Acaban de diagnosticar la enfermedad y está preocupado o asustado por el efecto que pueda tener en su vida.
- Está cansado de tener que tratar con la enfermedad cada día.
- Cree que el padecimiento se escapa de su control, quizá porque sus acciones no parecen tener efecto.
- Quizás deba realizar un gran cambio en su tratamiento.
- Le han dicho que tiene síntomas de complicaciones a largo plazo.
- Sufre complicaciones avanzadas propias de la enfermedad.

3.5.3 Ansiedad

De acuerdo con Herrera (2010), la ansiedad es “un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión. La ansiedad va acompañada por un patrón característico de descarga del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), implicando

una tasa respiratoria alterada, un aumento del sudor y trastornos musculoesqueléticos, con consecuente temblor, sensaciones de debilidad”.

Por otro lado, Flores (2010) explica que: “Se denomina ansiedad a la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos, tales como pensamientos, ideas, etc., que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes”.

La ansiedad es otra de las alternativas emocionales que son frecuencia se presentan en personas con enfermedades crónicas, que se manifiesta en temor e incertidumbre respecto a la salud propia y la familiar, las preocupaciones por convertirse en una carga para los seres queridos y para la sociedad, así como por las modificaciones a incluir en sus vidas, además de los temores o inseguridad respecto al propio desempeño (Ledón, 2012).

El manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumentan el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado la enfermedad, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida (Rivas, García, Cruz, Morales, Enríquez y Román, 2011).

CAPITULO 4. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La incapacidad de algunos pacientes para adherirse a un régimen de tratamiento es un problema de importancia universal en todos los niveles y especialidades de la atención a la salud, porque una adherencia deficiente tiene como resultado: un aumento en los costos médicos, el número de análisis de laboratorios innecesarios, el cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos, los cambios en los planes de servicio, de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional, las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia, a los consultorios médicos o a los centros de rehabilitación, así como las hospitalizaciones recurrentes, el deterioro de la salud, el surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales y en casos severos la muerte del usuario (Díaz, 2014).

La adherencia terapéutica fue descrita originalmente por los autores Sackett y Haynes, quienes en 1975 enunciaron la clásica definición como: “el grado de coincidencia del comportamiento de un cliente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden” (Alonso, Arroyo, Ávila, Aylon, Gangoso, Martínez, Mateo, Morera, Pérez, Rodríguez, Saiz, Sevillano M. y Siguin, 2006).

El término adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud (Meichenbaum y Turk, 1987; en: Rodríguez, 1999). Implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente (Kristeller y Rodin, 1984; en: Rodríguez, 1999).

Ortego, López y Álvarez (2010), mencionan a los autores Rodríguez, Martín, Martínez y Valcárcel (1990) quienes hacen referencia de que la adherencia implica una gran diversidad de conductas, entre las cuales se incluye desde el formar parte del programa de tratamiento y continuar con el mismo hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas médicas, ingerir correctamente los medicamentos y realizar correctamente el régimen terapéutico prescrito. Además de implicar una

diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar el programa terapéutico).

LA OMS (2004), la define como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Y señala que una buena adherencia terapéutica ayuda a mejorar la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable, a modificar los regímenes alimentarios, a aumentar la actividad física, entre otros y de las intervenciones farmacológicas para la reducción de riesgos.

Rodríguez (1999), señala que la adherencia comprende diversas conductas:

- Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento.
- Asistencia a citas de seguimiento.
- Uso correcto de la medicación prescrita.
- Realizar cambios apropiados en el estilo de vida (dieta, ejercicio o extinción de hábitos).
- Evitación de conductas contraindicadas.

Respecto al termino cumplimiento, éste contiene connotaciones e implicaciones diferentes al de adherencia. Haynes (1979; en: Aguilera, 2009) definió cumplimiento como “la medida en que el comportamiento de la persona coincide con las instrucciones médicas que se le ha proporcionado”. Y según diferentes autores (Cameron, 1996; Eisenthal, Emery, Lazare y Udin, 1979; Granger, Moser, Harrell, Sandelowski y Ekman, 2007; Kristeller y Rodin, 1984; Simons, 1992; en: Aguilera, 2009), el termino cumplimiento introduce un sentido pasivo por parte del paciente y, por tanto, el termino incumplimiento contiene en sí mismo un componente valorativo que implica una actitud negativa hacia el paciente haciéndole responsable de esa falta de cumplimiento, dejando al margen otras variables implicadas en el no

cumplimiento, (puede que no cumpla con un tratamiento o aspectos específicos de este cuando no ha sido suficientemente informado o capacitado para ello).

4.1. Factores inter-relacionados con la adherencia

Al hablar de la adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen, y complejo, porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otras (Ortego et al. 2010).

Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias, o ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras (Ortego et al. 2010).

Aunque se anuncian los factores de manera individual, en la práctica clínica se observa superposición entre ellos, por tal razón no deben ser evaluados en forma independiente sino como un asunto complejo multifactorial (Cáceres, 2004:172-180; en: Silva, Galeano y Correa, 2005).

Las razones por las cuales un paciente cumple o no con el esquema de tratamiento indicado se pueden agrupar en ocho categorías (Ortego et al. 2010; Sánchez, 2005; Silva, Galeano y Correa, 2005):

- 4.1.1 Variables sociodemográficas
- 4.1.2 Factores asociados al paciente
- 4.1.3 El tipo de enfermedad
- 4.1.4 El tratamiento farmacológico
- 4.1.5 La relación que se establece entre el paciente y el profesional
- 4.1.6 La información
- 4.1.7 El apoyo social
- 4.1.8 Las variables de la organización

4.1.1 Variables sociodemográficas

Ortego et al. (2010) cita: el sexo, la edad, la raza, el nivel de estudios, la ocupación, la convivencia y el número y edad de hijos o adultos a su cargo.

4.1.2 Factores asociados al paciente

4.1.2.1 Deterioro sensorial

La pérdida de la visión y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. La limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases con protección de seguridad para niños, etcétera (Silva et al. 2005).

4.1.2.2 Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo

Llevar a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, etcétera. (Palop y Martínez, 2004). En estos casos las distracciones y la información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información (Silva et al. 2005):

- Omisión parcial o total del contenido.
- Filtración de acuerdo con creencias personales.
- Aprendizaje incorrecto.
- Aprendizaje fuera de tiempo.
- Aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte.

4.1.2.3 Creencias

Aunque el usuario no las exprese, pueden repercutir sobre su adherencia, por lo tanto se deberían explorar, tanto en el paciente como en las personas significativas de su vida (Ortego et al. 2010).

Es importante recordar que los pacientes no se incorporan al tratamiento con una visión de tabula rasa, sino que, tienen sus propias representaciones de aquello que significa una amenaza para la salud y planifican y actúan según estas representaciones y los temores que las acompañan; se construyen a partir de muchas fuentes, incluyendo amigos, familiares, medios de

comunicación, los propios síntomas corporales y mentales y la información ofrecida por el profesional de salud (Ortego et al. 2010).

Otro aspecto importante a tener en cuenta, relacionado con las creencias, es el hecho que estas no se mantienen constantes a lo largo del tratamiento, pudiendo cambiar por múltiples causas, por lo que resulta necesario evaluarlas en diferentes momentos. En ocasiones, los pacientes no dicen o no saben cómo expresar sus preocupaciones, expectativas y temores (Ortego et al. 2010).

Según Ortego et al (2010), entre las creencias que se deberían explorar, porque repercuten sobre la adherencia, están:

4.1.2.4 Las metas esperadas del tratamiento

Una creencia importante que es necesaria evaluar son las metas que el paciente espera conseguir si se adhiere correctamente al tratamiento. En ocasiones, los pacientes tienen metas muy ambiciosas que no van a lograr alcanzar con el tratamiento.

Es importante que al inicio y en el transcurso del tratamiento el profesional de la salud pregunte al paciente sobre las metas que espera conseguir con el tratamiento, corrija sus errores y ayude a formular metas realistas porque esto favorece la adherencia al tratamiento.

4.1.2.5 La motivación

Los factores determinan si el cambio se producirá o no y en qué grado, y además, demuestran que las características del estilo del terapeuta influyen sobre la motivación del paciente y sobre los resultados de las intervenciones terapéuticas a las que se somete (Miller y Rollnick, 1999). Ya que los pacientes que acuden a los profesionales de la salud en busca de ayuda, en ocasiones, no están motivados para seguir el tratamiento prescrito por estos (Ortego et al. 2010).

4.1.2.6 La vulnerabilidad y severidad percibida

La severidad es valorada por el enfermo incrementa la adherencia, apareciendo una relación directa entre severidad percibida y tasa de adherencia a prescripciones de salud (Vera, 1999).

La percepción que las personas tenemos sobre el riesgo a padecer una enfermedad u otros acontecimientos vitales también repercute sobre la adherencia al tratamiento. Así, los individuos que subestiman su propio riesgo, es decir creen tener pocas probabilidades de que un suceso les ocurra es más probable que no sigan las recomendaciones de salud. Por el contrario, una mayor susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad se asocia a un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas de salud (Vera, 1999).

La experiencia previa con un determinado trastorno de salud, también, afecta a la vulnerabilidad o susceptibilidad percibida. La experiencia previa suele incluir la experiencia personal y la vicaria procedente de familiares y amigos. Pero es la experiencia propia con un trastorno un predictor más relevante de la vulnerabilidad que la experiencia vicaria, siendo esta última, en ocasiones, irrelevante y por tanto puede no provocar un incremento de la vulnerabilidad percibida (Oliveras, Font, Gras y Planes, 1998:417-429; en: Ortego, López y Álvarez, 2010).

4.1.2.7 La autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida hace referencia a la capacidad que cree una persona tener para llevar a cabo una determinada acción. Bandura (1986), "si las personas no están totalmente convencidas de su eficacia personal tienden a abandonar rápidamente las competencias que les han sido enseñadas, en cuanto dejan de obtener resultados rápidos o experimentan algún revés". La autoeficacia no hace referencia a los recursos de que disponga el sujeto, sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer con ellos.

Autores como Garrido y Rojo (1996), señalan que cuanto más elevado es el sentimiento de autoeficacia, más vigorosos y persistentes son los esfuerzos, principalmente en las tareas consideradas como difíciles. Los

sujetos con autoeficacia percibida baja, inseguros de sus capacidades, se esfuerzan menos, o no se esfuerzan en absoluto cuando se enfrentan a tareas que consideran difíciles.

Pero el sentimiento de autoeficacia no sólo depende de la creencia del individuo en su propia capacidad para llevar a cabo una determinada acción, sino que esta percepción está también muy influenciada por quienes le rodean (Ortego et al. 2010).

4.1.3 Tipo de enfermedad

En ocasiones el paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento. En general, hay menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas. Y la adherencia a la terapia es especialmente difícil en el caso de las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, como lo son las enfermedades crónicas (Ortego et al. 2010).

Los síntomas asociados a un padecimiento pueden servir como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. Por el contrario, el paciente que presenta una enfermedad asintomática, no dispone de claves internas para la acción y, además, su conducta de seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo, o si lo recibe no es inmediato, con lo cual la probabilidad de que esta ocurra disminuye (Rodríguez, 2001).

4.1.4 El tratamiento farmacológico

El nivel de adherencia varía dependiendo del tipo de tratamiento; las tasas más altas de adherencia se dan en tratamientos con efectos directos sobre los síntomas de la enfermedad, programas de tratamiento con altos niveles de supervisión y monitoreo, y en condiciones de un ataque agudo. En contraste las tasas bajas de adherencia ocurren con pacientes crónicos con molestias o riesgos no inmediatos, cuando se requieren cambios en el estado de vida, y cuando el resultado es prevención y no el alivio del síntoma (Rodríguez, 1999), así como la toma de varios medicamentos que deben ser tomados al mismo tiempo, o el esquema de dosis es complicado, cuando la vía de administración

requiere personal entrenado o el medicamento exhibe eventos adversos de consideración (Silva et al. 2005).

Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos, y a menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores (Silva et al. 2005):

- Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- La percepción de gravedad de la enfermedad
- La credibilidad en la eficacia de la medicación
- Aceptación personal de los cambios recomendados.

Ortego et al. (2010), señala que las características del tratamiento farmacológico que parecen modular la adherencia son:

Dosificación. El número de dosis ha sido relacionado con el nivel de adherencia. Se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.

Vía de administración. Los niveles más altos de adhesión se dan en los tratamientos que requieren medicación directa, niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo.

Duración. Los comportamientos de adhesión de regímenes de tratamiento asociados a enfermedades crónicas, que requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida, o conductas preventivas prolongadas, disminuirán, así con toda probabilidad, en el tratamiento de no convertirse en automáticas y habituales.

Efectos secundarios. Los efectos secundarios indeseados también favorecen el incumplimiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien.

Complejidad del régimen terapéutica. Se ha observado que la probabilidad de fallos o problemas en la adherencia se incrementa cuanto más

cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan, cuando más incompatibles sean las actividades diarias o los hábitos de la persona con la emisión de respuestas de adherencia y cuanto más complejo se ese régimen; es muy probable que no la realice correctamente por la gran cantidad de demandas que exigen a este paciente.

En el caso de no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son (Silva et al. 2005):

- No iniciar la toma del medicamento.
- No tomarlo de acuerdo a las instrucciones.
- Omitir una más dosis.
- Duplicar la dosis (sobredosis).
- Suspensión prematura del tratamiento.
- Tomar la dosis a una hora equivocada.
- Tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico.
- Tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos contraindicados.
- Medicamentos vencidos o guardados en lugares no apropiados.
- Uso inadecuado de los dispositivos de administración, como es el caso de los inhaladores.
- Cansancio de tomar tantos medicamentos. A pesar de que las instituciones de salud entregan todos los medicamentos requeridos, las personas con enfermedades crónicas dicen estar cansadas de tomar sus tabletas (Hoyos, Arteaga y Muñoz, 2011).

4.1.5 La relación entre paciente y los profesionales de la salud

Es necesario que los profesionales de la salud cuenten con habilidades sociales destinadas a mejorar la relación que establecen con sus usuarios (Ortego et al. 2010).

La adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente. La duración de la consulta es también causa de baja adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo. Otro punto importante es la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. (Silva et al. 2005).

Además es importante aumentar la motivación para el cambio, ayudar al paciente a sentir su libertad y responsabilidades de una elección personal, ofreciendo alternativas, consejo en el momento preciso, disminuyendo la deseabilidad, y aumentar el peso del lado del cambio brindando retroalimentación y aclarando objetivos con el paciente, además de ayuda activa. Es necesario evitar discutir con el paciente, practicando la empatía, como una de las características terapéuticas que es determinante para la motivación del paciente, así como la calidez, el respeto, el apoyo, el cuidado, la preocupación, la comprensión empática, el compromiso y el interés activo. Un estilo terapéutico empático está asociado con bajos niveles de resistencia de los usuarios y con un cambio de la conducta a un mayor plazo (Miller y Rollnick, 1999).

4.1.6 La información

Comprender es el primer paso para recordar la información y adherirse a los tratamientos. De hecho, se ha observado que proporcionar información de modo que favorezca y garantice unos niveles mínimos de comprensión y recuerdo por parte de los enfermos contribuye a mejorar las tasas de adherencia (Ortego et al. 2010).

En caso de mala comprensión, si el paciente no alude a ello, impide que el profesional obtenga a su vez información acerca de las dificultades acerca de las dificultades del mensaje y pueda rectificar subsiguientes comunicaciones (Menéndez, 1980; en: Ortego et al. 2010).

4.1.7 El apoyo social

Varios estudios han puesto de manifiesto que los lazos sociales actúan no solo como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que sobre la salud pueden producir determinados acontecimientos de la vida. Un familiar muy intrusivo o sumamente crítico; un cónyuge que genera culpabilidad; o unos padres excesivamente ansiosos, indulgentes, rígidos y controladores, pueden provocar un deterioro en la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica. Asimismo, la falta de interés y el rechazo manifestado por personas significativas, puede representar otro obstáculo (Ortego et al. 2010).

El paciente que vive solo con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento, el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (Silva et al. 2005). Los beneficios que puede obtener el paciente de los cuidados dispensados por su familia, también, se relacionan con la adherencia.

4.1.8 Las variaciones de la organización

Existen variables relacionadas con la organización de los servicios de salud que pueden favorecer o dificultar la adherencia a los tratamientos, como son: la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia. Cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente, mayor será su probabilidad de adhesión (Meichenbaum y Turk, 1991; en: Ortego, López y Álvarez, 2010).

La posibilidad de supervisión es otra variable de la organización relacionada con la adherencia. La conducta de adherencia decae con el tiempo por lo que, en muchos casos, especialmente en tratamientos muy largos, se hará necesario intervenciones de seguimiento dirigidas a continuar la educación del paciente. En muchas ocasiones los pacientes tienden a interrumpir los tratamientos en cuanto se encuentran mejor. Por ello, debemos ayudar al paciente a comprender que el tratamiento debe ser continuado y que nunca debe ser interrumpido prematuramente sin la supervisión de profesional de la salud (Ortego et al. 2010).

4.2 No adherencia terapéutica

Entenderemos como no adherencia a la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es una decisión personal de causa multifactorial (Silva et al. 2005).

Martin (2004) señala que la deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas, como son: dificultad para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandona, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (errores de omisión, de dosis, de tiempo o equivocación en el uso de uno u otro medicamento), inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida, automedicación, entre otros. Y puede variar, inclusive un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con la otra o las otras. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera (Silva et al. 2005).

Como resultado de una baja adherencia un número sustancial de pacientes no obtiene el máximo beneficio de los tratamientos médicos, logrando pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida (Varela, 2010).

Las consecuencias de la no adherencia al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología, y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de reconocida gravedad que comprometen la vida del paciente (Silva et al. 2005).

Las ampliaciones asociadas a la no adherencia de las prescripciones de salud, las cuales se pueden agrupar en cuatro grandes apartados (Ortego et al. 2010):

- Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad.

- Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento.
- Crecimiento del coste sanitario.
- Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente. Todo ello, hace necesario que los profesionales de la salud adopte estrategias destinadas a prevenir o disminuir la falta de adherencia.

Se considera que la baja adherencia a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente; sin embargo, la complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico-sistema de salud (Silva et al. 2005).

4.2.1 Tipos de no adherencia al tratamiento

El incumplimiento terapéutico se puede dar de diferentes formas, generalmente se estima como una variable binaria, pero son muchos los criterios utilizados para describir las características de la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito (Sacristán, García, Martínez, Palop y Amado, 2001:39-41; en: Palop y Martínez, 2004).

Cuando se ha estudiado el período de seguimiento, se puede distinguir (Palop y Martínez, 2004):

- Incumplimiento parcial. El que el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico. El individuo incumple de forma ocasional (más frecuente en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).
- Incumplimiento secuencial. El tratamiento se deja durante periodos de tiempo en los que se encuentra bien pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto de “vacaciones terapéuticas”).

- Cumplimiento de bata blanca. Sólo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud junto con la anterior se da en enfermedades crónicas como la hipertensión.
- Incumplimiento completo. El abandono del tratamiento es de forma indefinida.

Otra forma de clasificar la falta de adherencia es (Palop y Martínez, 2004):

- a) Primaria, que incluye tanto no llevarse la prescripción de la consulta como el llevársela pero no retirarla de la farmacia.
- b) Secundaria, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico o no obteniendo una nueva prescripción.

CAPITULO 5. MODELO DE INTERVENCIÓN

Cada individuo tiene una serie de valores, preferencias y significados que influyen grandemente su actitud hacia la vida, la salud y las conductas en búsqueda de la salud, para predecir los resultados del tratamiento y la adherencia; el Modelo de creencias en salud, propone que con el fin de tener éxito para efectuar un cambio conductual el individuo debe percibir que los beneficios del cambio valen la pena por el costo del cambio. Otras teorías, como el Modelo Transteórico y la Teoría Social Cognitiva, reconocen que la percepción del individuo de su papel en su cuidado y la motivación influye en el resultado. Estos sistemas de creencias personales deben ser vistos junto con la familia, las normas sociales y culturales que las nutren (Rodríguez, 1999).

5.1. Modelo de creencias en salud

Señala que se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud o prevenir la enfermedad, cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que las acciones que puede emprender serán beneficios y que sean pocas las dificultades para realizarlas (Weinstein y Nicolich, 1993). La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas son las dimensiones que conforman el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1988).

Surgió en la década de los años cincuenta a partir de esfuerzos orientados a explicar conductas de salud y detectar las variables apropiadas para diseñar programas de educación para la salud (Moreno y Gil, 2003).

5.2. Modelo Transteórico

Dentro de Modelo Transteórico, la motivación es un factor importante y para fines de este artículo definiremos la motivación como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra; dicho estado se puede ver influido por múltiples factores (Miller y Rollnick, 1999).

El modelo parte de identificar la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario y llevar a cabo las estrategias terapéuticas para aumentar la motivación. Este modelo fue diseñado para comprender cómo se produce el cambio, por los psicólogos James Prochaska y Carlo DiClemente en 1982 quienes describieron una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema. Diferenciando diversas etapas para llegar a la preparación para el cambio, este modelo también considera que un terapeuta debe utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso del cambio en que se encuentre (Miller y Rollnick, 1999).

Fundamentado en la premisa de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención para cambiar. Este modelo explica la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo, a través de una serie de etapas (Ortiz y Ortiz, 2007; Cabrera, 2000):

- **Precontemplación:** etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente se mide en un lapso de seis meses.

El usuario aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Implica que sabe que tiene un problema, aunque no es consciente de él (Miller y Rollnick, 1999). Raramente acuden por sí mismos a un tratamiento.

Se deberá comunicar la efectividad de las intervenciones y evaluar la disponibilidad del paciente para ayudarlo a alcanzar los objetivos (Rodríguez, 1999).

En esta situación, lo único que puede ofrecer el profesional es psicoeducación y feedback a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema, la duda y la preparación de los riesgos.

- **Contemplación:** periodo caracterizado por la ambivalencia; la experiencia de la persona contempladora queda descrita como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma

manera. De forma simultánea, o en rápida alternativa, la persona experimenta razones de preocupación o de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar (Miller y Rollnick, 1999). Tiene una intención de cambio y hará un intento de modificar su comportamiento en los siguientes meses.

La labor del terapeuta en esta fase es la de ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio: hacer evocar las razones para cambiar, y aumentar la sensación de autoeficacia, ya que uno de los principales motivos para no plantearse el cambio en una conducta es la escasa confianza en las posibilidades de conseguir el éxito.

Explicar al paciente los beneficios potenciales del ejercicio, las técnicas de relajación y el manejo de estrés, así como hacer que el paciente revise experiencias anteriores con un cambio de conducta exitosa y entonces generar la expectativa de que pueden ser exitosos en este esfuerzo. Presentar la intervención a la luz de lo que los pacientes pueden hacer en lugar de enfocarse sobre lo que no pueden hacer es importante para generar una actitud positiva y procurar un resultado exitoso (Rodríguez, 1999).

Hacer que el usuario realice algún tipo de ejercicio para clarificar los valores; de este modo el paciente puede apreciar la razón costo-beneficio del cambio en relación al resultado más importante que ellos valoran (Rodríguez, 1999).

- Preparación: las personas ya han tomado una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días.

De vez en cuando la balanza se decanta a favor, y durante un periodo de tiempo los comentarios de la persona reflejan un buen grado de lo que podríamos llamar motivación (Miller y Rollnick, 1999). Aconsejar es el recurso más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.

- **Acción:** es la etapa en la que la persona realiza cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, habitualmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses.

La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. La intención de cambiar; sin embargo, no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo (Miller y Rollnick, 1999).

El usuario debe sentirse apoyado para alcanzar estos objetivos y un sentido de responsabilidad individual consistente con el enfoque de autocuidado; enseñar habilidades de autocuidado apropiadas y agendar una actitud positiva con el fin de cumplir estos cambios conductuales. Se debe acordar y establecer conjuntamente las metas específicas, medibles y crecientes así como el modo en que se van a monitorear (Rodríguez, 1999).

- **Mantenimiento:** periodo de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que la persona trabaja activamente en la prevención de la recaída.

Los usuarios necesitan aprender a anticipar situaciones de alto riesgo, cuando las recaídas pueden ocurrir y saber cuándo buscar ayuda para prevenir que una recaída se convierta en una situación insalvable (Rodríguez, 1999).

Debe entender que el moverse a través de las etapas de un cambio conductual exitoso es bidireccional y circular, no lineal (Rodríguez, 1999). Si esta se produce, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes de permanecer inmóvil en dicha etapa (Miller y Rollnick, 1999).

Dentro de este rublo la labor del terapeuta es evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y mantenimiento, nuevamente (Miller y Rollnick, 1999).

5.3. Teoría social cognitiva

El trabajo realizado por Albert Bandura ha sido identificado en primer momento como Teoría del Aprendizaje social, sin embargo a mediados de los años ochenta el autor la redefiniría como Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1987). En esta teoría abandona el modelo de causalidad lineal, inclinándose hacia un modelo de determinismo recíproco, tomando en cuenta los múltiples factores que operen como determinantes, así como sus influencias interactivas (Olaz, 2001).

Bandura (1987) propone un enfoque basado en una reciprocidad triádica en el cual tanto la conducta, los factores cognitivos, demás factores personales y las influencias ambientales, operan en forma interactiva como determinantes recíprocos. En este enfoque los factores personales y ambientales se determinan entre sí, dado que los individuos crean y modifican su entorno, y los cambios que introducen en el mismo afectan a su vez a sus conductas.

5.4. Teoría de autoeficacia de Bandura

El concepto de autoeficacia desarrollado por Bandura se refiere a la creencia que la persona se forma respecto a su propia capacidad de actuar en una tarea o situación concreta; los "juicios de la persona acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento" (Bandura, 1986). El concepto de autoeficacia hace referencia a los juicios que posee la persona sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará de manera que le permita alcanzar un rendimiento deseado, es decir, si las personas creen que pueden realizar una acción para resolver un problema, se inclinarán más a llevarlas a cabo y se sentirán más comprometidos con esa decisión (Ortiz y Ortega, 2011).

Las creencias acerca de la propia eficacia juegan un importante rol mediacional, actuando a manera de filtro entre los logros anteriores o habilidades y la conducta posterior (Zeldin, 2000); afectan la conducta del individuo al influir en las elecciones que realiza, el esfuerzo que aplica, la perseverancia antes los obstáculos con que se enfrenta, los patrones de

pensamiento y las reacciones emocionales que experimenta (Pajares y Valiante, 1997).

Bandura enfatiza el papel de las creencias de autoeficacia al considerarla como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano (Valiante, 2000), ya que como él señala, la autoeficacia influye en las decisiones que tomamos, en las metas que nos proponemos, las conductas que seleccionamos y ejecutamos, en el nivel de esfuerzo que dedicamos frente a obstáculos o fracasos, en la resistencia a la adversidad, en la vulnerabilidad al estrés y en las reacciones fisiológicas y emocionales asociadas a nuestras acciones (Bandura, 1997).

Según Pervin (1998), pensamos, sentimos y nos comportamos de manera distinta en aquellas situaciones en las que nos sentimos seguros de nuestras capacidades, de aquellas en las que estamos inseguros o no nos sentimos capaces. Es así que las creencias de autoeficacia influyen en los pensamientos, la motivación, el rendimiento y el estado emocional.

Al respecto Ortiz y Ortiz (2007), mencionan que una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender y conocer cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermarse y tener apoyo social; sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo.

CAPITULO 6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL ESTILO DE VIDA

Están dirigidas a aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones agudas y crónicas, y disminuir la mortalidad. Para lograr los objetivos del tratamiento, se requiere un manejo integral por parte de un equipo multidisciplinario de salud, el cual está conformado por el método de quien coordine el tratamiento, el médico, nutriólogo y profesionales en salud mental con experiencia e interés en enfermedades crónicas (Oviedo, Espinosa, Reyes, Trejo y Gil, 2003; Rodríguez, 1999).

6.1. Plan alimenticio

Debe ser dirigido por un especialista en nutrición y adaptarse a cada paciente considerando sus edad, el tipo de medicamentos utilizados, condiciones médicas y los niveles de lípidos que presente.

Se recomienda la reducción de la ingesta de grasa (<30 % de energía diaria), restringir los hidratos de carbono entre 55 y 60 % de la energía diaria y consumir de 20 a 30 g de fibra. En pacientes con un IMC ≥ 25 kg/m² la dieta debe ser hipocalórica (Gil, Sil, Domínguez, Torres y Medina, 2013).

En personas con HTA la ingesta de sal no debe exceder los 100 mmol/día, (2,4 g de sodio, 6 g de cloruro de sodio al día) (Tierney et al. 2006).

6.2. Supresión de bebidas alcohólicas

El mecanismo fisiopatológico de la asociación alcohol y HTA no está bien establecido, uno de los factores detonantes puede ser el aumento de las catecolaminas plasmáticas y además, también se admiten, como posibles factores influyentes, factores genéticos, incremento del gasto cardíaco, anomalías del sistema renina-angiotensina aldosterona o del sistema nervioso autónomo, o un efecto directo sobre el tono vascular. Finalmente, es importante considerar que hay una asociación entre consumo elevado de alcohol y mortalidad cerebro vascular (Tierney et al. 2006).

Además de las elevaciones en la presión sanguínea la ingesta de alcohol excesiva puede decrementar la adherencia a la terapia, reducir la

efectividad de los medicamentos antihipertensivos, y ocasionalmente aumentar la incidencia de hipertensión refractaria (Rodríguez, 1999).

6.3. Supresión del hábito de fumar

Al fumar un cigarro de tabaco inicialmente se elevan en sangre los niveles de adrenalina y noradrenalina, pero en breve, si no se vuelve a fumar, ocurre una reducción de estas catecolaminas, que a su vez ocasiona la disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca por debajo de las cifras previas al primer cigarro (García, 2000).

El fumar incrementa significativamente el riesgo de una enfermedad arterial coronaria, infarto miocardio, muerte repentina e infarto (Rodríguez, 1999).

6.4. Cafeína

La cafeína ocasiona aumento ligero de la presión, que no excede de media hora de duración. No obstante, como la asociación de café y tabaco es frecuente entre los fumadores, la acción hipertensiva de ambos se prolonga hasta dos y tres horas. El exceso de cafeína tiene efecto estimulante sobre el sistema nervioso simpático, lo que a su vez ocasiona aumento de la presión arterial, y eso puede ser causa del incremento en la prevalencia de la hipertensión en grupos seleccionados de pacientes. Por este motivo es conveniente limitar el uso de café a dos o tres tazas diarias (García, 2000).

6.5. Actividad física

Diversas entidades mundiales sugieren una relación fuerte entre el comportamiento sedentario y enfermedades crónicas, por lo que la Fundación Nacional del Corazón, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de los Estados Unidos (JNC VII) y el ACSM han recomendado el incremento de la actividad física como la primera línea de intervención para prevenir y tratar a pacientes con enfermedades crónicas (ACSM, 2010; en: Rodríguez, 2012).

Aquellos que hacen ejercicio y se mantienen en forma pueden estar más predispuestos a controlar su peso, comer una dieta más saludable que sea baja en sodio y grasa, consumir menos alcohol y obtener una mejora del estado de ánimo disminuyendo el estrés (Rodríguez, 1999).

En la HTA el deporte ha demostrado ser una buena arma terapéutica. De hecho pacientes hipertensos físicamente activos tienen una menor tasa de mortalidad que los sedentarios (Boraita, Bano, Berrazueta, Lamiel, Luengo, Manonelles y Pons, 2000). Investigaciones recientes han demostrado que el ejercicio aeróbico está asociado con una reducción de 4,9/3,7 mmHg en la presión arterial en pacientes hipertensos, descenso que no varía según la frecuencia o intensidad del ejercicio, sugiriendo así, que todas las formas son efectivas (Moraga, 2008).

Hay efectos positivos del ejercicio sobre la resistencia a la insulina, lípidos en sangre (Rodríguez, 1999), un mejor control de presión arterial, reducción de factores de riesgo coronarios y arteriopáticos (Boraita et al, 2000). Además, se obtiene una disminución del nivel de triglicéridos, aumento del colesterol HDL (el "bueno") y probable disminución del colesterol LDL (el "malo") (Fábregues, 2011).

Finalmente, la actividad física reduce las respuestas exageradas a situaciones de estrés. El ejercicio debe ser de tipo aeróbico o dinámico (caminar, correr, nadar, etc.). Es importante que el ejercicio se realice en forma regular y progresiva (Fábregues, 2011).

6.6. Reducción de peso

Los programas de pérdida de peso se deben considerar junto con las situaciones socioeconómicas y culturales que confrontan los usuarios. Es poco probable que los pacientes obesos alteren sustancialmente su conducta respecto a su peso corporal sólo porque se hacen conscientes de la relación entre el peso corporal y la presión sanguínea o los niveles de elevados de glucosa en sangre (Rodríguez, 1999).

El exceso de peso contribuye, desde la infancia, al desarrollo de hipertensión arterial. Una reducción moderada del peso corporal ayuda a

controlar la presión arterial, como también otros factores de riesgo como la diabetes y el colesterol elevado (Fábregues, 2011).

6.7. Medicamentos

Están indicados en quienes fallan las recomendaciones iniciales para llevar a cabo un adecuado control con la dieta y el ejercicio físico. El tratamiento con fármacos debe individualizarse y antes de su inicio se requiere evaluar la función del organismo (Gil et al, 2013).

6.8. Relajación y manejo del estrés

La exposición a situaciones psicológicamente estresantes que causan ansiedad puede resultar en una elevación aguda de la presión arterial. Se caracteriza por la excitación del sistema nervioso simpático y se manifiesta por el incremento en el consumo de oxígeno, la presión sanguínea, tasa cardiaca, tasa respiratoria y un 300 a 400 por ciento de incremento en el flujo sanguíneo muscular. La respuesta de relajación es la contraparte fisiológica de la respuesta al estrés. Se caracteriza por un decremento en el consumo de oxígeno, de la presión sanguínea, de las tasas cardiaca y respiratoria y una estabilización del flujo sanguíneo muscular (Rodríguez, 1999).

RESULTADOS

Caso 1

Usuario 1 (JB)

Sexo: Masculino

Edad: 80 (Finado)

Fecha de Nacimiento: 9 de Septiembre de 1934

Nacionalidad: Mexicana

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Primaria

Religión: Católico

Dirección: Distrito Federal

Ocupación: Cuidaba coches en el estacionamiento de un mercado

El usuario presenta diabetes tipo 2, hipertensión y obesidad tipo I, ya que su talla es 1.65 y pesa 85 kg, lo que indica un IMC de 31.22; dice ser una persona de tez morena, cabello negro con canas, y "robusto, no gordo".

En la realización de las llamadas que son una vez cada semana, el usuario se muestra con disposición y un estado consciente, ya que identifica la hora, fecha y lugar en donde se encuentra, y por lo general atento; sin embargo, hay ocasiones en las que no recuerda lo que se le sugiere en las llamadas anteriores y suele tener alucinaciones, sin que éstas llegaran a perjudicar en su vida diaria.

Intervención

Al momento de iniciar la intervención se le encontró ubicado en la fase de contemplación. De acuerdo con el historial clínico de MAD el usuario se ha mantenido así desde hace tiempo, no obstante a partir de quince sesiones comenzó a cambiar a la fase de mantenimiento.

Trabajamos con un pensamiento recurrente, que estaba arraigado a su forma de vivir: "ya no quiero vivir", el cual comenzó a cambiar conforme pasaron las sesiones, y un día dijo: "hable con Dios y le prometí que aceptaría mi vida como es (en soledad) y sin pensamientos pesimistas", "además quiero arreglarme más y salir con amistades pasadas, aunque ya casi todos estén

muertos". Empezó a reportar una actitud más positiva ante las relaciones sociales, lo que influyó en su estado de ánimo.

En la cuestión médica, el usuario describió ir al médico y a sus estudios de laboratorio en su clínica de salud, en los cuales se encontraba con cifras constantemente elevadas en triglicéridos y en ocasiones en glucosa o presión arterial, lo cual se podía relacionar con las ideas irracionales acerca de la toma de medicamentos, ya que su consumo de dosis era menor o mayor a las que el médico le señalaba, además de que las circunstancias en las que vivía no le permitían estar pendiente del consumo de pastillas en los horarios establecidos.

Su plan alimenticio era poco balanceado, arraigado a su forma de vivir, sin apoyo continuo o supervisión diaria de alguna persona que lo ayudara a llevar a cabo las indicaciones del médico, nutriólogo y psicólogo, que incluía desde la elección y compra de alimentos hasta la elaboración de estos. Por tal motivo era importante trabajar más en este punto.

También se necesitaba fortalecer la autoeficacia y motivar constantemente, ya que el usuario vivía solo, y había una falta de interés y rechazo manifestado por personas significativas como sus familiares; sin embargo, contaba con amigos, conocidos o compañeros que ve día con día, con quienes conversaba y compartía momentos en su rutina diaria.

De sus familiares el único que acudía a verlo era su primo "Rodolfo", quien se podría considerar su cuidador primario, no obstante, la comunicación era escasa, ya que él sólo acudía a verlo una vez por semana o cada quince días, aproximadamente una hora. JB no confiaba en él, por tal motivo prefería no verlo, así que cuando no tenía medicamentos o se sentía mal, no le hablaba para solicitar su ayuda.

Los logros de la intervención se vieron reflejados en un estado anímico más positivo, aunque en ocasiones solía decaer, pero ya sin la expresión de pensamientos pesimistas de la vida, por lo anterior se sugería seguir reforzando los lazos que había logrado establecer con las personas del mercado. Con el tiempo se había visto una mejoría al momento de enfrentar los

problemas, ya que evitaba pelear o discutir, no insultaba, ahora se retira y continúa con sus actividades.

Además realizó un plan para la toma de medicamentos, diseñó un tipo pastillero en un lugar visible, para que no se le olvidara tomar sus pastillas correspondientes y realizaba rutinas de ejercicio y respiración. Mostraba interés en su apariencia física, como él lo expresa, quería verse bien y vestirse bien. Hubo mejoras en sus niveles de glucosa y presión arterial.

Por lo anterior, la importancia de la intervención de MAD es significativa, ya que como el usuario señaló, encontraba en la línea apoyo tanto emocional, como para mejorar su calidad en cuanto a sus enfermedades, ya que se le informaba y acompañaba, y a pesar de que el usuario falleció, el logro modificar hábitos alimenticios, medicamentosos e incluir en su vida rutinas de ejercicio, además de una estabilidad emocional, y con ello adherirse al tratamiento.

Caso 2

Usuario 2 (GV)

Sexo: Femenino

Edad: 47

Fecha de Nacimiento: 12 de Diciembre de 1967

Nacionalidad: Mexicana

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Primaria

Religión: Católica

Dirección: Estado de México

Ocupación: Hogar y ocasionalmente vende gelatinas

La usuaria presenta esclerodermia desde sus 36 años de edad y a los cuarenta años sufrió de un periodo de depresión crónica después de enterarse de su enfermedad. Mide 1.55 de estatura, pesa 52 kg, lo que señala un IMC de 21.64

(peso normal); dice ser una persona de tez blanca, cabello medio, negro y rizado.

En la realización de las llamadas que son una vez a la semana o cada quince días, según la disponibilidad de la usuaria, esta posee un lenguaje fluido y comprensible, se muestra con buena disposición, alerta y por lo general atenta, su estado es consciente. Es una mujer con apertura para expresar sus sentimientos y dudas de su enfermedad, con el entusiasmo de llevar a cabo las indicaciones que se le sugieren para una mejor calidad de vida. Es una persona adherente al tratamiento, a pesar de que en un inicio de la intervención, hace aproximadamente dos años, GV se sentía sola e inútil, y no aceptaba los cambios que la enfermedad causaba sobre su cuerpo.

Intervención

Se puede ubicar a GV en la etapa de mantenimiento de la rueda del cambio, ya que en cuestiones de salud está en constante esfuerzo, haciendo varias actividades que le brindan fortaleza tanto física como emocional, por ejemplo: pertenecer al programa adherencia terapéutica de MAD, también pertenece a un grupo de esclerodermia en el hospital general, acudir a sus citas con el médico general y sus especialistas, realizar sus estudios de laboratorio, su rehabilitación física, citas con el psiquiatra y asistir a talleres psicológicos; sin embargo, hay ocasiones en las que está decaída y al momento de preguntarle cómo se encuentra, expresa estar acostada porque tiene alguna molestia en alguna parte de su cuerpo. Tiene constantes preocupaciones con respecto a su enfermedad, ya que ella sabe es una enfermedad crónica y progresiva, por lo que se pregunta qué pasará con las partes que le duelen, en cuanto tiempo empeorará, o cómo terminará, tal vez sin poder caminar o con otras consecuencias.

Cuando acude a sus citas, sale bien en sus estudios (riñón, pulmón e hígado, así como corazón); la usuaria es responsable con sus citas médicas, toma sus medicamentos y su alimentación es balanceada. Además acude al psiquiatra, porque hay momentos en los que se siente "cansada de todo", pero hasta el día de hoy se encuentra firme en su decisión de seguir esforzándose

para poder vivir de la mejor manera, ya que señala: "agradezco poder estar viva".

Al inicio de las llamadas decía sentirse culpable, porque señalaba que si no estuviera enferma podría hacer más cosas productivas, a pesar de que ella se encarga de su hogar en todos los aspectos posibles y tiene un negocio propio de gelatinas (las prepara y las vende). Con el paso del tiempo, ha comprendido que no es importante buscar culpables, sino llevar a cabo las indicaciones médicas y de los profesionales de la salud que la atienden, para que tenga una mejor calidad de vida; ahora ya no se pregunta "por qué a mí".

Lo que en la actualidad le entristece es la relación con su esposo, quien dejó de dormir con ella desde hace unos meses, y eso la hizo pensar que el amor hacia ella "disminuyó", "acabó" o que "le causa asco". En ocasiones, su pareja ha señalado que es "floja" o es poco atento y cariñoso con ella, e incluso grosero al minimizar los detalles que ella tiene con él. GV cree ya que no quiere pasar tiempo con ella, pero trata de ver la actitud de su esposo de forma positiva y a pesar de que extraña dormir con él, también le ha traído ciertos beneficios; dijo que lo tomará como un acto de amor y no como ella pensaba, que el amor estaba disminuyendo. Hablamos de la comunicación asertiva, con referencia a su esposo y los canales de comunicación, lo cual ha mejorado conforme pasan las sesiones, ya que decía no poder expresar, en ocasiones, lo que quería y como se sentía, ahora trata de expresar lo que siente y se controla más, por ese motivo ya no discute constantemente con su esposo y este a regreso a dormir con ella.

Se sugiere seguir reforzando para mantener el cambio y proporcionar estrategias para afrontar situaciones futuras de riesgo, es conveniente llevar a cabo imaginación y técnicas de respiración para el dolor, que en la esclerodermia es muy común, y para los pensamientos recurrentes. Es significativa la comunicación asertiva, para una mejor relación de pareja, ya que para ella es de suma importancia este tema.

La usuaria 2 ve la línea de MAD como soporte, ya que se le brinda el apoyo para las dudas que pudiera tener y se buscan alternativas entre el médico, nutriólogo y el psicólogo, para que se mantenga estable, en todos los

aspectos posibles y pueda mantener un estilo de vida saludable y como consecuencia calidad en ella.

Caso 3

Usuario 3 (FG)

Sexo: Femenino

Edad: 48

Fecha de Nacimiento: 03 de Enero de 1967

Nacionalidad: Mexicana

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Primaria

Religión: Católica

Dirección: Estado de México

Ocupación: Hogar

La usuaria presenta diabetes tipo 2, hace 16 años, y tiene un IMC de 25.64, lo que la ubica en un rango de sobrepeso, ya que mide 1.58 cm., pesa 64 kg; dice ser una persona de tez morena clara, cabello café mediano liso, “ni gorda, ni flaca; no chaparra”.

En la realización de las llamadas que son una vez cada semana o por lo regular cada dos, la usuaria se muestra con disposición la mayoría de las veces; sin embargo, en ocasiones se encuentra ocupada con las labores de su hogar, o no se encuentra en su domicilio. Presenta un estado consciente, un lenguaje claro y por lo general se muestra atenta en la llamada; es una mujer que comprende y es capaz de cambiar, no obstante, es importante repetir constantemente los beneficios del porque llevar a cabo una modificación en algún hábito. Si bien, las llamadas suelen ser concretas, se muestra paciente e interesada.

Intervención

En el primer contacto que se tuvo con la usuaria, ésta se encontraba en la fase de contemplación, ya que no acudía al médico y estaba inundada de ideas irracionales, como el hecho de comer cada que podía, porque a su punto de

vista "otros no tenían que comer y ella no podía desperdiciar la comida", el ejercicio era casi nulo y veía a su familia como un problema, ahora se encuentra en una fase de acción entrando a mantenimiento.

Cuando no realizaba las cosas, lo atribuía a problemas económicos, falta de tiempo y/o que su ámbito familiar no es lo suficientemente motivante, y que la mantenía infatigablemente ocupada, además de ver su relación de pareja como superficial porque señala no ha tenido el apoyo de su esposo desde el momento en el que se casó y que este ha sido muy cerrado en cuanto a su vida personal, además de ser celoso e inflexible y no dejarla salir, por ello no tiene muchos amigos.

Al inicio FG era indisciplinada al momento de tomar los medicamentos, ya que dejaba de tomarlos, o modificaba las dosis señaladas por el médico, porque decía que las pastillas le causan dolor de cabeza, mareos, náuseas, dolor de estómago y se sentía débil con la Metformina. En la actualidad, sigue sin agradarle la toma de medicamentos, aunque con la suma de una lesión de columna por una caída que tuvo, la usuaria los consume de acuerdo a las indicaciones médicas.

También señalaba que su familia influía para que ella consumiera comida y bebidas poco saludables, por ello opte por pedirle me permitiera proporcionar psicoeducación a su esposo e hijos, lo que acepto inmediatamente, pero esto solamente pudo darse con sus hijos, quienes acordaron llevar a cabo el plato saludable, porque su esposo no se mostró disponible. Su hijo, también se comprometió a hacer más ejercicio físico con su madre y la invitaría a comer verduras porque el sí lo hace; su hija se propuso tomar más agua y comer verduras para acompañar a su madre y para beneficio propio ya que ella no quiere engordar.

Con el apoyo de sus hijos comenzó a reflexionar acerca de su alimentación y empezó a hacer su registro, con ello se pudo percatar que debía ordenar horarios y que había varios alimentos que no debía consumir o en menor proporción, por ejemplo las tortillas y el pan, alimentos que degusta enormemente. Ahora tiene recaídas en el consumo de tortillas, pero ha aumentado el consumo de vegetales y agua, además de que su cena es más ligera. Se le dejó ver que su alimentación, la realización de ejercicio y la toma

de sus medicamentos están relacionadas directamente con su estado de ánimo, ya que en ocasiones está triste.

Hace ejercicio tres veces a la semana y ha acude a pláticas sobre la Diabetes en el centro de salud; manifiesta que después de las llamadas con sus hijos, hacen ejercicio los tres o ella con su hijo, y le han dejado de ofrecer alimentos chatarra y ellos han disminuido su consumo.

Con respecto a sus citas médicas y estudios de laboratorio, en un inicio la usuaria refería no haberse tomado la glucosa, ni la presión arterial, tampoco su peso y su talla, con el paso del tiempo refiere haber bajado sus niveles de glucosa, aunque en el intermedio estuvo a punto de inyectarse insulina.

La mejora la atribuye a la combinación de todo lo que ha hecho, como la alimentación, los medicamentos y el ejercicio, y porque señala: “me aferro a la vida, porque es bonita; lo hago por mis hijos”. Su hijo es quien la escucha y la ayuda a “ser mejor”, aunque la relación con su esposo no es tan estrecha, con el paso del tiempo este la ha apoyado más.

La participación de MAD quien la ha acompañado y apoyado con su enfermedad es de importancia para su salud tanto física y mental, así lo señala la usuaria.

Caso 4

Usuario 4 (TL)

Sexo: Femenino

Edad: 69

Fecha de Nacimiento: 17 de Junio de 1945

Nacionalidad: Mexicana

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Primaria

Religión: Católico

Dirección: Distrito Federal

Ocupación: Hogar

La usuaria presenta Diabetes tipo 2 (desde hace 9 años) e Hipertensión (desde hace 5 años); cuenta con pocas redes de apoyo, ya que su cotidianidad no la deja interactuar mucho tiempo con otras personas.

En la realización de las llamadas que por lo regular son cada quince días, porque así lo pide la usuaria, se muestra con disponibilidad, consciente, posee un lenguaje fluido y comprensible, pero en ocasiones lento y con desgana. Es una mujer con restricciones para expresar sus sentimientos y dudas de su enfermedad, resignada a la rutina, aunque señala haber querido hacer algo más en su vida, como estudiar o conocer más personas antes de casarse.

Mide aproximadamente 1.47 cm, pesa 58 kg, lo que refleja un IMC de 26.84, lo que señala sobrepeso; dice ser una persona de tez blanca, cabello medio, negro y rizado.

Intervención

En el inicio de las llamadas, la señora TL señaló que en todos los aspectos se encontraba bien, sin embargo, al trabajar el ámbito emocional, permitió que se fuera abriendo en los otros aspectos, con lo que se encontró que su estado de ánimo se ligaba con lo que hiciera su esposo, si él trabajaba mucho ella está desanimada, si él no le recordaba sus citas médicas, ella era propensa a olvidarlas, como él no le decía que es guapa, ella se siente fea y además expresa que ya era vieja y que “aunque se arreglara no iba a mejorar mucho, porque cuando uno está viejo, ya nada le queda bien” y “a estas alturas de su vida no puede hacer nada diferente que no sea dedicarse a su hogar”.

No podía expresar fácilmente sus sentimientos y cuando lo intenta lo hacía de una manera brusca y fuerte, incluso con sus nietos, lo cual le causa un sentimiento de culpa, porque en ocasiones los agredía. Con su hija, en un inicio de las llamadas la relación era negativa, ya que discutían por cosas como el aseo de la casa o la preparación de alimentos, lo cual le causaba tensión a la usuaria, por ello tomó la responsabilidad de todas las labores domésticas, y a servir a los integrantes de su familia, en especial a su esposo.

Y aunque ella dice que sus pilares son su esposo y su hija, se puede notar el enojo cuando habla de su esposo, ya que este ha mantenido una relación con otra persona desde hace 18 años, con quien también formo una familia, y ella lo sabe, además de que su hija no se encuentra la mayor parte del tiempo y no se hace responsable de su deberes.

No obstante, hemos trabajado autoeficacia, su autoestima y motivación para realizar otro tipo de actividades, ya que en cuanto su adherencia terapéutica se encuentra en una fase de mantenimiento, pero si lo emocional sigue influyendo negativamente, esto podría tener resultados perjudiciales y cambiar la fase en la que está en recaída.

En cuanto a sus hábitos alimenticios la señora tenía el hábito de ayunar, porque a su parecer desde la mañana tenía "muchas actividades domésticas que realizar"; se dio psicoeducación a lo que la señora reacciono de manera positiva y dijo que trataría de no hacerlo más. Fue un proceso de aproximaciones sucesivas, ya que hasta el momento ha tratado de evitarlo, pero aún hay ocasiones en las que "no le da hambre" y por tal cuestión no desayuna a primera hora.

También refería problemas para conciliar el sueño y mantenerlo, ya que al momento de dormir, solía recordar y repasar todos las pendientes que tenía para el día siguiente, no obstante se recomendó hacer un registro antes de dormir y se realizaron técnicas de respiración, ahora no puede conciliar el sueño sólo cuando alguno de sus nietos está enfermo y despierta en ocasiones porque desea ir al baño por el medicamento que toma antes de dormir, pero lo hace menos frecuente.

En cuanto a la toma de medicamentos lo hace en el momento que corresponden, cuida su alimentación, ya que no consume refresco y el pan ha quedado casi fuera de su dieta, así como un consumo mínimo de tortillas, y una adecuada ingesta de frutas y algunas verduras; sin embargo, hace ejercicio, pero sólo en el momento que le "sobra del día" y cuando va a las tortillas, así lo señala ella, lo cual es poco e inadecuado.

Se indagó sobre los beneficios que ha obtenido a través de la atención psicológica por medio de la línea, a lo que señala que la hemos ayudado con las dudas que ha tenido a lo largo de su proceso de enfermedad, tanto de psicología, como de nutrición y el área médica. Ya que en un inicio se encontraba en una fase de acción y ahora se mantiene con sus hábitos saludables, y en cuestiones emocionales se ha tornado más autoeficiente y motivada al cambio.

Caso 5

Usuario 5 (BE)

Sexo: Femenino

Edad: 63

Fecha de Nacimiento: 09 de Mayo de 1952

Nacionalidad: Mexicana

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Primaria

Religión:

Dirección:

Ocupación: Hogar

La usuaria padece hipertensión desde hace 10 años, y se ubica en un rango de sobrepeso, mide 1.66 cm., pesa 79 kg, lo que señala un IMC de 28.67.

Al realizar las llamadas de intervención que son por lo regular cada mes, la usuaria se muestra con poco tiempo disponibles, ya que se encuentra ocupada con las labores de su hogar, o no se encuentra en su domicilio. Presenta un estado consciente y lenguaje claro; es una mujer poco expresiva, directa y concreta al expresar sus dudas o comentarios sobre de la enfermedad.

Intervención

La intervención se vio limitada, ya que se trató de localizar a la usuaria en constantes ocasiones, sin embargo no se encontraba o estaba ocupada para

contestar la llamada; y en diferentes momentos me quedó la duda de si ella era la misma que contestaba y negaba estar presente.

Desde el inicio de la intervención la usuaria se mostró con poca disponibilidad, ya que después del saludo ella comenzaba a decir que todo estaba bien, que no había ningún problema y que se encontraba ocupada. No obstante, se trataba de enfocar en alguna situación de conflicto o de relevancia para la adherencia terapéutica, ya que podía ver ubicada a la usuaria en la etapa de contemplación.

El primer paso de la intervención fue explorar e identificar sus creencias acerca de la toma de medicamentos, asistencia a citas médicas, sus rutinas de ejercicio, su alimentación, y su estado de ánimo. En toma de medicamentos señaló que era simple, ya que no consumía varios medicamentos, y sus citas médicas estaban programadas en periodos largos así como sus estudios de laboratorio lo que se le facilitaba. El ejercicio era algo que no se le daba mucho, pero con el tiempo empezó a asistir a un grupo del centro de salud con personas de su edad, lo cual mejoró su estado de ánimo al conocer personas con su mismo padecimiento o con otras enfermedades crónicas.

Con relación a su alimentación, esta era rica en carnes rojas, grasas y carbohidratos. Lo que se logró con el paso del tiempo es el consumo de frutas y verduras, además de una ingesta adecuada de agua, mayor a un litro y medio al día, aunque sigan presentes las anteriores en menor grado, lo cual se ve reflejado en los datos de sus estudios de laboratorio que demuestran que debe seguir mejorando en este aspecto, ya que si han bajado los resultados pero no están en niveles óptimos.

Trate de seguir desarrollando junto con la usuaria alternativas para una dieta más balanceada y así poder influir en sus niveles de triglicéridos, no obstante, no le daba continuidad y para poder darles seguimiento era complejo, ya que constantemente la nutrióloga y yo no la localizábamos.

El apoyo social es otro tema importante, ya que ella no cuenta con amigos cercanos y su esposo que es con quien vive, parece estar ausente ya que ella dice que tienen diferentes intereses desde que se casaron y para no

pelear mejor cada quien hace sus cosas; además sus hijos sólo la ven como una figura de ayuda en cuestiones domésticas y no como alguien con quien compartir tiempo. Pasa tu tiempo libre realizando labores en su hogar o viendo la televisión; en este tema trabajamos diferentes alternativas de convivencia y de comunicación asertiva.

A pesar de lo complejo que resultaba poder localizar a la usuaria, se pueden notar logros en la intervención, ya que hay avances en cuanto al consumo de alimentos y realización de ejercicio, así como una mayor consciencia a las consecuencias que lleva el tener una enfermedad crónica.

Como sugerencias para el incremento de la adherencia, se debe llamar en diferentes horarios diferentes días para lograr localizar a la señora BE, y no sólo eso, sino enfrentar la situación de una manera más directa, ya que la usuaria se muestra sin interés a las consecuencias que pudiera tener su enfermedad y por tal motivo con poco compromiso al programa. Aunque esta señala que quiere seguir en MAD porque le ha ayudado mucho, cuando se indaga en qué sentido le ha ayudado, esta se muestra poco explicativa y dice que “en la enfermedad”.

TABLA DE RESULTADOS

Caso	No. de sesiones	Diagnóstico	Estado de salud	Ubicación inicial en la rueda del cambio	Ubicación final en la rueda del cambio	Autoeficacia	Pronóstico	Recursos asociados	Sugerencias
1 (JB)	28	Diabetes tipo 2 Hipertensión Obesidad	Desfavorable	Contemplación	Mantenimiento	Percibida	---	Estabilidad emocional. Mayor motivación. Mayor socialización. Mayor autocontrol. Adherencia a la toma de medicamentos.	Debido al resultado final del paciente se omiten sugerencias.
2 (GV)	26	Esclerodermia	Favorable	Mantenimiento	Mantenimiento	Percibida	Favorable	Adherencia al tratamiento medicamentoso. Dieta balanceada. Incremento de redes de apoyo. Estabilidad	Continuar en el programa de adherencia terapéutica. Seguir en el grupo de pacientes con

								emocional.	esclerodermi a del hospital general. Asistir a las citas programadas con el médico general y especialistas, así como a sus estudios de laboratorio y a su rehabilitación. Psicoeducaci ón emocional.
3 (FG)	17	Diabetes tipo 2	Favorable	Contemplación	Mantenimiento	Percibida	Favorable	Mayores conocimientos teóricos de su enfermedad. Adecuada toma de medicamentos y asistencia a	Registro de citas para laboratorio. Mayor constancia en hábitos saludables. Comunicació

								citas médicas y de laboratorio. Dieta más balanceada.	n asertiva. Independencia emocional.
4 (TL)	15	Diabetes tipo 2 Hipertensión	Favorable	Acción	Mantenimiento	Percibida	Favorable	Mayor motivación emocional. Dieta balanceada.	Continuar con el programa de adherencia terapéutica. Expresión de emociones y sentimientos. Fomentar redes de apoyo.
5 (BE)	12	Hipertensión	Desfavorable	Contemplación	Determinación	Percibida	Favorable	Dieta balanceada. Realización de ejercicio. Comunicación asertiva.	Dieta balanceada. Expresión de sentimientos. Redes sociales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el trabajo actual se constata que las personas con mayor nivel de motivación se comprometen con más frecuencia al tratamiento farmacológico-terapéutico y se apegan más a las rutinas de ejercicio y al plan alimenticio, además de tener mayor disponibilidad o deseo de cambiar (Miller y Rollnick, 1999). La autoeficacia se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para influir de manera activa y persistente en los comportamientos de prevención y manejo de enfermedades crónicas como lo son diabetes, hipertensión y esclerodermia (Simón, 1988; Abaitua y Ruiz, 1990; Garrido y Rojo, 1996).

Los resultados sustentan que altos niveles de autoeficacia se relacionan con la disminución de síntomas psicológicos asociados a las enfermedades crónicas. Por lo anterior es importante poder identificar en los usuarios el nivel de motivación en el que se encuentran y el compromiso que tienen para seguir en el programa de adherencia terapéutica, así aumentar la motivación para el cambio, (Miller y Rollnick, 1999). Ya que el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control (Rivas, García, Cruz, Morales, Enríquez y Román).

Los pacientes crónicos por lo general sufren de estrés psicológico debido a que se enfrentan a una enfermedad que cambiará su vida y que puede acortarla, además de que deberán cuidar más su salud siguiendo las indicaciones del médico, lo que implica realizar cambios en su estilo de vida (Pineda, Bermúdez y Cano, 2004). Por tal motivo la intervención está encaminada a fomentar un sentido de motivación y autoeficacia, lo que permitió a los usuarios adoptar un papel activo en el control de su enfermedad, para lo cual se brindaron sesiones que además de contemplar el componente psicoeducativo de los aspectos elementales de la enfermedad, se tomaron en cuenta el desarrollo de las habilidades sociales y de autorregulación, así como el reconocimiento de pensamientos y emociones para favorecer la correcta adherencia al tratamiento en cada usuario.

Como se pudo notar en el seguimiento con los usuarios, el desarrollo de habilidades de reconocimiento de emociones y control de estas fue favorable

para lograr una mejor adherencia terapéutica. Como la usuaria TL que tiene poco contacto con personas que no sean de su familia y que recibe poco cariño de su esposo, se trabajaron estos temas, y fue esta después de ese momento cuando comenzó a referir datos libres de sus emociones y su enfermedad; como se menciona en el marco teórico, cuando se disminuyen los niveles de ansiedad, tristeza o estrés esto contribuye favorablemente a la adherencia (Ledón, 2012; Rivas, García, Cruz, Morales, Enríquez y Román, 2011).

Así mismo se exploraron situaciones concretas de alto riesgo en las que pueden producirse recaídas y se ensayaron alternativas para resolverlas (Rodríguez, 1999). Cuando concientizamos a las personas con respecto a su enfermedad y fomentamos el sentido de autoeficacia mediante el entrenamiento de las habilidades requeridas para el manejo de la misma, las personas con diabetes, hipertensión y esclerodermia contarán con un mayor control sobre ellos mismos, percibirán mayor competencia y capacidad para resolver problemas, pues tendrán más herramientas que les permitan motivarse y generar cambios en su comportamiento a favor de conductas que benefician el correcto control de su padecimiento, como lo es la práctica de actividad física y el plan alimenticio indicado para cada usuario, la toma de medicamentos y la asistencia a sus citas médicas (Bandura, 1977; 1986; 1989; Pajares, 1997; Bandura, 1989; Valiante, 2000).

Como varios estudios han puesto de manifiesto, los lazos sociales actúan no solo como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que sobre la salud pueden producir determinados acontecimientos de la vida (Buendía, 1991; Cortes y Cantón, 1999; en: Ortego, López y Álvarez, 2010). Ya que la experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es su entorno familiar, el cual tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado. Por lo anterior se recomienda considerar grupos de apoyo en las intervenciones terapéuticas y trabajar con los familiares y/o cuidadores primarios como sucedió con los familiares de la usuaria FG.

Otros de los factores asociados al paciente, son el deterioro sensorial y cognitivo que limitan la adherencia, ya que no permiten que el paciente obtenga o procese la información cuando se le imparten instrucciones o se le retroalimenta (Palop y Martínez, 2004; Silva et al. 2005); como se pudo observar con el usuario JB, ya que no tenía buena retención de memoria, lo cual contribuía que olvidara la toma de medicamentos o las indicaciones terapéuticas y médicas, además solía complicársele el hacer notas ya que su coordinación motriz no era la adecuada y ya no recordaba cómo escribir ciertas palabras.

Asimismo, se sugiere dar continuidad a las intervenciones que buscan incrementar la adherencia a corto, mediano y largo plazo, dado que la adherencia inicial no es un indicador de que se mantenga en el tiempo, sino que gira como una rueda del cambio y puede pasar por las mismas fases varias veces, como lo mencionan Prochaska y DiClemente (1982).

Se hace énfasis en que la diabetes, la hipertensión y la esclerodermia son enfermedades complejas, con diversos factores que influyen en la falta de adherencia, algunos de los cuales no son susceptibles de modificar como son factores demográficos, socioeconómicos y de los sistemas de salud, por lo que la intervención planeada puede generar un impacto en la adherencia pero no en su totalidad (Silva, Galeano y Correa, 2005; Ortego, López y Álvarez, 2010).

Finalmente se hace hincapié en que la adherencia debe contemplarse como un fenómeno complejo y dinámico en cual está influido por múltiples variables que son susceptibles de cambiar con el paso del tiempo, por lo que es de suma importancia considerar en las futuras intervenciones todos los factores susceptibles de ser modificados y no sólo centrarse en aquellos que tengan que ver con errores atribuibles al usuario. Además de estar conscientes de que las enfermedades crónicas son padecimientos que no tienen cura, sin embargo, pueden ser controlables y mantenerse así por muchos años, gracias a los cuidados, por ello me parece importante señalar que los usuarios del presente reporte sigan en MAD ya que en el programa Adherencia Terapéutica se brindan herramientas necesarias para tener una mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Como principales recomendaciones o sugerencias para futuras investigaciones o programas de intervención, el tema de validación emocional es un elemento de suma importancia en la atención a los pacientes, como se ha visto en el desarrollo de las sesiones descrito en el presente trabajo, por lo que se sugiere tendría que ser introducido en el curso de inducción en MAD. Al mismo tiempo que la validación emocional, la autopercepción, tanatología y comunicación asertiva, serían una alternativa también a considerar en cursos de capacitación continua, para mejorar la atención de los pacientes y su motivación al cambio, lo que repercute en su calidad de vida.

La capacitación constante del área médica favorece y dotará de mayor conocimiento sobre las enfermedades, etiología y atención, lo que facilitará el poder dar un diagnóstico temprano y la identificación de pacientes con un incremento en el riesgo de presentar una enfermedad crónica degenerativa y una progresión anticipada, así como proporcionar un tratamiento oportuno y eficaz.

Dentro de las áreas de oportunidad en el proceso de servicio social, afianzar la disposición y compromiso por parte de los prestadores de servicio, para mantenernos en el cumplimiento de las horas pactadas en un inicio, así como los días establecidos, hará que la atención a los pacientes se mantenga en un continuo de calidad.

También es importante impulsar más campañas que tengan impacto en la población de la ciudad de México, e invertir para que la línea de Medicina a Distancia sea vista como una línea preventiva para usuarios propensos a enfermedades crónicas, lo que impactará en la salud de la población en corto, mediano y largo plazo.

Además de favorecer la inversión en campañas para dar a conocer la línea como se ha estado realizando mediante espectaculares o en la red del metro, hará que gradualmente sea más conocido el programa de Adherencia Terapéutica, ya que por el momento es poca la visibilidad que tiene dentro de la población.

REFERENCIAS

- Aguilera, M. G. (2009). *Adhesión a las prescripciones terapéutica en el paciente crónico*. Tesis doctoral. Universidad de Almería, España.
- Alonso, M. A., Arroyo J. Ávila L., Aylon R., Gangoso A., Martínez H., Mateo C., Morera T., Pérez A., Rodríguez C., Saiz L., Sevillano M. & Siguin R. (2006). *Adherencia Terapéutica*. Boletín Electrónico Salud Madrid: Notas Fármaco Terapéuticas, Vol. 13, Numero 8, 31-38. Editores Servicio Madrileño De Salud, Gerencia De Atención Primaria. Recuperado en: www.infodoctor.org/notas/NF2006-8.pdf.
- American College of Rheumatology. (2013). *Esclerodermia (también conocida como esclerosis sistémica)*. Atlanta. Recuperado de [https://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Scleroderma_\(also_known_as_systemic_sclerosis/](https://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Scleroderma_(also_known_as_systemic_sclerosis))
- Bados, L. A. (2008). *La interacción psicológica: características y modelos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España
- Bandura, A. (1986). *From thought to action: mechanisms of personal agency*. New Zealand Journal of Psychology, 15, 1-17.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman
- Boraita A., Bano A., Berrazueta, F., Lamiel, A., Luengo, F., Manonelles, M. y Pons, I. (2000). *Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiópata*. Revista Española de Cardiología. Centro Nacional de Medicina el Deporte. Madrid, 53, 684-726.
- Cabrera, G. A. (2000). *El modelo transteórico del comportamiento en salud*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 18(2), 129-138.
- Carrillo, M. (s/f). *El papel de las líneas de orientación telefónica en la prevención de adicciones*. Consejo Nacional Contra las Adicciones.

- Vera, J. A. (1999). *Creencias relacionadas con el uso de servicios pediátricos en madres de las zonas urbanas de México*. Universidad de Sevilla, Centro de investigación en alimentación y desarrollo, Sonora, México. 17(1), 127-136.
- De León, C. A. (2012). *Medicina a Distancia. Llamada un millón*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/telemedicina/NOTA_LLAMADA_UN_MILLxN.pdf
- Díaz, P. R. (2014). *La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud*. Revista Griot, 7 (1), 73-84.
- Fábregues, G. (2011). *Manual del paciente hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes*. Recuperado de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2011/12/manualpacientehipertenso.pdf>
- Federación Mexicana de Diabetes. (ENSA). (2012). *Diabetes en México: Encuesta Nacional en Salud y Nutrición 2012*. Recuperado en http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
- Flores, N. M. (2010). *Ansiedad en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Estado de México, México.
- Gamboa, F., Gómez, E., Villar, E., Sánchez, J., Mayoral, L. y López, R. (2002). *Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores*. Rev. Clínica Española, 202 (4), 187-196.
- García, B. D. (2000). *Hipertensión arterial*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Garrido, I. y Rojo, C. (1996). *Motivación, cognición y rendimiento*. Revista de psicología general y aplicada, 49 (1), 5-12.
- Garza, R. V., Villareal, A. M. y Ocampo, C. J. (2011). *Etiopatogenia y tratamiento de la esclerodermia. Conceptos actuales*. Rev Med Inst, 51(5), 50-57.

- Gil, L. E., Sil, M. J., Domínguez, E. R., Torres, L. y Medina, J. H. (2013). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 697-707.
- Herrera, R. G. (2010). *Relación entre la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo y el consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, Distrito Federal, México.
- Hoyos D. T., Arteaga H. M. y Muñoz C. M. (2011). *Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar*. Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia, 29, 194-203.
- International Diabetes Federation (IDF). (2013). *Diabetes Atlas*. (6th edition). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Instituto Nacional de Salud Pública (ENSANUT). (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. Recuperado en http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
- Instituto Poblano de la Mujer. (sf). *Modelo de atención de la línea telefónica en casos de violencia familiar*
- Ledón, L. (2012). *Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad*. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23 (1); 76-97.
- Lewinsohn, P.; Rosenbaum, M. (1987). *Recall of Parental Behavior by Acute Depressives, Remitted Depressives and Nondepressives*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 611 - 619.
- LOCATEL. (2015). Página oficial. Recuperado el 26 de julio de 2015 en <http://www.locatel.df.gob.mx/>
- Lustman, P. J., Anderson, R., Freedland, K. E, de Groot, M., Carney, R. M. y Clouse, R. E. (2000). *Depresión and poor glycemic control: a metaanalytic review of the literature*. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.



- Martin, L. (2004). *Acerca del concepto de adherencia terapéutica*. Revista cubana salud pública, 30(4), 350-352.
- Medicina a Distancia. (2014). *Carpeta didáctica para adherencia terapéutica*. México, Distrito Federal: Secretaria de Salud.
- Medicina a Distancia. (2015). *Testimonio de Medicina a Distancia Telemedicina*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/telemedicina/TESTIMONIO_DE_MEDICINA_A_DISTANCIA.pdf
- Mejía, G., Sánchez, R. C. y Sánchez, R. J. (2006). *Propuestas de mejora en el Departamento Central Telefónica 075 Tel Mujer*. Trabajo final presentado en el Diplomado en Políticas de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. Instituto Poblano de la Mujer/ Caminos Posibles s. c. Puebla, Puebla.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España: Paidós.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). *El Modelo de Creencias de Salud: Revisión teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3(1), 91-109.
- Olaz, F. (2001). *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional*. Trabajo de grado. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Organización Mundial De La Salud (OMS), 2004. *Proyecto sobre adherencia terapéutica a los tratamientos a largo plazo*. Recuperado de <Http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Diabetes*. Recuperado el 03 de abril de 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Orihuela, D. (2005). *Manual de operación para el personal de Línea Telefónica de emergencia de Ciudad Nezahualcóyotl. Secretaría de Desarrollo Social del Ciudad Nezahualcóyotl/Programa Hábitat de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)*. Estado de México, México.

- Ortego, M., López, G. S. y Álvarez, T. M. (2010). *La Adherencia al Tratamiento*. Curso en línea de la Universidad de Cantabria, España. http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf
- Ortiz, G. R. y Ortega, E. (2011). *Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias de salud*. *Psicología y Salud*, 21 (1), 79-90.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). *Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1 (4), 185-192.
- Oviedo, M. A., Espinosa, F., Reyes, H., Trejo, J. A. y Gil, E. (2003). *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41 (1), 27-46.
- Pajares, F. y Valiante, G. (1997). *The predictive and mediational role of the writing self-efficacy beliefs of upper elementary students*. *Journal of Educational Research*, 90, 353-360.
- Palop, L. y Martínez, M. (2004). *Adherencia al tratamiento en el paciente anciano*. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 28; 113-120.
- Pervin, A. L. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pineda, N., Bermúdez, V. y Cano, C. (2004). *Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2*. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 74-78.
- Moraga, C. (2008). *Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial*. *Revista costarricense de cardiología*. Costa Rica, 10, 19-23.
- Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enríquez, R. M. y Román, J. (2011). *Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2*. *Salud en Tabasco*, 17 (1-2), 30-35.
- Rodríguez, O. G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: UNAM, Facultad de Psicología: Miguel Ángel Porrúa.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

- Rodríguez, H. M. (2012). *La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial*. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 13, 142-156.
- Rosenstock, I., Strecher, V. y Becker, M. (1988). *Social Learning Theory and the Health Belief Model*. *Health Education Quarterly*, 15 (2), 175-183.
- Sánchez, S. (2005). *Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas*. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 29, 40-48.
- Secretaria de Salud. (2000). *Líneas telefónicas de apoyo y orientación: Telsida-Diversitel*. Boletín, recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2000/09/08/ls-boletin.html>
- Secretaria de Salud. (2001). *Programa de Acción: Diabetes Mellitus*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf
- Secretaria de Salud. (2008). *Hipertensión arterial: una enfermedad silenciosa*. Folleto, recuperado de <http://vpn.salud.df.gob.mx:88/portalsspdf/diabetes/hipertension.pdf>
- Secretaria de Salud. (2010). *Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Esclerosis Sistémica*. México. Recuperado de www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- Secretaria de Salud. (2015), Portal, recuperado de <http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/mdsedesa>
- Silva, G., Galeano, E. y Correa, J. (2005). *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia*. *Acta Médica Colombiana*. Asociación Colombiana de Medicina Interna, 30, 268-273.
- Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono SAPTEL. (2009), reporte semestral, recuperado de <http://www.saptel.org.mx/anexos/anexo2/REPORTE%20SEMESTRAL%202009.pdf>
- Tébar, M. F. y Escobar, J. F. (2010). *La diabetes mellitus en la práctica clínica*. Madrid: Médica Panamericana.

- Tierney, L., McPhee, S. y Papadakis, M. (2006). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. (41ava edición). D. F. México: El Manual Moderno. 359-366
- Thombs. B. D., Taillerfer S. S., Hudson, M. y Baron, M. (2007). *Depression in patients with systemic sclerosis: a systematic review of the evidence*. *Arthritis Rheum*.
- UNAM. (2012). *La UNAM abre al público servicio de Call Center para atención psicológica*, Boletín DGCS-220, recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_220.html
- Valiante, G. (2000). *Writing Self-efficacy and Gender Orientation. A developmental Perspective*. A Dissertation Proposal. Emory University, Atlanta.
- Varela, M. T. (2010). *El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial*. *Pensamiento psicológico*, 7 (14), 127-139.
- Walker, R. y Rodgers J. (2005). *Diabetes: guía práctica para el manejo de la salud*. México: Diana.
- Weinstein, N. D. y Nicolich, M. (1993). *Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors*. *Health Psychology*, 12(3), 235-245.
- Zeldin, A. (2000). *Review of Career Self-efficacy Literature*. Disertación Doctoral. Universidad de Emory, Atlanta.