



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A
DISTANCIA

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

LA MOTIVACIÓN COMO FACTOR PRINCIPAL DE LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LAS ENFERMEDADES
CRÓNICO-DEGENERATIVAS: ESTUDIO DE CASO.

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
VASTI ARANDA LÓPEZ

Directora: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

Secretario: Mtro. Iván Romero De la Rosa

Vocal: Lic. María Cristina Canales Cuevas



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 9 de junio del 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

“Cuanto mayor es la lucha, más grande es el triunfo”

-Nick Vujicic-

Antes que nada, mi eterno agradecimiento a Dios, a ese ser supremo que me permitió la existencia dándome la oportunidad de cumplir este sueño, día y noche me cuidó, me protegió, me dio fuerza y salud cuando el agotamiento parecía derribarme, me sostuvo en su mano para no perder la fe y me dio la capacidad para poder culminar esta etapa en mi vida. ¡GRACIAS DIOS!

A mi guía y gran maestro NJG por inculcarme los valores necesarios para salir adelante, por ser mi inspiración para alcanzar mis metas, Dios le pague a mi familia por impulsarme y animarme en mi caminar, por ser ejemplo de esfuerzo, superación, humildad, lucha y trabajo, enseñándome a valorar todo lo que tengo, pero, también a tener espíritu de valentía para alcanzar mis metas, fomentando el deseo de superación, ustedes han sido mi pilar y me han acompañado en todo momento de mi formación, Gracias y Dios les pague por creer en mí.

A mis grandes y entrañables amigas, Bere, Luz, Paloma, Lety, compañeras y guerreras en esta lucha, siempre tuvieron las palabras adecuadas para impulsarme y compartir sus conocimientos conmigo, las quiero y les admiro mucho.

A la Universidad Autónoma de México, a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia SUAYED, por la oportunidad de pertenecer a nuestra máxima casa de estudios y brindarme las herramientas y conocimientos necesarios para mi formación académica.

A mi Estimada Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza a la cual admiro mucho, gracias por su paciencia, dedicación, compromiso, apoyo y dirección en la elaboración de mi manuscrito, gracias por compartir y sembrar esa semilla de conocimiento y sabiduría de tan linda profesión.

A todos aquellos que iniciaron conmigo este camino, pero hoy ya no están a mi lado, les llevo en mi corazón.

DEDICATORIA

A mis padres, Pablo y Margarita, ustedes han sido mi inspiración para poder culminar esta etapa en mi vida, este logro es más suyo que mío, después de haber estado al borde de la muerte, hoy Dios nos permite estar juntos y ver cumplido este sueño.

A mis hermanos Pablo y Andrés, Benjamín, les agradezco el acompañamiento en las noches de desvelo y los momentos en los que recurrí a ustedes para que me enseñaran a manejar herramientas tecnológicas que para mí eran desconocidas, por escucharme pacientemente, consolarme y alentarme a seguir, a mis hermanas Gloria y Madaí por ser mis compañeras de vida, aun en la distancia me animaron y creyeron en mí.

A mi gran amiga Bere, por tus enseñanzas y por ayudarme a descubrir mis fortalezas, siempre con actitud positiva buscabas la forma de distraerme y animarme cuando más estresada me sentía, fuiste mi salvavidas cuando mis padres enfermaron.

A mis valiosas y queridas mosqueteras, amigas y compañeras de esta etapa, Luz, Paloma, Lety, con las que viví muchas anécdotas en las noches de desvelo, por inyectarme fortaleza cuando ya quería darme por vencida, gracias por el aprendizaje que cada una de ustedes me dejó.

Mi querida abuelita Paz, mujer guerrera que a sus 91 años sigue dando lecciones de vida, a todos ustedes muchas gracias por acompañarme y motivarme en esta etapa de mi vida.

Con admiración y respeto a la Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza, por apoyarme de principio a fin en la elaboración de este manuscrito, siempre estuvo atenta a aclarar mis dudas, me oriento pacientemente para ver finalizado este proyecto.

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
DEDICATORIA	2
RESUMEN	5
1.1 INTRODUCCIÓN	6
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.3 OBJETIVO GENERAL	8
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
1.5 JUSTIFICACIÓN	9
1.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	10
1.7 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.8 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	12
2 MARCO TEÓRICO	13
2.1 DEFINICIÓN DE MOTIVACIÓN	13
2.2 CONDUCTA HUMANA Y CICLO MOTIVACIONAL	14
2.3 EL CICLO MOTIVACIONAL	16
2.4 TIPOS DE MOTIVADORES	17
2.5 PRINCIPALES TEORÍAS Y MODELOS DE LA MOTIVACIÓN	18
2.6 TEORÍA DE LA JERARQUÍA DE NECESIDADES DE ABRAHAM MASLOW (1943)	18
2.7 MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL	20
2.8 DEFINICIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	21
2.9 IMPLICACIONES PSICOSOCIALES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	21
2.10 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS	23
2.11 INVESTIGACIONES PREVIAS DE LA MOTIVACIÓN COMO FACTOR PRINCIPAL EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS	25
2.11.1 Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones	25
2.11.2 Un Enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato	27
2.11.3 Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad	29
2.11.4 Intervenciones Conductuales: Sobre el comportamiento y motivación del paciente en la adherencia terapéutica de las enfermedades crónico-degenerativas	31
2.11.5 El modelo transteórico y Adherencia Terapéutica en Adolescentes con Diabetes	32
2.12 PROPÓSITOS DERIVADOS DE INVESTIGACIONES PREVIAS	34

3	MARCO METODOLÓGICO	35
3.1	MÉTODO CUALITATIVO	35
3.2	DISEÑOS FENOMENOLÓGICOS	36
3.3	TÉCNICA DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
3.3.1	<i>Entrevista a Profundidad</i>	36
3.4	MARCO TEÓRICO INTERPRETATIVO	37
3.5	MÉTODO	38
3.6	PARTICIPANTE Y ESCENARIO	38
3.7	DESCRIPCIÓN DEL CASO	38
3.7.1	<i>Motivo de la Consulta:</i>	39
4	ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
4.1	CATEGORÍAS LIMITANTES QUE IMPIDEN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA (PROCESO MOTIVACIONAL DE ALS)	44
4.2	DISCUSIÓN	50
5	PROPUESTAS	52
6	CONCLUSIONES	54
6.1	LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	56
	REFERENCIAS	57
	APÉNDICES	65
	“CONSENTIMIENTO INFORMADO”	66
	ENTREVISTA	67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Etapas del proceso de cambio en la adherencia terapéutica de ALS, según el modelo Transteórico.	41
Tabla 2. Tabla de categorías de análisis.....	45

Resumen

En el presente escrito se expone el caso de un joven de 34 años de edad a quien le diagnosticaron Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, se aborda su caso en una unidad de primer nivel de atención médica, con el objetivo de investigar la importancia y el papel que juega la motivación en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, la metodología utilizada es de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, la técnica empleada para recopilar información es la entrevista a profundidad.

Resultó de interés este tema dado el impacto psicológico que tiene en el paciente el ser diagnosticado con alguna enfermedad crónica, todo ser humano hombres y mujeres construimos una forma de vida de acuerdo a nuestra cultura, valores, enseñanzas, creencias, percepciones y estilos de crianza, es decir que la mayoría de nuestros comportamientos humanos están motivados por estilos que adoptamos.

Dentro de los objetivos específicos se buscaba determinar las principales condiciones motivantes del paciente para lograr adherencia terapéutica, así como promover intervenciones psicoeducativas para motivar el autocuidado.

En cuanto a los resultados se encontró que la negación a la enfermedad es la principal barrera a la que se enfrentó el paciente, ocasionando afecciones emocionales que limitaban adoptar patrones conductuales y que potencializarán el autocuidado, la actitud es un punto clave en la adopción y mantenimiento de comportamientos positivos o negativos, la adecuada funcionalidad familiar permite adaptabilidad para el control de la enfermedad, los grupos de ayuda mutua resultan una herramienta valiosa para compartir experiencias e inquietudes, sensibiliza al autocuidado, a través del conocimiento, riesgos e implicaciones de la enfermedad.

Palabras clave: cultura, creencias, percepciones, negación, autocuidado.

1.1 Introducción

El tema que se abordará en el presente trabajo es la importancia de la motivación como factor principal en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Y se centra a partir de la fenomenología con el objetivo de conocer la relevancia que tienen los grupos de ayuda mutua como principal factor motivacional para aumentar la adherencia terapéutica promoviendo una mejor calidad de vida.

Se seleccionó este tema debido al impacto que tiene la motivación como factor influyente en la conducta humana, es bien cierto que la motivación ha sido estudiada desde diferentes campos científicos, dentro de la psicología la palabra motivación fue acuñada desde la antigüedad por Descartes, donde él manifestaba que el cuerpo corresponde a un elemento pasivo de la motivación y la voluntad, a un elemento activo, por lo cual la voluntad se destaca como la fuerza motivadora por excelencia y hoy en día, la palabra motivación se usa para explicar la conducta de las personas (Herrera & Flórez, 2020).

A través de esta se pretende aportar información sobre estrategias e intervenciones psicoterapéuticas que sean de fácil acceso para los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que permitan ayudar a elevar la motivación y la adherencia terapéutica, y como fin mejorar su calidad de vida.

La metodología que se empleará es de tipo cualitativo, dado que el interés nace de la comprensión de un fenómeno social que va desde lo particular hasta lo general, de manera que se emplea el método fenomenológico, tratando de describir y comprender las experiencias, opiniones y sentimientos de un joven de 34 años de edad, con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial sistémica con la finalidad de encontrar un factor motivacional para lograr adherencia terapéutica, para ello se emplea la entrevista a profundidad.

El principal objetivo de este trabajo, es investigar la relevancia y el papel que juega la motivación en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, dentro de los objetivos específicos se busca determinar las principales condiciones motivantes del paciente con enfermedad crónica degenerativa para lograr adherencia terapéutica.

Y por último promover intervenciones psicoeducativas para motivar el autocuidado en las enfermedades crónico degenerativas.

1.2 Planteamiento del Problema

Tal y como lo dijera el Doctor Charles Everett Koop (1916-2013), reconocido cirujano pediatra estadounidense y experto en salud pública. “Los medicamentos no funcionan en los pacientes que no se los administra”. (Ortega, Sánchez, Rodríguez & Ortega, 2018, Párr. 3).

La falta de interés por parte de los pacientes para lograr adherencia terapéutica en las enfermedades crónico degenerativas es un reto cotidiano al que se enfrenta el sistema de salud a nivel mundial, siendo este tema objeto de interés y múltiples investigaciones que buscan mejorar de manera importante la condición clínica de los pacientes, disminuyendo el riesgo de padecer complicaciones, la principal intervención efectiva para lograr adherencia terapéutica requiere de tres aspectos básicos: la educación al paciente sobre el autocuidado, comunicación e información clara del proceso de la enfermedad entre personal médico, familia y paciente.

Los cambios de estilo de vida y la mayor esperanza de vida en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México, la pérdida de la salud conlleva una serie de alteraciones en distintos ámbitos; en particular como se aborda en la presente investigación las enfermedades crónico degenerativas siguen siendo uno de los principales temas de interés para el sistema de salud para lograr que los pacientes con este tipo de enfermedades logren adherirse a su tratamiento

Pero valdría la pena indagar ¿Y por qué ocurre? Que los pacientes estén poco motivados en lograr adherirse a su tratamiento, resulta interesante analizar las principales variables implicadas en la motivación, estas variables hacen referencia a aspectos fisiológicos, así como a las diferentes características de personalidad, factores cognoscitivos, reacciones emocionales o patrones conductuales y que son los que determinaran la producción de una conducta característica con una determinada dirección e intensidad. (Chóliz, 2004).

1.3 Objetivo General

- Investigar la importancia y el papel que juega la motivación en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Determinar las principales condiciones motivantes del paciente con enfermedad crónico degenerativa para lograr adherencia terapéutica.
- Promover intervenciones psicoeducativas para motivar el autocuidado en las enfermedades crónico degenerativas.

La motivación es un proceso psicológico que da inicio a la ejecución de una acción y la mantiene en dirección al logro de un objetivo, o cumplimiento de una meta, estas acciones determinan que la acción pueda sostenerse, o, por lo contrario, pierda interés en ejecutarlas en un tiempo futuro, lo que permite comprender que se trata de un proceso desencadenante, de dirección y de mantenimiento de la conducta (Gil- Navarro, 2007).

Dentro del proceso de salud enfermedad, la importancia creciente que tienen los hábitos de comportamiento propios de un estilo de vida, se vuelven factores sustanciales de protección de la salud o, al contrario, en factores de riesgo de enfermedad y de muerte en pacientes con diversas enfermedades, pero principalmente en enfermedades crónico degenerativas.

Inevitablemente nos enfrentamos a una realidad innegable, en el proceso de salud enfermedad dado que la gente, a pesar de saber los beneficios, riesgos y complicaciones de tener o no adherencia terapéutica, realiza acciones que son perjudiciales e incrementan el riesgo de tener complicaciones en las enfermedades crónico degenerativas. Por ello nace el interés de conocer. ¿Cómo podemos fomentar la motivación, para que el paciente desarrolle intervenciones benéficas para mejorar la salud y la calidad de vida?

1.4 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la importancia de la motivación dentro de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico degenerativas?

1.5 Justificación

Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa, sin duda alguna en ese momento atraviesa por etapas de estrés, depresión y de ansiedad siendo este último el que más prevalece, aunque puede ser que en el transcurso de algún tiempo esta situación la supere y/o aprenda a controlar o regular sus estados emocionales. (González, Tinoco, Benhumea, 2011, p. 261).

El vivir con una enfermedad crónica requiere de un ajuste en el contexto del día a día, tanto en su contexto familiar, personal y social, pues es ahí donde el paciente con enfermedad crónico degenerativa significa y da sentido a lo que le ocurre a partir de su propio lenguaje, es decir, el paciente conceptualiza que el padecer una enfermedad crónica es sinónimo de una situación irremediable, irreversible o en el peor de los casos condena a muerte, lo que a su vez origina y potencia el dolor y el sufrimiento sobre el hecho del que no tiene control.

En el caso que nos ocupa en la presente investigación de la motivación como factor principal en la adherencia terapéutica de enfermedades crónico degenerativas, la mayoría de los pacientes cuando son diagnosticados con enfermedad crónico degenerativa, asumen un rechazo contundente, dado que las personas con enfermedades crónico degenerativas y su red más cercana tienen que aprender a vivir cotidianamente y durante el resto de su vida con síntomas y cambios físicos, afecciones emocionales, como: temores, angustia, tristeza y culpa, son varios retos y barreras a las que se deberán enfrentar.

Por ello uno de los principales motivos de esta investigación es concientizar a un joven de 34 años de edad con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, sobre la importancia que tiene la motivación para lograr adherencia terapéutica y ayudar a mejorar su calidad de vida, de esta manera se pretende conocer de qué forma influye la motivación ante la actitud y estrategias del paciente dentro del proceso de salud- enfermedad, se pretende potencializar la motivación mediante la incorporación a un grupo de ayuda mutua.

El impacto emocional que surge frente a las enfermedades crónicas en este tipo de pacientes está relacionado a la incertidumbre y lo impredecible del proceso de enfermedad,

por una parte, el estrés afectivo que genera, la pérdida de autonomía, este último se da más en adultos mayores con enfermedades crónicas como insuficiencia renal, o amputación de algún miembro torácico o pélvico, además del estigma social por los daños y cambios en su cuerpo, factores culturales, ambientales, y hasta cambios en la parte de su religiosidad o lo que considere su parte espiritual.

De manera que el dolor y el sufrimiento en pacientes y sus familias con enfermedades crónico degenerativas son vivencias afectivas fundamentales del ámbito emocional y relacional de los seres humanos, así como tenemos la necesidad de compartir nuestro placer, así mismo el dolor y el sufrimiento también deseamos compartirlo, mientras que el dolor que experimentan los pacientes con enfermedades crónico degenerativas tiene que ver con la sensación de un daño o lesión corporal, por otra parte, el sufrimiento hace referencia a la pérdida o carencia de un bien, como la autonomía, solo por mencionar un ejemplo, o a la pérdida o ausencia de un ser querido.

1.6 Consideraciones Éticas

De acuerdo al código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2002). En el apartado de competencia y honestidad en el artículo 1. Se señala que los servicios, la enseñanza, y la investigación que realice el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válidos y confiables, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña en la investigación debe corresponder directamente con la educación, formación experiencia supervisada o profesional que haya recibido formalmente durante su preparación académica. De la misma manera en el artículo 8, el psicólogo es responsable de la conducción ética de la investigación que realiza o la de otras personas bajo su supervisión o control.

El psicólogo permite a los investigadores y ayudantes a desempeñar sólo aquellas tareas para las cuales hayan recibido la capacitación y preparación apropiadas. Como parte del proceso de desarrollo e implementación de proyectos de investigación, el psicólogo consulta con expertos respecto a cualquier población especial, como personas pertenecientes a culturas distintas a la suya propia.

Por tal motivo el psicólogo toma las medidas razonables para evitar dañar a sus pacientes o clientes, participantes en investigación, estudiantes y otros con quienes trabaje, y para minimizar el daño cuando éste sea previsible e inevitable.

En lo que respecta a los principios básicos de la investigación ética, el mantenimiento de la intimidad se relaciona con varias inquietudes, pero lo hace de manera más directa con el anonimato, el anonimato significa que los registros no pueden vincularse con nombres, la confidencialidad se mantiene cuando cualquier cosa que se averigua acerca del participante se mantiene en el más estricto secreto. Esto implica que, si es necesario, hay que disfrazar la información (lo cual también se relaciona con el anonimato) y, sobre todo, que todos los datos se deben mantener en una situación controlada, en cuanto a la protección contra daños, ante todo, se debe evitar que los sujetos sufran algún daño físico o psicológico. Si antes de comenzar hay alguna duda respecto a la posibilidad de un riesgo significativo (relativo a los beneficios), no se deberá aprobar el experimento ante todo se deben valorar los riesgos y los beneficios.

De tal manera, nunca, por ninguna razón, debe obligarse a la gente a participar, ante todo trabajo de investigación es requisito la elaboración del consentimiento informado dado que es una herramienta que por sí sola asegura un comportamiento ético, sin duda, todo proyecto de investigación que utilice participantes humanos debe incluir un formato de consentimiento informado el cual leerá y firmará cada participante o la persona que autorice la participación (en el caso de una persona menor de edad, el padre de familia firmaría el formato de consentimiento informado).

1.7 Alcances de la Investigación

Dentro de los alcances de esta investigación, el tener el fácil acceso, la disponibilidad y la motivación del paciente para participar en este proyecto, permite un mayor acercamiento a la percepción que tiene ALS sobre la enfermedad que padece, de manera que a través de la interpretación de lo que escuché y observé en el grupo de ayuda mutua al cual se incorporó ALS, permite examinar lo particular de cada integrante del grupo y los elementos que se tienen en común de tales vivencias, inquietudes y dudas sobre el tratamiento que cada uno

de ellos tiene para el control de la enfermedad crónica que padecen, y que son reflejadas en el grado de motivación para asistir a los talleres de psi-coeducación, de esta manera se refleja en comportamiento y conductas de autocuidado en la adherencia terapéutica, esto permite dar cuenta como el proceso de las enfermedades crónico degenerativas se vive de manera diferente en personas jóvenes que en los adultos mayores ambos tratan de adaptarse a su nueva forma de vida, en algunos de los participantes se refleja un fuerte desgaste emocional, por ejemplo, en el caso de los adultos mayores que tienen diagnóstico de enfermedades cronicodegenerativas, parte de ellos pierden interés en la adherencia terapéutica y es más difícil cuando no hay apoyo por parte de la familia.

Quizá, se ha tenido la noción de que nuestras emociones, la forma en la que expresamos nuestras creencias y percepciones, así como la manera en cómo nos relacionamos con los demás, pueden estar inmersas y reflejadas en nuestra calidad de vida, hasta hace poco no se tenía una comprensión de los factores fisiológicos, cognitivos, sociales, y conductuales que pueden ayudar a explicar la influencia de las percepciones y emociones en la adherencia terapéutica y la calidad de vida en las enfermedades crónico degenerativas.

Sin embargo, hoy al realizar un acercamiento al contexto tal y como viven los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas su proceso de enfermedad y adherencia terapéutica, permite dar cuenta que la familia es un componente esencial para la comprensión de los fenómenos familiares en su totalidad y lo considera como punto de referencia teórica para el estudio de la familia como principal motivador en la adherencia terapéutica.

1.8 Limitaciones de la Investigación

Al ser una investigación cualitativa no se pueden realizar generalizaciones en los resultados, para ello valdría la pena realizar estudios con metodología mixta, en donde se considere a la familia como unidad de análisis, dado que juega un factor determinante en la adherencia terapéutica, pues la familia es un sistema abierto que se encuentra en constante interacción dinámica y particular, donde, lo que le pasa a uno le puede afectar al otro, o al grupo en su totalidad, lo cual hace necesario la búsqueda de autorregulación en el sistema familiar para preservar el equilibrio y una buena dinámica motivacional en la adherencia terapéutica de las enfermedades crónico-degenerativas.

2 MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se definen conceptos como la motivación, haciendo alusión a todo lo relacionado a ella y al proceso de la motivación, dentro de la motivación haremos referencia a las necesidades humanas, la conducta de los individuos. Así mismo del cumplimiento de metas que son más fáciles de alcanzar por medio de la motivación.

2.1 Definición de Motivación

Los primeros intentos que se hicieron para tratar de entender la motivación humana se remota al tiempo de los filósofos griegos, en esta época los individuos eran vistos como alguien que enfocaba sus esfuerzos para buscar el placer y evitar el dolor. Sin embargo, tiempo más adelante en los siglos XVII y XVIII, este principio fue refinado por algunos filósofos como Loke, Mill, entre otros, de manera que, a finales del siglo XIX, el tema de motivación empieza a ser estudiada por parte de la psicología.

De acuerdo a la psicología y al autor Piña (2009), históricamente el concepto de motivación se ha definido de diferentes maneras. Por su parte Freud, en la teoría psicoanalítica (1915-1959) concibió a la motivación como una fuerza interna o fuente de energía que dirigía las actividades hacia los objetos, los cuales se distinguían por sus propiedades gratificantes.

Mientras que Murray (1938), agrega a esta definición que la motivación es resultado del deseo o de una tendencia a hacer cosas rápidamente, y que estas pueden ser precedidas por alguna dificultad u obstáculo que una persona tiene que superar. (Piña, 2009, p. 29).

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, la motivación es la “acción y efecto de motivar” y “motivar es “dar causa o motivo para algo, dar o explicar la razón o motivo que se ha tenido para hacer algo y disponer del ánimo de alguien para que proceda de un determinado modo”. También dice que la motivación es el “ensayo preparatorio de una acción para animarse a ejecutarla con interés y diligencia”.

Por otra parte, “Motivación viene de motivo, y motivo viene del verbo latino *moveré, motum*, de donde también procede móvil, motor, e- moción. La palabra designa el momento como una fuerza motriz; psicológicamente ha sido definida como el conjunto de razones que explican los actos de un individuo, o bien la explicación del motivo o motivos por los que se hace una cosa, su campo lo forman los sistemas de impulsos, necesidades, intereses, pensamientos, propósitos, inquietudes, aspiraciones y deseos que mueven a las personas a actuar de determinada forma”

Para la autora Gálvez (2006), la cual cita a los autores (Schunk, 1996). Solana (1993), en un estudio que realiza acerca de la motivación, define a la motivación como un estado o condición interna que activa, dirige y mantiene un comportamiento.

Mientras que Solana (1993) Menciona que la motivación es, en síntesis, “El conjunto de aspectos materiales y psicológicos que dan al individuo satisfacción a sus necesidades básicas, provocando un comportamiento diferente que logra obtener un mejor resultado dentro de los objetivos de mejorar su calidad de vida” (Cardozo, Loaiza, Guevara, Ortunio, Sánchez, 2010, p. 17)

De manera que se entiende que la motivación alienta a las personas a hacer todo lo posible por alcanzar sus metas dando su mejor esfuerzo para poder satisfacer sus necesidades. Es la principal razón por la que se hacen las cosas, ya que siempre existe un motivo que está constituido por factores que controlan la conducta.

2.2 Conducta humana y ciclo motivacional

La conducta humana está asociada con la motivación y esta a su vez está relacionada con la supervivencia, la motivación permite conocer cómo un individuo trata de incrementar la probabilidad de sobrevivir y en el caso del ser humano, vivir de la mejor forma posible, de manera que la motivación se vuelve un proceso básico imprescindible para comprender la relación que establece un individuo con su medio ambiente. (Palmero, Gómez, Carpi, Guerrero, 2007).

Dentro del ciclo motivacional es importante mencionar que contiene dos dimensiones fundamentales que lo definen y caracterizan, el primero de ellos es la dirección, la cual hace

referencia a la tendencia de acercarse o evitar un determinado objetivo o meta. Mientras que la intensidad da cuenta de la magnitud de la conducta, es decir, el grado de acrecentarse o disminuir la frecuencia de acercamiento o evitación.

Para el autor Idalberto (Chiavenato, 2012, p. 238), explica que en el proceso de motivación no solamente se refiere a necesidades fisiológicas o sociales, sino que puede ser cualquier cosa que desee el individuo y que su ausencia le cause malestar. Puede ser de hambre, o sed hasta la necesidad de justicia o la carencia de altas expectativas sobre un resultado. (Padovan, 2020).

El proceso de motivación según Chiavenato, 2012:

1. Las necesidades y las carencias provocan tensión o incomodidad en la persona, lo que desencadena un proceso que busca reducir o eliminar tensión.
2. La persona escoge un curso de acción para satisfacer determinada necesidad o carencia y surge el comportamiento enfocado en su meta (impulso).
3. Una vez que la persona satisface su necesidad, el proceso de motivación habrá tenido éxito. Una vez cumplida la satisfacción se elimina o reduce la carencia. No obstante, si por algún obstáculo no logra la satisfacción, surge la frustración, el conflicto o el estrés.
4. La evaluación del desempeño realizado determina algún tipo de recompensa (incentivo) o sanción para la persona.
5. Una vez cumplidas las metas y cubiertas las necesidades se desencadena un nuevo proceso de motivación y se inicia otro ciclo.

Tal y como lo señala Cholí (2004), la conducta motivada no aparece mágicamente, la psicología de la motivación es la disciplina científica que tiene como objetivo, analizar dos de las dimensiones principales de la conducta. Por un lado, las causas que favorecen que aparezca y, por otro, los objetivos que pretende. De alguna manera estaríamos hablando de las variables dinámicas del comportamiento: dirección e intensidad de la conducta.

2.3 El Ciclo Motivacional

Para entender el ciclo motivacional es importante señalar que cuando hacemos referencia al término “motivo”, se hace alusión a aquella acción que mueve a la realización de algo; los autores Flórez, Vélez & Rojas (2014). Mencionan que generalmente se trata de un estímulo que marca la presencia de una necesidad a resolverse mediante la realización de una acción deliberada de la persona, entendiendo que el estímulo puede ser físico, (ej. Sed y la consecuente necesidad de beber), psicológico (ej. Reto y la consecuente necesidad de competencia) o social (ej. Evaluación y la consecuente necesidad de logro). Pero esa idea, solo responde al motivo, solamente al momento de iniciar un proceso, haciendo referencia a penas al impulso inicial a la realización de múltiples acciones mediatas e inmediatas. (Flórez, et al., 2014, p. 51).

La motivación no puede observarse directamente, pero sí la conducta motivada (todas lo están de alguna manera), en el ciclo motivacional se dan dos cuestiones importantes, en primer lugar, a las condiciones que hacen que el organismo esté impedido a realizar la conducta, estas pueden tratarse de condiciones externas o internas, físicas o mentales, observables o inobservables que crean un estado de necesidad de actuar. Pero también es necesario analizar los objetivos que se pretenden con el comportamiento. (Chóliz, 2004)

Por otro lado, dentro del ciclo motivacional este busca satisfacer necesidades y consta de las siguientes etapas:

A). Homeostasis: Esta etapa se refiere al momento en el cual el organismo permanece en estado de equilibrio.

B). Estímulo: Se caracteriza cuando aparece un estímulo y genera una necesidad para satisfacer.

C). Necesidad: La necesidad al no estar satisfecha, provoca un estado de tensión o frustración.

D). Estado de tensión: La tensión genera un impulso dando lugar a un comportamiento o acción.

E). El comportamiento: Es en esta etapa donde se activa el comportamiento y este a su vez se dirige a satisfacer dicha necesidad, logrando cumplir el objetivo satisfactoriamente.

F). Satisfacción: Una vez que se satisface la necesidad, el organismo vuelve a su estado de equilibrio, hasta que se presente otro estímulo. Toda satisfacción es básicamente una liberación de tensión que permite el retorno al equilibrio homeostático anterior.

2.4 Tipos de Motivadores

El autor Chóliz (2004), menciona que una de las evidencias que ha causado mayor consideración en el análisis de la conducta motivada es el hecho de que en ocasiones una persona puede dedicarse con gran interés y esfuerzo a una actividad, sin que aparentemente obtenga beneficio alguno por realizarla. (Chóliz, 2004, p.37).

A dicha explicación la ha denominado motivación intrínseca, definiéndola como la forma operativa, así como los factores que inducen a la realización de ciertos patrones conductuales que se llevan a cabo frecuentemente y en ausencia de cualquier contingencia externa.

Este tipo de motivación intrínseca principalmente se emplea en intervenciones en adicciones, entrenamientos deportivos o habilidades académicas, solo por mencionar algunos.

Para los autores Davis y Newstrom (1999), como se citó en (Morán, Menezes, 2016), plantean que hay dos tipos de motivadores:

1. Los motivadores intrínsecos que son aquellas retribuciones internas que recibe una persona al realizar una tarea, lo cual quiere decir que existe relación directa e inmediata entre el trabajo y la retribución. “la motivación intrínseca plantea que gran parte de la actividad humana se realiza por el placer que supone o por el interés que su ejecución conlleva”. Morán et al. (2016).

2. Por otra parte, existen los motivadores extrínsecos, se les llama así a las retribuciones externas que se reciben independientemente del trabajo, lo cual

quiere decir que no ofrecen una satisfacción directa o inmediata al realizar una tarea como lo son los incentivos económicos, por ejemplo, el dinero.

La diferencia entre la motivación intrínseca y motivación extrínseca, básicamente es porque en esta última el incentivo es independiente de las características que tenga la tarea y es externo a la misma, mientras que en la motivación intrínseca el incentivo principal es la propia ejecución del comportamiento. Por otro lado, en la motivación extrínseca el incentivo es ofrecido por otros agentes, en la intrínseca uno lo consigue con independencia de las acciones de los demás, puesto que el beneficio emana simplemente al llevar a cabo la propia conducta.

La motivación intrínseca se apela cuando alguien dedica tiempo y esfuerzo a actividades como tocar un instrumento, dedicarse plenamente a la lectura, realizar actividad física sin que se obtenga algún incentivo por ello. Para que una conducta sea el principal motor del comportamiento, ésta debe provocar una serie de consecuencias, principalmente motivacionales y emocionales, que lleven a la ejecución, las características principales que debe tener una conducta para que adquiera motivación intrínseca son que proporcione sentimientos de competencia y autodeterminación. (Chóliz, 2004, p. 37).

2.5 Principales Teorías y modelos de la Motivación

En este apartado explicaremos 3 teorías de la motivación, algunos autores intentan describir la motivación desde su propia perspectiva, estas teorías fueron formuladas en distintas épocas.

2.6 Teoría de la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow (1943).

Esta teoría explica una pirámide, en la base se encuentran las necesidades más básicas y esenciales; mientras que, en la cúspide se encuentran las necesidades más trascendentes. El ser humano ha buscado y se esfuerza por ascender en la pirámide y para ello debe satisfacer necesidades cada vez más complejas y que necesiten más tiempo para ser cumplidas. Según Maslow de esas cinco categorías se pueden subclasificar en dos. Las llamadas “de orden

inferior” que engloban a las dos primeras categorías, fisiológicas y seguridad y las de “orden superior” que se compone de las otras necesidades que restan; social, estima y autorrealización.

Las categorías de necesidades mencionadas en dicha teoría se describen a continuación:

1. Necesidades fisiológicas: incluye alimentación, protección contra el dolor o el sufrimiento, sexo, respiración, hidratación, descanso, entre otros. También se les llama necesidades biológicas y exigen satisfacción cíclica y reiterada para garantizar la supervivencia del individuo, se considera que estas son las necesidades más básicas del ser humano.

2. Necesidades de seguridad: se trata de estar libre de peligros (reales o imaginarios) y estar protegido contra amenazas del entorno. Están estrechamente relacionadas con la supervivencia del individuo. En el ambiente laboral se vincula con la probabilidad de ser despedido o si es riesgoso en sí mismo el trabajo.

3. Necesidades sociales: incluye amistad, participación, pertenencia a grupos, amor y afecto. Están relacionadas con la vida del individuo en sociedad, vinculadas con otras personas y con el deseo de dar y recibir afecto. En el lugar que nos ocupa en la presente investigación, tiene que ver con las redes de apoyo de parte de su familia en el proceso de salud enfermedad.

4. Necesidad de estima: Se trata de la forma en que una persona se percibe y evalúa, cómo la autoestima, el amor propio y la confianza en uno mismo.

5. Necesidad de autorrealización: son las más elevadas del ser humano y lo llevan a realizarse mediante el desarrollo de sus aptitudes y capacidades. Son las necesidades que se encuentran en la parte más alta de la pirámide y reflejan el esfuerzo de cada persona por alcanzar su potencial y desarrollarse continuamente a lo largo de la vida.

2.7 Modelo Transteórico de Cambio y Entrevista Motivacional

Desde el enfoque cognitivo conductual, el modelo transteorico de cambio (MTC), de Prochaska y Diclemente (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992), inicialmente desarrollado para problemas de adicción, plantea que para que exista un cambio clínico será en función de seguir ciertas fases (precontemplativa, contemplativa, de preparación, de acción, de mantenimiento y terminación). (Pascual, 2015).

Es importante considerar que la evaluación que realice el psicólogo clínico permitirá conocer en qué etapa del proceso se encuentra el paciente y de esta manera poder actuar de manera consecuente, el trabajo que desarrolle el psicólogo clínico servirá para modificar la percepción del paciente sobre las ventajas o desventajas de trabajar para el cambio y la percepción de su propia competencia para lograrlo.

Sin embargo, los autores (Prochaska, Norcross y DiClemente, 2013), que el cambio no siempre es lineal, es decir, no siempre el paciente progresa de una manera continua, atravesando las distintas etapas, sino que vuelve en ocasiones a la fase de precontemplación para de allí, se espera, continuar con un nuevo ciclo de cambio. No obstante, el uso principal del modelo transteórico de cambio sigue considerándose el supuesto beneficio que implica para mejorar y comprender la adhesión al tratamiento (Prochaska, y Prochaska, 2014). Como se citó en (Pascual, 2015, p. 44).

Por otra parte, la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991), comparte el interés transteórico del MTC (además de su intención original: también fue desarrollado como una herramienta para intervenir en conducta adictiva), aspirando a ser no una técnica o conjunto de técnicas a usar en terapia, sino un estilo de hacer clínica; un estilo basado en una directividad no confrontativa, enfocada a ayudar al cliente a resolver las ambivalencias en las que se encuentra. (Pascual, 2015).

En el caso que nos ocupa, el trabajo consiste en motivar al paciente para que genere planes de acción comprometiéndose con ellos, de manera que una vez que el paciente se ha concientizado sobre las acciones que deberá seguir para lograr adherencia terapéutica, el trabajo terminara cuando el cliente asume su compromiso con el cambio que él mismo configura.

2.8 Definición de Adherencia Terapéutica

Según los autores Martínez, Martínez, Lopera, Vargas, (2016) En 1975 se introdujo el término *compliance* en la literatura médica de origen anglosajón para hacer referencia al acatamiento o seguimiento que hacen los pacientes de la prescripción médica, mientras que los franceses por su parte, utilizan la palabra *observance* como termino más incluyente, ya que no solo se refiere a la actitud del cumplimiento del paciente frente a la prescripción o fórmula médica, sino también a las creencias, percepciones, hábitos y comportamientos respecto a las recomendaciones y órdenes médicas. (párr.3).

La adherencia terapéutica ha sido un componente importante de la atención en salud en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y resulta ser un factor determinante en el control metabólico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la definición de adherencia o cumplimiento terapéutico como: la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas o del personal de salud, en términos de toma de medicación, dietas y cambios en el estilo de vida. (Martínez et al., 2016).

2.9 Implicaciones Psicosociales en la Adherencia Terapéutica

Las enfermedades crónico degenerativas no solo se caracterizan por tener una causa biológica, sino también un origen psicológico y social, por ello el manejo suele ser diferente a las enfermedades agudas, dado que el desarrollo de la enfermedad radica en la conducta y el estilo de vida de las personas.

La psicología de la salud tiene como objetivo principal ayudar a disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas identificando y reduciendo los patógenos conductuales y aumentar los inmunógenos conductuales que servirán como factores de protección, mismos que servirán para mejorar la calidad de vida del paciente.

De manera que la conducta, pensamiento y emoción desempeña un papel primordial para que el paciente cumpla o no con las indicaciones medico terapéuticas, el objetivo es lograr un mejor control de la enfermedad y ayudar a preservar su calidad de vida, esta

problemática de la no adherencia terapéutica, el incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, sino que incrementa considerablemente la incapacidad del paciente, pues, la falta de apego al tratamiento genera pérdidas en lo personal, familiar, y social, lo que repercute en la calidad de vida del paciente, los cuidadores primarios o en su defecto en la familia.

Cuando se trata del cuidado de la salud biológica y psicológica una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, por lo que este debe tener un papel activo en la participación de su recuperación y mejora en su calidad de vida, lo contrario al no llevar a cabo de manera adecuada el régimen terapéutico se vuelve un problema, dado que la mayoría de veces el paciente adopta un papel pasivo y no sigue prescripciones médicas, de manera que los problemas de salud favorecen la progresión de enfermedades, el aumento de factores patógenos y el incremento de conductas de riesgo (Martín & Grau, 2014).

Oviedo (2015) señala que, en la adherencia terapéutica, no conlleva solo una conducta, más bien implica un repertorio de conductas que incluyen aceptar formar parte de un programa de tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar un estilo de vida con conductas saludables; mismas que se desarrollaran a partir de la interacción del paciente en el proceso de la enfermedad. (párr. 15)

Lo anteriormente descrito, implica que el trabajo con el paciente será a nivel conductual, mediado por elementos cognitivos, motivacionales, donde intervendrán los profesionales de la salud como médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, nutriólogo, de manera que se establezca una buena relación del paciente con su entorno, laboral, social y familiar principalmente.

Carrillo, Norato, & Chagoza, (2017). Consideran que un elemento clave para la adherencia terapéutica es la percepción individual del paciente, identificando la personalidad y creencias en salud que este tenga sobre su estado de salud, de tal manera que una persona solo aceptara un cambio de estilo de vida o una restricción si es capaz de darse cuenta de sus características personales, cognitivas, emocionales y conductuales que influyen en su estado de salud, es decir, cuando conoce sus propias limitantes y fortalezas que le permitan adherirse a su tratamiento.

El punto de partida dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es identificar y modificar los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento. La TCC ayuda a modificar elementos cognitivos y conductuales, así como patrones afectivos que pudieran potenciar el curso de la enfermedad, ayudando así al paciente al manejo de la misma, retrasando o deteniendo su progresión. (Oviedo, 2019, párr. 17).

Orueta (2005). Propone algunas recomendaciones para la intervención en pacientes con enfermedades crónico degenerativas como diabetes e hipertensión, dislipidemias, obesidad e inclusive adicciones:

- Promover la relación médico-paciente de manera clara.
- Simplificar el tratamiento de acuerdo a las especificaciones de enfermedad.
- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Hacer partícipe al paciente y la familia del plan terapéutico.
- Psi-coeducación (incorporación a los grupos de ayuda mutua).
- Reforzar periódicamente al paciente (aclarar dudas sobre el tratamiento o enfermedad).
- Fijar metas periódicas.
- Incentivar al paciente.
- Llamar al paciente si no acude a revisión.

De manera que la tarea en la enfermedad crónica será generar en los pacientes concientización respecto a su enfermedad para poder generar en ellos una adecuada adherencia al tratamiento, logrando reducir riesgos propios de la enfermedad llámese complicaciones o discapacidad e inclusive muerte prematura, al aumentar los factores de protección coadyuva a mejorar su calidad de vida.

2.10 Enfermedades Crónico Degenerativas

Se llama enfermedad crónica aquella en la que los síntomas de la persona se prolongan a largo plazo de manera que perjudican su capacidad para seguir con actividades

significativas y rutinas normales. Su tratamiento médico suele tener una eficacia limitada, y contribuye al malestar físico y psicológico de las personas y sus familias.

La enfermedad crónica hace impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, salud, susceptibilidad, su capacidad para predecir el curso y los acontecimientos de la vida, su autoestima, sus sentimientos de motivación y dominio personal. (Rodríguez, 2013).

Los cambios de estilo de vida y la mayor esperanza de vida en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México. Nuestra pirámide poblacional determina que la mayoría de los adultos (75%) tienen menos de 55 años, y a pesar de que la prevalencia de los factores de riesgo para desarrollar este tipo de enfermedades es mayor a partir de los 40 años, en adultos absolutos, el número de millones de personas portadores de estos factores de riesgo se ubica en la población económicamente activa. (Barba, 2018, p. 14).

La pérdida de la salud conlleva una serie de alteraciones en distintos ámbitos; en particular, estas enfermedades crónicas, las cuales se caracterizan por un deterioro progresivo con consecuencias como complicaciones incapacitantes o mortales.

De acuerdo a la OMS, *“Salud es el estado de bienestar físico, psicológico y social del individuo que permite un desarrollo armónico del mismo”* *“la justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir de forma prematura”*. (Barba, 2018, p. 16). Por lo tanto, la salud debe ser considerada un patrimonio individual; esto, un bien único que debe preservarse.

Desde el inicio del siglo pasado, los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, aunados a los avances en el campo de la atención a la salud, han ido transformando las características de México y han influenciado el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, así como las características relacionadas con la presencia de patología o muerte en la población mexicana.

Durante estos años se ha observado una “transición de riesgos”, ya que, durante la primera mitad del siglo XX, la población estaba expuesta a los riesgos propios de un país con desarrollo social e infraestructura, estos se han ido modificando con el desarrollo y la urbanización. (Barba, 2018, p. 4).

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS) las enfermedades crónicas son padecimientos de larga duración y, por lo general, de progresión lenta, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares entre ellas la hipertensión, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, el VIH-Sida, entre otras.

El perfil epidemiológico en el que se encuentra hoy México está dominado por enfermedades crónico-degenerativas, estas a su vez se encuentran asociadas a condiciones de vida actual de la propia sociedad, así como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. Los tres tipos de enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más del 26% de las muertes en hombres son: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. (Ávila, Gómez, Sosa, Vicente, Vega, Franco, 2013).

Por lo tanto, la enfermedad crónica produce ruptura de la vida cotidiana y comporta cambios fundamentales a nivel individual, familiar y social. Sepulveda (2010) enfatiza que el enfermar suele ser una de las experiencias más angustiantes que puede experimentar el ser humano, en algunos casos la enfermedad representa limitación, según la OMS y la OPS las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte prematura en América Latina y el Caribe y una de las que ocasiona mayores trastornos. (Rodríguez, 2013, párr. 3).

2.11 Investigaciones Previas de la Motivación como factor principal en la Adherencia Terapéutica de las Enfermedades Crónico-degenerativas.

2.11.1 Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones.

Los autores Candelaria, García & Estrada (2016). Realizaron una investigación por parte de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, sobre la adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones, en dicha investigación se retomó la definición de adherencia terapéutica propuesta por Martín Bayarre Y Grau (2008). Quienes la definen como “Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico” dicha definición se retoma porque se considera una actitud más proactiva por parte del enfermo.

El objetivo de la investigación era fomentar la adherencia terapéutica a través de la Entrevista motivacional, dado que es un modelo centrado en el paciente y aunque es de carácter directivo, aumenta la motivación intrínseca para el cambio de conducta por medio de una reflexión empática y autónoma del paciente; asimismo fomenta la autoeficacia.

Para realizar esta investigación se diseñó un estudio cuasi experimental, con evaluación pre y post tratamiento. Participaron 16 mujeres que padecían sobre peso u obesidad y que llevaban un tratamiento para bajar de peso, divididas en grupo de intervención (10) y grupo control (6). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario para evaluación de la adherencia terapéutica MBG, Cuestionario para medir adherencia a dieta y ejercicio (diseñado para el estudio) y cuestionario de sobre ingesta alimentaria OQ. Se utilizaron 3 diferentes instrumentos; 2 de ellos evaluaron adherencia terapéutica para el control de peso y uno midió hábitos, creencias y comportamientos relacionados con el peso.

Los resultados mostraron que los aspectos que influyen sobre la adherencia terapéutica identificados en la investigación fueron los siguientes:

a). La falta de apoyo social. En el estudio realizado se pudo observar que en el grupo de intervención incremento la percepción de apoyo social conforme avanzó la intervención; por el contrario, el grupo control percibía más apoyo al inicio del estudio, el cual disminuyó gradualmente a lo largo de las semanas. Probablemente este factor influyó para el mantenimiento de la adherencia en el grupo de intervención y su reducción en el grupo control. Es probable que, además de las limitaciones del tratamiento nutricional mencionadas antes, esta misma falta de apoyo social haya influido para que el grupo control abandonara el tratamiento en nutrición, aspecto que coincide con los resultados de Troncoso, Astudillo y Troncoso (2011).

b). Una relación de confianza entre el personal de salud y el paciente puede ayudar a disminuir las ausencias a citas de seguimiento y aumentar el compromiso de las pacientes para llevar a cabo el tratamiento (Guerra y Pérula, 2012). Para incidir directamente en este factor es conveniente trabajar con el personal de salud, lo cual no era el objetivo de la investigación. Sin embargo, este personal es un factor clave para la adherencia; en la muestra del estudio, la relación médico-paciente disminuyó en ambos grupos, aunque en mayor

medida en el grupo control; una posible explicación es la escasa o nula relación con la nutrióloga, situación que afectó el seguimiento del tratamiento.

c). Se observó una implicación personal la cual hace referencia a la motivación, la autoeficacia y los conocimientos relacionados con la enfermedad; se observó que se modificó en el grupo de intervención, lo que podría indicar que favoreció la adherencia, pues este grupo permaneció durante 6 meses que duró el tratamiento para bajar de peso, los resultados encontrados en este estudio coincidieron con los encontrados por García y Sánchez (2013). Este factor se relaciona con la disminución en las variables: comer en exceso, subingesta, antojos y la motivación que impacta directamente en el cumplimiento del tratamiento. Así mismo, ambos grupos muestran conformidad con su imagen corporal, lo que podría ser un inconveniente al momento de iniciar un programa para bajar de peso.

d). Por otra parte, las responsabilidades y obligaciones pueden provocar que la atención del individuo se centre en cuestiones ajenas a su persona, lo que a su vez origina que el cuidado disminuya y exista afectaciones en su salud física, por ejemplo, en el grupo de intervención la mayoría de las pacientes trabajaban, lo que les dificultaba realizar todas las actividades relacionadas al cumplimiento del tratamiento, mientras que un mínimo porcentaje de participantes se dedicaban al hogar lo que les permitió llevar a cabo con mayor facilidad el tratamiento (solo 2 participantes lo concluyeron).

Una de las dificultades encontradas en este estudio radica en que el cumplimiento del tratamiento comprende seguir una dieta saludable y realizar actividad física, lo que implica un cambio de hábitos, situación que no puede evaluarse en corto plazo, sino en mediano o largo plazo. Las condiciones institucionales no permitieron la evaluación en un plazo más largo. (Candelaria, García & Estrada, 2016).

2.11.2 Un Enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato.

Los autores (Ávila, Gómez, Sosa, Vicente, Vega, Franco, 2013). Realizaron un estudio cualitativo, con un componente descriptivo, con el objetivo de explorar la percepción de las barreras personales, sociales y motivacionales hacia el tratamiento de personas con

estados crónicos: diabetes e hipertensión de colonias marginales en el estado de Guanajuato, muestreo de tipo intencional, la recolección de información se realizó por medio de entrevista semiestructurada y audio grabadas, se trabajó con 3 grupos focales de 3 participantes cada uno.

Dado que el perfil epidemiológico en México está dominado por enfermedades crónico degenerativas y lesiones, estas a su vez están asociadas a las condiciones de vida actual de las personas. El estudio se derivó de las recomendaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la salud OMS donde aconsejan el estudio de barreras que impiden la atención de calidad en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y la adherencia terapéutica.

En dicho estudio se trabajó con tres grupos focales, cada uno de tres personas pertenecientes a colonias urbano-marginales en extrema pobreza de la ciudad de Irapuato en Guanajuato México. El primer grupo lo conformó un total de dos mujeres hipertensas de 42 y 52 años de edad, una mujer con diabetes e hipertensión de 60 años, el segundo grupo lo conformaron tres mujeres que padecen diabetes de 42, 51 y 52 años; el tercer grupo estuvo conformado por dos varones, uno de 53 años, con diabetes, y otro de 67 años con diabetes e hipertensión, y una mujer de 57 años con diabetes.

Los autores concluyen que el 77% de sus participantes corresponde al estado civil casado/a, un 77% de escolaridad analfabeta y de ocupación al hogar, el 56% del total de la muestra corresponde a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mientras que el 2,22% refieren ser hipertensos y el 22% restante padecen diabetes e hipertensión.

Las barreras percibidas por los pacientes, y que se reportan en este estudio, fueron las siguientes: creencias relacionadas con el tratamiento, falta de conocimiento sobre la medicación, indiferencia hacia la práctica de ejercicio, desconfianza y temor a los estudios de laboratorio.

Por lo que concluyen que para favorecer una óptima adherencia terapéutica en las personas con estados crónicos, particularmente con diabetes e hipertensión, es necesario diseñar y evaluar intervenciones enmarcadas en el Modelo Creencias en Salud, que incrementan la susceptibilidad y severidad percibida de la enfermedad, pero a su vez hacen conciencia en la capacidad de la persona enferma para afrontar la situación y como

profesionales de la salud proveer de las herramientas necesarias para lograrlo; para esto, las barreras percibidas nos señalan los caminos para la acción y, en el caso de los enfermos de Guanajuato, las intervenciones deben contemplar las creencias, causalidades, preocupaciones de las personas (económicas, educativas, laborales, sociales, familiares y motivacionales). (Ávila, et al., 2013).

Además, las barreras de adherencia marcan y señalan retos por superar para los profesionales de la salud en conjunto con los enfermos crónicos, pues es el profesional de la salud quien tiene la responsabilidad de fomentar la creación de grupos autogestivos, capaces de ir en la búsqueda de su propio cuidado (económico, social, de salud) y en cuanto a la labor del paciente no solo se debe limitar al área de conocimiento relacionado con la enfermedad (Aunque no menos importante); también, la familia juega un papel muy importante como motivador extrínseco con el paciente, pues de esta forma se podrían crear intervenciones de gran impacto motivacional en la adherencia terapéutica de enfermedades crónico-degenerativas.

2.11.3 Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad.

Los autores Loreto, Tárraga, Nuria, Panisello, Gálvez, Serrano, Rodríguez, Tárraga. (2014).

Realizaron un ensayo clínico aleatorio multicéntrico de intervención en pacientes con sobrepeso y obesidad. Asignación aleatoria de la intervención por Zonas Básicas de Salud (ZBS). Se establecen dos grupos situados en centros diferentes y separados, uno de los cuales recibirá la intervención de motivación en grupo (grupo de estudio) y el otro el seguimiento habitual (grupo control).

El objetivo principal de esta investigación es determinar si una intervención de motivación en grupo, por profesionales de enfermería entrenados por psicólogos, complementaria a la intervención habitual, es más eficaz que esta última en el tratamiento del sobrepeso y obesidad en la relación a reducción porcentual del peso, y la persistencia en el tiempo de la reducción conseguida.

En lo que se refiere a los resultados, se encontró que se evaluaron 696 pacientes; 377 grupo control y 319 de estudio. En ambos grupos el peso descendía en cada una de las visitas. La reducción porcentual media del peso se situó en el 1% para el grupo control y del 2,5% de su peso y mantenimiento, el 55,5% de los pacientes redujeron el peso en el grupo control y el 65, % del grupo de estudio, el 18,1% de los pacientes del grupo control redujeron más del 5% del peso, en el grupo intervención este porcentaje aumento hasta el 26.9%; lo que representa un porcentaje estadísticamente significativo.

En el caso del objetivo que nos ocupa en este estudio se encontró que el del 10% no se detectaron diferencias significativas a los 2 años de inicio. Sin embargo, se detectó que a los 2 años el IMC en el grupo control se redujo una media, lo que concluye que el programa basado en intervención motivacional en grupo puede mejorar parámetros antropométricos y estilos de vida en pacientes obesos tratados en un centro de Atención Primaria, la modificación de conductas no saludables: dieta y actividad física son fundamentales para tratar la obesidad, siempre y cuando la motivación se potencialice a través de los grupos de ayuda mutua.

En la pérdida de peso se ha utilizado una variedad de terapias psicológicas individuales y grupos. Esta investigación se derivó de un estudio realizado en veinte centros de Atención Primaria de Gran Bretaña, por los autores, (Barr, Levy, Champman, 2004), en el cual se evaluó la efectividad de la entrevista motivacional para modificar la ingesta de grasa, la actividad física y el consumo de tabaco 883 pacientes de riesgo elevado de enfermedad cardiovascular, obtenido un beneficio en el grupo de intervención.

Las intervenciones de motivación solas en pacientes con obesidad, han demostrado ser más eficaces incluso que en los pacientes que únicamente tomaban fármacos en la reducción de peso, pero las intervenciones psicológicas son especialmente útiles cuando se combinan con estrategia dietética y ejercicio, en esta revisión de 36 ensayos clínicos, 26 estaban realizados en USA y solo 1 en España. (McCambridge, Strang, 2004). Loreto, et al. (2014).

2.11.4 Intervenciones Conductuales: Sobre el comportamiento y motivación del paciente en la adherencia terapéutica de las enfermedades crónico-degenerativas

Los autores (Pisano, González. 2013) Realizaron un estudio realizado con 8.692 personas no adherentes destacó que la adherencia parece ser un comportamiento establecido a través del establecimiento de una rutina y un sistema recordatorio para tomar la medicación. Los eventos que interfieren con la rutina diaria han tenido un impacto significativo en la adherencia. Existen muchos estudios que hacen referencia a diversos enfoques de tratamiento cognitivo conductual sobre enfermedades múltiples: EPOC, dolor crónico, asma, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, diabetes e hipertensión.

La entrevista motivacional, por ejemplo, es considerada una intervención indirecta, ya que conduce a un comportamiento, pero influye positivamente y ha sido utilizada ampliamente con resultados de mejoría. Por otra parte, un estudio de DíMatteo, sobre variables sociodemográficas relacionadas con la adherencia terapéutica concluyó que la adherencia es 1,74 veces mayor en los pacientes procedentes de familias cohesionadas y que motivan al paciente a la adherencia terapéutica y 1,53 veces menor en los pacientes procedentes de familias en conflicto y que no cuentan con la motivación y apoyo de sus familias.

Los autores concluyen que la complejidad y cronicidad de los tratamientos, sumadas al entorno social que con mucha frecuencia se contraponen a los hábitos que han de adoptar, probablemente sobrepasen las competencias del paciente para responder adecuadamente al tratamiento.

En el reino unido las intervenciones realizadas para lograr adherencia terapéutica, se basa en un programa de adaptación del modelo creado por la Universidad de Stanford (Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP). Se apoya a los pacientes en la gestión de su enfermedad a largo plazo y se interviene para que sean eficaces en su autocuidado. Los mismos pacientes se forman y se motivan para impartir cursos a sus iguales con la filosofía de que, los cambios en la autoeficacia conducen directamente a los cambios en el estado de salud y en la calidad de vida, lo que a su vez influyen en la utilización de asistencia sanitaria, disminuye la demanda y se garantiza una asistencia sanitaria más accesible.

Los programas y grupos de ayuda mutua basados en la psicoeducación, han resultado eficaces en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas principalmente para promover cambios, se diferencia de la educación simple o el entrenamiento de habilidades de los pacientes en que tienen un diseño que les permite a las personas con afecciones crónicas tomar una función activa en la gestión de su propia enfermedad.

Este programa se basa en la teoría de la autoeficacia de Bandura; es una teoría cognitiva social que establece que las variables predictivas clave del cambio exitoso en la conducta son: la confianza (autoeficacia) en la capacidad de realizar una acción y la expectativa de que se logrará una meta en particular (expectativa de resultado). La autoeficacia se considera un primer paso en las vías causales del cambio en la conducta en los programas de autocuidado.

El aumento de la motivación y la autoeficacia es un requisito previo para el cambio de conducta que, a través de una mejoría en el tratamiento, puede influir en la mejora de su salud y en el buen uso de la asistencia a consultas y es precisamente, el cuidado y la enseñanza del autocuidado para lograr la adherencia terapéutica. (Pisano et al., 2013).

2.11.5 El modelo transteórico y Adherencia Terapéutica en Adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I

Los autores Luna, García & Barragán (2014). Realizaron un estudio para explorar el impacto en la adherencia terapéutica a través de un taller estructurado en el Modelo Transteórico (MT) en cinco adolescentes de 13 a 18 años de edad con Diabetes Mellitus Tipo I (DM 1). Se trata de un estudio comparativo y correlacional, de carácter experimental y evolutivo ya que pretende explorar cómo impacta un taller basado en el Modelo Transteórico en el nivel de adherencia al tratamiento y cómo se vinculan a éste las actividades de autocuidado, el nivel de motivación al cambio, el nivel de conocimientos, la responsabilidad familiar en el manejo de la DM 1 y el nivel de aflicción (distress), en base medio del contraste entre un periodo inicial y final.

En base al contraste previo y posterior de las variables implicadas se encontró mayor adherencia terapéutica, la cual se relacionó con el incremento en la motivación al cambio.

En dicho estudio se encontró que aquellos adolescentes que tenían más de dos años viviendo con diabetes reportaron puntajes más elevados en la ejecución de actividades de

autocuidado, en el área de conocimientos y mejor control metabólico. Lo anterior puede tener relación en aquellos jóvenes y sus padres que se encuentran más motivados y familiarizados con las exigencias del tratamiento y, por lo tanto, el que logre mayor adecuación hacia los ajustes y/o contingencias que el tratamiento implica en distintas áreas.

En cuanto a la motivación al cambio, previa a la intervención se observó que la mayoría de los jóvenes reportaron un promedio global menor a cinco (regular adherencia) en las actividades de autocuidado, coincidiendo que oscilaran entre las etapas de mantenimiento y recaída. Lo anterior indica que éstos jóvenes conocen qué actividades de autocuidado deben de realizar, sin embargo, en varias ocasiones llegan a despegarse de su tratamiento.

Después de la participación en el taller, el promedio fue de cinco (excelente adherencia) y la mayoría de los jóvenes se encontraban entre las etapas de preparación, acción y mantenimiento. Este paso hacia etapas que implican un incremento en la motivación y la disposición para planear, efectuar y mantener cambios con el fin de apegarse al tratamiento, puede relacionarse con la información, la valoración y la toma de conciencia de las consecuencias de no seguir el tratamiento que fueron expuesta en el taller.

El apoyo y el acompañamiento frente a experiencias similares motivaron a los jóvenes al establecimiento de estrategias y metas orientadas a la adherencia terapéutica, al compartir y escuchar experiencias e inquietudes personales en relación al régimen terapéutico y a los eventos relacionados con las complicaciones en la Diabetes.

Aquellos adolescentes con mayor motivación, información y conocimiento sobre la Diabetes, mostraron mayor puntaje en las actividades de autocuidado, mientras que el nivel de conocimientos por parte de sus padres no se encontró relacionado con el nivel de adherencia al régimen. El taller estructurado en distintas etapas, con base en el Modelo Transteórico, facilitó la transmisión y asimilación de información para motivar cambios cognitivos, actitudinales, conductuales y emocionales tanto de forma individual como grupal.

La intervención grupal basada en el modelo transteórico, promovió la identidad grupal y la resignificación hacia la diabetes, la forma en que se convive con esta enfermedad y hacia el tratamiento de la misma. Los autores concluyen que la intervención grupal mostró ser una herramienta adecuada en adolescentes con DM 1 ya que motivó cambios hacia

hábitos de salud, los cuales se tradujeron en la ejecución de actividades de autocuidado, en adherencia terapéutica. (Luna et al., 2014).

2.12 Propósitos Derivados de Investigaciones previas

De acuerdo a la investigación realizada por Chóliz (2004). Menciona que dentro de la motivación se encuentran 2 dimensiones fundamentales que lo definen y caracterizan el logro de la adherencia terapéutica, por un lado, la conducta motivada no aparece mágicamente, la psicología de la motivación es la disciplina científica que tiene como objetivo, analizar dos de las dimensiones principales de la conducta. Por un lado, las causas que favorecen que aparezca y, por otro, los objetivos que pretende. De alguna manera estaríamos hablando de las variables dinámicas del comportamiento: dirección e intensidad de la conducta.

El autor Chóliz, 2004, menciona que una de las evidencias que ha causado mayor consideración en el análisis de la conducta motivada es el hecho de que en ocasiones una persona puede dedicarse con gran interés y esfuerzo a una actividad, sin que aparentemente obtenga beneficio alguno por realizarla, pero sí, de las condiciones motivantes que tenga para hacer cambios en su estilo de vida.

Por otra parte, Carrillo, Norato, & Chagoya, (2017). Consideran que un elemento clave para la adherencia terapéutica es la percepción individual del paciente, identificando la personalidad y creencias en salud que este tenga sobre su estado de salud, (Oviedo, 2019, párr. 15) de tal manera que una persona solo aceptara un cambio de estilo de vida o una restricción si es capaz de darse cuenta de sus características personales, cognitivas, emocionales y conductuales que influyen en su estado de salud, teniendo como punto de partida la motivación para alcanzar una determinada meta, el control de la enfermedad.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Método cualitativo

El presente artículo de investigación es un estudio de diseño cualitativo con enfoque fenomenológico, la técnica que se utiliza es la entrevista a profundidad, con la finalidad de conocer el papel que juega la motivación como factor principal en la adherencia terapéutica de las enfermedades crónico degenerativas.

Taylor y Bogdan (1987) definen a la metodología cualitativa en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.

Por otra parte, el autor Vera, (2010), define a la investigación cualitativa como aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular.

A diferencia de los estudios descriptivos, correlacionales o experimentales, más que determinar la relación de causa y efecto entre dos o más variables, la investigación cualitativa se interesa más en saber cómo se da la dinámica o como ocurre el proceso de en qué se da el asunto o problema. (Vera, 2010).

De acuerdo al autor Hernández, Fernández y Baptista (2014), refiere que los planteamientos cualitativos están enfocados en profundizar los fenómenos, explorando desde la perspectiva de los participantes, pues en ella señalan que el enfoque cualitativo busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigara) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, dicho de otra forma es la manera en la que los participantes perciben de manera subjetiva su realidad.

En el caso que nos ocupa, se busca determinar las principales condiciones motivantes del paciente con enfermedad crónico degenerativa para lograr adherencia terapéutica y promover intervenciones psicoeducativas para motivar el autocuidado.

3.2 Diseños Fenomenológicos

El origen de la fenomenología retoma al matemático Edmund Husserl (1859-1938) y puede adquirir diversas variantes, en esta teoría fundamentada obtenemos la perspectiva de los participantes, en ella se describe, explora y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno (categorías que comparten en relación a este), pueden ser sentimientos, emociones, razonamientos, visiones, percepciones, tales como la felicidad, ira, pena, dolor, determinación tranquilidad. De esta manera, en la fenomenología se trabajan directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias.

El propósito principal de esta investigación, es explorar, describir y comprender la experiencia que vive un joven de 34 años diagnosticado con diabetes e hipertensión arterial sistémica, candidato a ser insulino dependiente y con riesgo de desarrollar Insuficiencia Renal, de manera que se pueda determinar las principales condiciones motivantes del paciente para lograr adherencia terapéutica y ayudar a mejorar su calidad de vida.

La diferencia entre el diseño narrativo y el diseño fenomenológico es que el primero se enfoca en la conexión o sucesión de eventos (el punto de vista cronológico o la historia secuencial) y el segundo en la esencia de la experiencia compartida.

Tal y como lo señala Hernández, Fernández y Baptista, (2014).

El fenómeno se identifica desde el planteamiento y puede ser tan variado como la amplia experiencia humana. En esta investigación los objetivos específicos son determinar las principales condiciones motivantes del paciente con enfermedad crónica degenerativa para lograr adherencia terapéutica, así como promover intervenciones psicoeducativas para motivar el autocuidado.

3.3 Técnica de Recopilación de la información

3.3.1 Entrevista a Profundidad

La entrevista se define como una conversación que se propone llegar a un fin determinado, distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la

forma de un dialogo coloquial. Canales la define como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto”. Como se citó en (Díaz, Torruco, Martínez, & Varela, 2013).

A diferencia del cuestionario la entrevista es más eficaz, dado que se obtiene información más completa y profunda, dando la posibilidad de profundizar sobre un tema de manera que asegura respuestas más útiles dentro de la investigación cualitativa.

En el método cualitativo, las entrevistas a profundidad tienen mucho en común con la observación participante. Del mismo modo que los observadores, el entrevistador “avanza lentamente” al principio. La diferencia primordial entre la observación participante y las entrevistas en profundidad reside en los escenarios y situaciones en los cuales tiene lugar la investigación, mientras que los observadores participantes llevan a cabo sus estudios en situaciones de campo “naturales”, los entrevistadores realizan los suyos en situaciones específicamente preparadas. El observador participante obtiene una experiencia directa del mundo social.

El entrevistador reposa exclusivamente e indirectamente sobre los relatos de otros.

Dicho de otra manera, la entrevista a profundidad se dirige al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente, en este tipo de entrevistas nuestros interlocutores son informantes en el más verdadero sentido de la palabra. Actúan como observadores del investigador, son sus ojos y oídos en el campo, en tanto informantes, su rol no consiste simplemente en revelar sus propios modos de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben. (Taylor, Bogdan, 1992).

3.4 Marco Teórico Interpretativo

Desde el paradigma fenomenológico, las preguntas que se realicen llevara al análisis de la comprensión de la importancia que tiene la motivación dentro de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, determinando de esta

manera las principales condiciones motivantes del paciente, e incorporarlo a un grupo de ayuda mutua.

3.5 Método

Con el objetivo de conocer ¿Cuál es la importancia de la motivación dentro de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico degenerativas?, se trabaja con un caso único y de esta manera incorporar al paciente para que forme parte de un grupo de ayuda mutua en enfermedades crónico degenerativas, basado en la psico educación.

3.6 Participante y Escenario

Joven de 34 años de edad, para garantizar la confidencialidad del paciente en lo sucesivo se le denominara ALS, acude a una clínica de primer nivel de atención medica perteneciente a la jurisdicción uno, de los servicios de salud en Morelos, por cuestiones de trabajo el joven se encontraba de residente en el municipio de Jiutepec, en el estado de Morelos. Se toma su caso por el interés que mostro el paciente para ser parte de un grupo de ayuda mutua, se explica el objetivo de participar en dicho trabajo de investigación y ALS acepta participar.

3.7 Descripción del caso

Durante la entrevista menciona venir de una familia nuclear, donde el padre de familia lo refiere como una persona a veces autoritario, muy responsable, cariñoso, trabajador, muy disciplinado y ordenado, él padre es el encargado de establecer las normas dentro de la familia, a su madre la refiere como una persona muy alegre, trabajadora, empática y muy consentidora con los nietos, su padre trabaja de instrumentista en una fábrica en Tampico Tamaulipas, su mamá se dedica al hogar, considera que tiene muy buena relación con sus padres, menciona que su abuela paterna fue una de las personas a las cuales le ha dolido mucho su fallecimiento, pues dice que lo quería mucho ella fue quien le enseñó a leer, a

escribir y hasta a cocinar, refiere que les dijeron que falleció de un infarto cerebral a consecuencia de la presión alta que no se controló.

ALS, es originario del estado de Tamaulipas, es el segundo hijo de 4 y está casado desde hace 11 años, con MVN de 36 años de edad, hasta el momento no han podido procrear hijos, aunque mencionan ya haber realizado estudios sobre fertilidad comenta que ambos se encuentran en condiciones para poder procrear, sin embargo, le comentaron que él debe bajar de peso pues se encuentra con un peso de 132.500 kilos, y una estatura de 1.79m, ALS trabaja de técnico de mantenimiento Industrial en una empresa en la ciudad industrial del valle de Cuernavaca. Su esposa es auxiliar administrativo y actualmente se encuentra estudiando la licenciatura en nutrición, refiere tener una relación muy buena con su esposa, pues refiere que siempre ha sido su consejera, su apoyo incondicional, tienen muy buena relación, aunque a veces tienen diferencias comenta que su relación está basada en la confianza y comunicación, tratan de ser asertivos al momento de tomar decisiones, ambos buscan y se apoyan al crecimiento personal y profesional.

ALS se describe como una persona, trabajadora, responsable, honesto, amigable, siempre le gusta ver por los demás, es muy ordenado, a su esposa la refiere como una mujer muy creativa, trabajadora, disciplinada, responsable la considera muy perfeccionista, un poco introvertida, seria, carismática, con muchas cualidades, emprendedora y sensible.

ALS tiene un hermano mayor y 2 hermanas más chicas que él, actualmente todos están casados y viven en estados diferentes, casi no los ve, pero comenta tener buena relación con ellos, todos sus hermanos ya tienen hijos, (se observa que ALS le genera tensión, cuando le preguntan si tiene hijos, pues desean ser padres, sin embargo, no han podido serlo, se muestra angustiado y nervioso).

3.7.1 Motivo de la Consulta:

ALS, acudió a consulta por haber sufrido desmayo en su trabajo, comenta que estaba realizando revisión en un conducto de una máquina cuando de repente presento un mareo seguido de zumbido de oídos, posteriormente sintió opresión en el pecho y se desvaneció, motivo por el cual sus compañeros lo auxilian y lo traen a consulta.

Al momento de la entrevista, refiere que, desde noviembre del año 2022, fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial, comenta que le cuesta trabajo creer que padezca esa enfermedad, dice sentirse, confundido, con miedo al tratamiento que le prescribieron, pues dice no sentirse tan mal como le comento la doctora, la doctora le dijo que es candidato a seguir un régimen terapéutico con insulina y que tiene riesgo de padecer insuficiencia renal.

ALS se niega a aplicar la insulina, por temor a quedar “ciego”, pues ha escuchado decir a las personas que usan insulina que este medicamento los deja ciegos, la doctora le explico que la insulina es una sustancia que produce el páncreas y que en el caso de él, su páncreas no produce la cantidad suficiente para poder transformar la azúcar que entra a su organismo en energía, como primer punto su médico le hizo la sugerencia de ingresar al grupo de ayuda mutua, ALS comenta que uno de sus objetivos es de poder procrear hijos, para cumplir ese deseo primero deberá hacerse responsable de seguir al pie de la letra su tratamiento para controlar su enfermedad, con apoyo del nutriólogo, enfermera.

4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sin duda la conducta motivada tiene mucho que ver con el reconocimiento de las creencias, percepciones y emociones que tiene el paciente sobre la enfermedad que padece, estas a su vez guardan una importante relación con la salud, tal y como lo señala Cholz, (2004), la motivación no puede observarse directamente, pero sí la conducta motivada, en el ciclo motivacional se dan dos cuestiones importantes, en primer lugar, las condiciones que hacen que el organismo esté impedido a realizar la conducta motivada, en este caso ALS no tenía conocimiento de padecer enfermedad crónico degenerativa, al no percibirse enfermo no visitaba al médico, a pesar de tener factores de riesgo, no creía necesario acudir a revisión médica.

En este punto Rodríguez y Rentería (2016) afirman que es fundamental el incluir en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus 2, las intervenciones psicológicas y psicoeducativas para ayudarles a modificar hábitos y el estado de motivación que potencialice la adherencia al tratamiento a través de la conducta motivada, además que es básico en el control de la enfermedad, dado que desde que el médico emite un diagnóstico de

enfermedad crónica degenerativa, este momento suele ser una situación estresante que desencadena una serie de afrontamientos, y que de no tener un adecuado manejo puede llevar un deficiente apego terapéutico.

En relación al modelo Transteórico y las etapas en cuanto al proceso de cambio en el comportamiento de ALS y de acuerdo a las respuestas emitidas por el paciente se encontró lo siguiente:

Tabla 1. Etapas del proceso de cambio en la adherencia terapéutica de ALS, según el modelo Transteórico.

Etapas	Comportamiento
<p>Pre-contemplación (PC)</p> <p>En esta etapa no acepta que tengan un problema o que tengan que cambiar su “conducta problema”</p>	<p>ALS, al no sentirse enfermo, no considera importante acudir a consulta médica. No hay consciencia de la presencia de la enfermedad, de manera que no hay conducta motivada para acudir a revisión médica.</p>
<p>Contemplación (C)</p> <p>Sabe que tienen un problema, pero aún no han decidido cambiarlo.</p>	<p>ALS, al ser diagnosticado con Diabetes Mellitus e Hipertensión, empieza a percibir un problema en su salud, la médico le habla de la necesidad de realizar cambios en sus hábitos alimentarios y en su estilo de vida, le habla de los pros y los contras de adherirse a su tratamiento, ALS, empieza a considerar acudir a revisiones médicas.</p>
<p>Preparación (PR)</p> <p>Tiene la decisión de cambiar en un futuro sus conductas, pero aún no han iniciado los cambios.</p>	<p>ALS, es invitado a participar en un grupo de ayuda mutua, después de que su médico le comenta que los niveles de azúcar que estaba presentando requería de tratamiento con insulina, para evitar daño renal, ALS se niega a iniciar tratamiento con insulina debido a los comentarios negativos que ha escuchado sobre el uso</p>

	<p>de la insulina, (ha escuchado que los pacientes que se controlan la diabetes con insulina, en poco tiempo quedan ciegos).</p> <p>En esta etapa se inicia con elaboración de estrategias y metas para el cambio dentro de un periodo próximo de tiempo.</p> <p>De manera que su médico le establece un periodo de tres meses para incorporarse a un grupo de ayuda mutua, perder peso y lograr un control glicémico menor a 140 mg/ dl, actualmente ALS está cursando con glicemias mayores a 330 mg/dl.</p>
<p>Acción (A)</p> <p>En esta etapa comienza a modificar los hábitos.</p>	<p>Ejecución de las estrategias planeadas, ALS, es motivado por su esposa para incorporarse a un grupo de ayuda mutua que le permita adherirse a su tratamiento, así pues, con lo que respecta a las categorías relacionadas en las investigaciones previas, se puede resaltar que el sentirse motivado para adherirse a un tratamiento con la edad, se disminuyen los niveles intrínsecos de motivación mientras que, por el contrario, los niveles extrínsecos aumentan, los factores que influyen en esta etapa para que se desarrolle una conducta motivada tiene que ver con el entorno social y cultural, principalmente el apoyo familiar, como es en el caso de ALS, su esposa le motiva a acudir a las consultas médicas y a las pláticas psicoeducativas.</p>
<p>Mantenimiento (A)</p>	<p>En esta etapa se establece un objetivo y se promueve que persistan conductas deseables.</p>

<p>Se consiguen y mantienen los cambios y las intervenciones se orientan fundamentalmente a mantenerlos.</p>	<p>Empieza a modificar alimentación, realiza actividad física, se nota mejoría considerable en los niveles de glucosa.</p>
<p>Recaída (R)</p> <p>Se pretende que se consiga la fase de mantenimiento estable.</p>	<p>Oviedo (2018) refiere que la conducta motivada, el pensamiento y la emoción juegan un papel primordial para que un paciente cumpla o no con las indicaciones médicas o terapéuticas, para conseguir mejor control de la enfermedad y con ello prevenir complicaciones ALS comparte con sus compañeros de ayuda mutua sus experiencias, preocupaciones, creencias que tiene sobre su enfermedad y la aceptación para ir cambiando poco a poco hábitos alimenticios y estilos de vida.</p> <p>En esta etapa ALS menciona que en alguna ocasión sí ha llegado a interrumpir su dieta por cuestiones externas que le impiden cumplir con su dieta, como por ejemplo cuando viaja a otros estados por cuestiones laborales.</p> <p>Sin embargo, comenta que la medicación la continua, pues ha notado cambios considerables en su estado de salud, se siente motivado cuando el personal de salud reconoce el esfuerzo que él como paciente está realizando para tratar de evitar complicaciones.</p>

Como podemos darnos cuenta dentro de las etapas del modelo transteórico, intervienen diversos procesos psicológicos, por lo que la motivación para adherirse al tratamiento fluctúa y el cambio no es lineal, sino que se da en forma de espiral, dicho de otra manera, el paciente puede estar más motivado en alguna de las etapas y le permite adoptar y ejecutar conductas saludables, para regresar a otra en donde la motivación se vuelve menor.

Dichas categorías anteriores coinciden con los autores Luna, García & Barragán (2014), en donde la motivación al cambio para la adherencia terapéutica, muestra el paso a etapas que implican mayor acción y motivación después de incorporarse a un grupo de ayuda mutua, con ello se aumenta el nivel de conocimiento y se corrigen creencias erróneas acerca del plan terapéutico, a mayor conocimiento mayor aceptación al tratamiento.

4.1 Categorías limitantes que impiden la adherencia terapéutica (proceso motivacional de ALS)

De acuerdo a las respuestas emitidas por ALS, las primeras 5 preguntas estaban relacionadas al conocimiento sobre su estado actual de salud y de la percepción en cuanto a la manifestación de los primeros síntomas de enfermedad, ALS no se percibe enfermo y como tal omite acudir al médico a las primeras manifestaciones de la enfermedad, los primeros síntomas iniciaron 8 meses antes, (febrero del 2022) el cuadro inicia con mareos, zumbido de oídos, sed excesiva, hambre así como aumento en la frecuencia de ir al baño, sin embargo, ALS no toma importancia a los síntomas presentes y da prioridad a sus actividades laborales.

Al paso de los meses mientras ALS se encontraba realizando actividades en su trabajo surge una urgencia médica, su estado de salud se encuentra comprometido por el aumento de la presión arterial y glucosa, motivo por el cual es trasladado a la unidad de salud para su estabilización y revisión médica, en ese momento le diagnostican como caso probable de Diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

En cuanto a la actitud que manifestó ALS ante el diagnóstico y tratamiento prescrito, se mostró renuente a aceptar el diagnóstico emitido por la médico tratante, le resultó difícil creer y aceptar el diagnóstico sin tener estudios de laboratorio previos, dado que los resultados de glucosa se basaron en una prueba rápida y en la valoración de los signos vitales, en la primer consulta ALS reportó un peso de 132.500kg, una presión arterial de 140/90mm de hg, glucosa de 337mg, pulso 86, frecuencia respiratoria de 24, temperatura de 36 grados.

Motivo por el cual es referido al servicio de nutrición y enfermería para concientizarlo sobre su estado actual de salud y para ingresarlo a un grupo de ayuda mutua, sin embargo,

ALS, de primera instancia decide volver con resultados de laboratorio para una segunda consulta y sobre eso decidir si ingresa o no al grupo de ayuda mutua.

A continuación, se muestra la siguiente tabla de categorías de análisis:

Tabla 2. Tabla de categorías de análisis.

Categoría	Definición	Análisis
Percepción de Riesgo de enfermedad.	El riesgo es cualquier factor que aumenta la probabilidad de que se produzca un resultado adverso en la salud. (Vicente, Bonilla, Vicente, Costa, Zerquera, 2016, párr. 9)	<p>ALS cuenta con nivel escolar técnico, lo que originó que en algún momento se interesará en investigar lo que significa vivir con diabetes e hipertensión, y buscó información referente al origen de la diabetes, así como sus cuidados, aunque existía un riesgo potencial y la vulnerabilidad para desarrollar enfermedad en un inicio causó incertidumbre y no se percibía la amenaza de la enfermedad, a pesar de no tener conductas saludables.</p> <p>ALS en la actualidad ha cambiado su visión en cuanto a riesgos de complicaciones por diabetes e hipertensión, alcanza a dimensionar que el no tener adherencia terapéutica puede originar fuertes afectaciones a la calidad de vida.</p>
Actitud ante el diagnóstico y tratamiento prescrito.	La actitud frente a la enfermedad es un punto clave en la adopción y mantenimiento de determinados patrones de comportamiento.	ALS, muestra autoeficacia, se eleva el nivel de conciencia para iniciar cambios en el estilo de vida. Se despierta el interés por llevar a cabo

	<p>(Martins, Lima, Silva, 2018, párr. 7).</p> <p>Esta posición ante el estado de salud, puede mostrarse positivo o negativo.</p>	<p>acciones en favor del mantenimiento de su salud.</p> <p>Una vez incorporado al grupo de ayuda mutua los conocimientos que obtuvo sobre la enfermedad fue satisfactorio y suficiente para iniciar cambios, ALS conoce sus propias limitantes y puede señalar que su conducta alimentaria o física está asociada a su enfermedad.</p>
<p>Creencias propias y socioculturales en relación a la enfermedad.</p>	<p>Las creencias son acciones propias o ideas que han sido aceptadas como verdaderas de acuerdo a un determinado contexto y cultura.</p> <p>(Moscovici, 1979, p.33) “Las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio”. (Maldonado, González, Cajigal, 2019).</p>	<p>Los estilos de vida y hábitos, así como las prácticas de salud, están ligadas a las creencias y percepciones, el comportamiento es producto de la influencia de hábitos heredados y del medio ambiente en el que se desarrolla con la finalidad de satisfacer necesidades básicas como alimentación, y salud.</p> <p>ALS, creía que solo las personas de la tercera edad padecían de las enfermedades crónico degenerativas, sin embargo entendió que el padecer una enfermedad crónica tiene que ver con que una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otras, lo que la predispone a un riesgo mayor son los malos hábitos y estilos de vida insalubres, lo que aumenta la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas.</p>

<p>Autopercepción de calidad de vida</p>	<p>Aponte, (2015). La calidad de vida y la familia puede ser un estado dinámico de bienestar de la familia, definido de forma colectiva y subjetiva, valorado por sus miembros, en el que interactúan las necesidades a nivel individual y familiar.</p>	<p>La percepción individual del paciente, permite identificar la personalidad y creencias que este tenga sobre su estado de salud, de tal manera que una persona solo aceptara un cambio de estilo de vida o una restricción si es capaz de darse cuenta de sus características personales, cognitivas, emocionales y conductuales que influyen en su estado de salud con el objetivo de mejorar su calidad de vida.</p>
<p>Redes de Apoyo</p>	<p>La adecuada funcionalidad familiar permite la adaptabilidad, solidaridad, afecto y capacidad de solucionar problemas, este suele ser un elemento clave para el control de las enfermedades crónico degenerativas.</p>	<p>Dentro del control de la enfermedad crónico degenerativa, la voluntad que tenga la persona para iniciar su tratamiento tendrá mejor resultado si comparte experiencias, con otras personas que tengan su mismo padecimiento, cada ser humano experimenta y asume su enfermedad de diferente manera, una persona está en mejores condiciones de superar el temor a una situación que compromete su vida, al conocerla y compartir con otros sus expectativas sensibiliza al autocuidado y autorresponsabilidad de su salud, a través del conocimiento de las implicaciones de la enfermedad.</p>

De la pregunta 6 a la 9 tenían como finalidad conocer qué tan preparada está la familia para manejar la condición del (a) paciente en casa, y del nivel de motivación, conciencia en su problemática de salud en este punto se trata de explorar las capacidades de auto-cuidado,

medicación e instrumentos de monitoreo para la toma de presión arterial y la medición de glucosa en casa, así como cumplir las indicaciones terapéuticas.

Como pude darme cuenta, a través de la incorporación al grupo de ayuda mutua es posible obtener apoyo para superar una crisis o un problema, el intercambiar experiencias con otras personas ayuda a comunicar las ideas propias que se tiene respecto a la enfermedad, el tratamiento, o inclusive a los hábitos alimenticios.

En el caso de ALS, en un inicio reconoce que él era el primero en resistirse a modificar hábitos saludables, sin embargo, cuenta con respaldo de su familia y personas cercanas, empiezan a ser conscientes en comer cierta cantidad y calidad de alimentos, se establece un plan de alimentación acorde a las posibilidades de la familia y los requerimientos de ALS, de manera que entre todos tratan de respetarlo y llevarlo a cabo.

Respecto a las decisiones que ALS toma sobre su alimentación se comunican asertivamente los intereses y expectativas sobre la comida, se negocian ante posibles diferencias por la comida en lugar de pelear, de igual manera se promueven acciones para una alimentación saludable y comparten un tiempo en familia para la práctica de alguna actividad física, viven cercas a un campo deportivo lo que facilita que jueguen futbol, basquetbol o voleibol.

Un punto importante que se observó en la entrevista es el autoconocimiento que empieza a tener ALS sobre su enfermedad y el conocimiento de toda su familia para que ALS se sienta motivado en ayudarlo a cambiar y mantener las conductas saludables del paciente, como familia empiezan a consolidar las ideas acerca de las cosas que quieren que cambien en el futuro respecto a estilos de vida saludables como, alimentación, actividad física, la participación de la familia en los talleres del grupo de ayuda mutua potencializan la motivación para que ALS no falte a sus citas programadas .

En las preguntas 10 a 20 se exploró 4 áreas que limitan la motivación y por consiguiente la adherencia terapéutica, estas preguntas están relacionadas a las limitantes por parte del paciente, familia, de la propia enfermedad, económicas, sociales, disposición de tiempo, en lo religioso, en el área médica.

ALS identifica las limitantes, describe que al inicio de su diagnóstico tenía la sensación de injusticia, frustración e impotencia, pues estaba en desacuerdo con el

diagnóstico, de manera que rechazo por completo la aplicación de la insulina como tratamiento primario, pero reconoce que la doctora mostro empatía y sensibilidad a la hora de explicarle porque era necesario iniciar el tratamiento médico a la brevedad sin tener resultados preliminares de laboratorio y que la prueba rápida de glucosa que le tomaron era suficiente para prescribir el tratamiento.

Las personas con diabetes pueden salir de sí misma, trasformando su enfermedad en un compromiso, esta situación puede propiciar el desarrollo personal e interpersonal, pues permite descubrir fortalezas y capacidades que no se creen tener, puede encontrar con gusto participar en grupos de ayuda mutua, por medio de los cuales se comparten temores, experiencias, alegrías, y se consolida un vínculo de confianza.

Las preguntas 21 en adelante permitieron indagar sobre ideas, pensamientos o creencias irracionales que obstaculizaran el tratamiento, ALS, menciona que lo que más se le ha dificultado de repente es la situación emocional negativa (desanimo) de repente no le encuentra interés a tomar sus medicamentos mayormente cuando se ve limitado por la demanda de trabajo y el poco tiempo del que a veces dispone para seguir su plan de alimentación adecuada debido al cambio de turno en su trabajo, dado que en algunas ocasiones le toca trabajar en el turno nocturno.

Los cambios más importantes que ha hecho en su nuevo proyecto de vida es dejar de consumir bebidas azucaradas, iniciar con 20 minutos de actividad física, y aceptar la incorporación al grupo de ayuda mutua se siente mejor y ha notado resultados muy visibles, comenta que la médica que lo atendió la primera ocasión le invito a que antes de que se fuera de la consulta se estableciera una meta para cumplirla en un mes y al mes que acudió a su consulta la doctora reconoció su logro y celebró el esfuerzo realizado.

A la fecha de la entrevista ALS muestra resultados de laboratorio antes de incorporarse al grupo de ayuda mutua y posterior al ingreso, en la consulta por urgencia se encontró una glucosa de 337 mg/dl por prueba rápida, posteriormente en los primeros resultados de laboratorio reportan una glucosa de 308 mg/dl para esa ocasión aún no se incorporaba al grupo de ayuda mutua, por lo que la doctora decide continuar con tratamiento vía oral manejado con glibenclamida y metformina, a los 2 meses de haber aceptado incorporarse al grupo de ayuda mutua y empezar a modificar habitos los resultados de

laboratorio muestran cifras de 86 mg/ dl, lo que causo asombro y felicitaciones por parte del personal de salud hacia el paciente, han transcurrido aproximadamente 6 meses del diagnostico y ALS ha logrado adherirse a su tratamiento, en la actualidad solo toma la metformina y sus cifras de glucosa reportadas por laboratorio oscilan entre 84 y 69 mg/dl, y la presión arterial se mantiene en cifras de 120/80, 115/80 lo que indica paciente controlado, en cuanto al peso ha logrado bajar 3kg, pero ha disminuido considerablemente el perimetro abdominal, por lo tanto el riesgo de complicaciones es bajo.

4.2 Discusión

El objetivo de investigar la importancia y el papel que juega la motivación en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, era para determinar las principales condiciones motivantes del paciente con enfermedad crónico degenerativa y promover intervenciones psicoeducativas que permitieran motivar el autocuidado, dicha investigación evidenció que la importancia de la motivación como principal factor en la adherencia terapéutica reside en que la cantidad de esta se determina por las actitudes e ideas que muestra el paciente, sobre el grado de conocimiento que tiene en cuanto a la enfermedad de diabetes e hipertensión arterial.

De acuerdo a las investigaciones previas realizadas y a la presente investigación, para lograr una adherencia terapéutica en pacientes que acuden a consulta ambulatoria se debe realizar desde dos vertientes: punto de vista médico (endocrinólogo, medicina interna, cardiología, oftalmología y otros especialistas si fuera necesario) y, punto de vista psicoterapéutico (psicología, psiquiatría en caso de ser necesario).

Desde el punto de vista médico se deben asumir las siguientes funciones:

-Responsabilidad de reorganizar la alimentación, mediante la realización de una dieta individualizada para cada paciente y en cada momento concreto de la evolución de la enfermedad crónico degenerativa, además de establecer el plan farmacológico para subsanar los problemas asociados a la enfermedad.

-Se debe promover educación nutricional, donde se informa al paciente de aspectos como: asegurar que el hecho de iniciar una dieta, no es equivalente de matarse de hambre, se

deberá explicar los requerimientos nutricionales necesarios para el control de la diabetes e hipertensión, (obtención de un equilibrio de energía y los componentes del gasto energético).

-Empoderar a los pacientes desde la psico- educación en el manejo de riesgos personales, ambientales y sociales a fin de lograr estilos de vida saludables, el promover un cambio en los hábitos y conducta del paciente con diabetes e hipertensión arterial mediante la sensibilización al autocuidado y autorresponsabilidad de su salud, a través del conocimiento de las implicaciones de esta enfermedad.

Por otra parte, desde el punto de vista Psicológico se deben promover terapia individual a aquellos pacientes que requieran este tipo de terapia o en su caso, a los pacientes que recién son diagnosticados y que se acaban de incorporar a su tratamiento en clínicas de primer nivel de atención, con el objetivo de motivarlos para su posterior incorporación a un grupo de ayuda mutua.

De acuerdo a Saravia & Bernaus (2007), afirman que las actitudes apoyan a la motivación, y sin motivación no es posible lograr adherencia terapéutica, la motivación es la fuerza que determina nuestro interés, esfuerzo, deseo y afecto, sin embargo, esta puede cambiar y evolucionar según las metas y prioridades individuales, tal y como lo describen los autores Luna, García & Barragán (2014).

Con lo anteriormente descrito, lo que se trata de dar a entender es lo que describen las autoras González, Tinoco, Benhumea. (2011). “Las emociones individuales se elevan a lo colectivo, siendo este mismo colectivo el que modifica a su vez el desarrollo de las emociones individuales”. (p. 267).

Lo que explicaría, que los grupos de ayuda mutua en pacientes con enfermedades crónico degenerativas pueden resultar de suma importancia y apoyo en el control de enfermedades crónico degenerativas, pues despertaría una motivación para el paciente el no sentirse solo en el proceso de salud enfermedad, todos sabemos que no resulta lo mismo ir solo que ir acompañado al cine, algún concierto o algún parque de diversiones, como se ha mencionado anteriormente, es necesario compartir nuestras emociones, y cuanto más intensas sean, más apremiante es el deseo de comunicación.

Cada enfermedad tiene sus propias particularidades biológicas y como experiencia cada individuo y familia tienen sus propias interpretaciones y significados, las cuales pueden

estar influidas por el género, las condiciones de vida y la motivación que tenga cada individuo para lograr adherirse a su tratamiento.

Las enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes, el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión, no solo afectan la salud física, ya que tiene un fuerte impacto psicosocial, en la presente investigación se dejó ver que una de las mayores dificultades para el tratamiento no es solo la baja conciencia que tienen los pacientes de su enfermedad, sino que aun cuando las reconozcan, existe una falta de implicaciones proporcional a la gravedad de su situación, es muy frecuente que nieguen su enfermedad, se resistan o abandonen el tratamiento debido a la intensa relación entre cambios de hábitos y conductas alimentarias.

5 PROPUESTAS

Las enfermedades crónico degenerativas en México tienen una alta tasa de prevalencia, siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, lo que constituye que México enfrente importantes desafíos en salud, sobre todo en la atención primaria en las enfermedades crónico degenerativas, en la actualidad resulta prioritario encontrar un tratamiento efectivo enfocado en mejorar la adherencia terapéutica, con el menor gasto posible, pero con resultados altamente elevados que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La presente investigación, evidencio que para lograr adherencia terapéutica en las enfermedades crónico degenerativas es de vital importancia integrar un modelo de atención interdisciplinario basado en la dinámica Bio-psico-familiar, en el cual además de brindar un tratamiento farmacológico se oriente y desarrollen intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas, para lograr un mejor control de la enfermedad, de manera que este trabajo es un punto de partida para cambiar la visión en la atención a las enfermedades crónico degenerativas.

En la actualidad la atención medica tradicional se centra básicamente en lo que resulta verdaderamente urgente corregir en el paciente y deja a un lado la parte holística del paciente y su entorno, en el caso de las enfermedades crónico degenerativas es importante recordar que la enfermedad aparece por la relación de diferentes causas es decir, la diabetes e hipertensión son enfermedades de causa multifactorial, no solo de origen fisiológico, sino

también psicológico, las percepciones psicosociales pueden influir en la adherencia terapéutica y por consiguiente en la calidad de vida.

Como sugerencia en la atención que se brinda en las clínicas de primer nivel de atención, es necesario incluir además del médico, enfermera, trabajador social, nutriólogo, la atención de personal de psicología, pues es importante tomar en cuenta las emociones, los sentimientos, el impacto psicológico al que se enfrenta el paciente, en ocasiones se ignora el entorno social, el ambiente familiar y las características propias de cada paciente.

El paciente no necesita ser regañado, culpado o señalado por el personal de salud por no estar controlado en su padecimiento, el paciente necesita ser escuchado, orientado y motivado, de manera que es importante reconocer el esfuerzo y los pequeños logros que cada persona con enfermedad crónica degenerativa realiza con el fin de mejorar su estado de salud.

Desde el punto de vista de la psicología las intervenciones realizadas en el grupo de ayuda mutua permiten al individuo y sus familias entender y asumir de una manera más pacífica, informada, concientizada la condición crónica de su enfermedad.

En lo que se refiere a la evaluación del paciente es importante explorar el área psicológica, dado que el paciente experimenta sentimientos de preocupación, ansiedad, tristeza, incertidumbre o irritabilidad, considerando que en algunas ocasiones son señalados por su red más cercana, como culpables por padecer dicha enfermedad, en el área física presentan alteraciones en el sueño, cansancio físico, molestias musculares, solo por mencionar algunas, en el ámbito familiar el paciente considera volverse una sobrecarga para su familia, sobre todo en los adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas pues, ellos necesitan de un cuidador primario y por ello el familiar modifica sus responsabilidades adoptando el rol de cuidador.

En lo que respecta a lo laboral el paciente en ocasiones tiene que abandonar su trabajo o reducir el número de horas que labora semanalmente, a lo cual el paciente percibe como pérdida en su autonomía y disminución en los ingresos económicos, y es aquí donde el psicólogo aborda esas áreas en conjunto con el médico y otras disciplinas.

Los grupos de ayuda mutua y el trabajo interdisciplinario son herramienta útil para ayudar al paciente en el control de la enfermedad crónica en las unidades de primer nivel de atención, dado que en la adherencia terapéutica, no conlleva solo una conducta a modificar,

más bien implica un repertorio de conductas y comportamientos que resultan ser de riesgo para la salud, el trabajo en los grupos de ayuda mutua permite al paciente incorporar un estilo de vida con conductas saludables; mismas que se desarrollaran a partir de la interacción del paciente en el proceso de la enfermedad.

6 CONCLUSIONES

Con la presente investigación se puede analizar la frase que dijera el Doctor Charles Everett Koop (1916-2013), reconocido cirujano pediatra estadounidense y experto en salud pública. “Los medicamentos no funcionan en los pacientes que no se los administra”.

En la adherencia terapéutica es importante que el paciente entienda su padecimiento, que este informado y pregunte a su médico sobre sus dudas respecto al tratamiento, para poder lograr una adherencia terapéutica la motivación sí juega un papel importante para el control de las enfermedades crónico degenerativas, se tiene que aceptar la enfermedad para modificar hábitos, la aceptación es el resultado del duelo que experimenta por la pérdida de un estado saludable.

No solo basta promover la interacción del paciente y su familia, se debe explicar por qué el tratamiento y el cuidado son a largo plazo, en un principio no se verán grandes cambios, pero la constancia en la práctica de estilos saludables llevara al logro de grandes resultados, sin embargo, no debemos olvidar que es un proceso progresivo, por muy mínimo que sea el avance se debe reconocer el trabajo del paciente para motivar el esfuerzo que ha realizado.

Durante el desarrollo de esta investigación no se aplicaron pruebas psicológicas para medir nivel de ansiedad, depresión, estrés, riesgo de conducta suicida, trastornos de la conducta alimentaria, adicciones, pero cabe resaltar que sería importante considerarlo ya que permite llevar a cabo un modelo de atención psicológica considerando las principales necesidades de atención del nivel cognitivo y emocional que se presentan y afectan la adherencia terapéutica.

Dentro de las ventajas de la propuesta de ingresar a los pacientes a un grupo de ayuda mutua se encuentra que es un recurso que permite transmitir información, favorece la comprensión de los riesgos y cambios que implica un nuevo estilo de vida adecuados a la edad, género, nivel sociocultural y económico además de ser un medio que no requiere de recurso económico.

Por otra parte, una desventaja, sería la falta de tiempo de los pacientes para acudir a las reuniones del grupo de ayuda mutua, además de que se requiere perseverancia y constancia para ver logros significativos en la adherencia terapéutica implican un periodo de 6 meses aproximadamente.

El empleo del método fenomenológico respondió la pregunta de investigación, porque la motivación es de vital importancia dentro de la adherencia terapéutica, en lo que respecta al objetivo de determinar las principales condiciones motivantes del paciente, se encontró que la principal condición motivante es el apoyo familiar con el que cuenta, ALS es una persona joven con deseos de poder ser padre, y mejorar la imagen corporal, el paciente considera que aparenta más edad cronológica de la que tiene.

ALS antes de incorporarse a un grupo de ayuda mutua (octubre 2022) manejaba glucosas mayores a 300mg/ dl y al finalizar esta investigación (marzo- abril 2023) los resultados del laboratorio reportan cifras de 86 mg/ dl, lo que comprueba que cuando se cumple con la adherencia terapéutica los medicamentos sí funcionan, los grupos de ayuda mutua empoderan a la población en el autocuidado evitando riesgos y complicaciones en las enfermedades crónico degenerativas.

En lo que se refiere a la atención médica, sí influye el trato que se brinde y la información que se le proporciona al paciente, ALS refirió sentirse motivado cuando el personal de salud reconocía los avances y cambios que iba teniendo, en lugar de “regañarlo” lo orientaban y aplaudían los logros por mínimos que estos fueran, ALS sigue participando activamente en el grupo de ayuda mutua y trata de concientizar a sus compañeros para ayudarles a mejorar su calidad de vida.

6.1 Líneas futuras de investigación

Enfermar es una de las experiencias más angustiantes que experimenta el ser humano, la enfermedad representa una limitante, pues produce una ruptura de la vida cotidiana para empezar hacer cambios en el estilo de vida, estos cambios sin duda generan sufrimiento a quien la padece, y por ende la enfermedad crónica ocasiona un fuerte desgaste emocional tanto en el paciente, como en los cuidadores primarios de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Por ello considero que valdría la pena realizar investigaciones en donde se evalué el desgaste físico y emocional, y brindar intervenciones desde el modelo cognitivo conductual.

Es importante que al inicio del tratamiento se debe explorar el ambiente familiar, pues de ello depende que el paciente se sienta motivado y apoyado por los integrantes de su familia para lograr adherencia terapéutica, el manejo del estrés dependerá en medida del paciente con enfermedad crónico degenerativa, de la interacción y de la buena comunicación que exista entre las personas con las que convive.

Para lograr una regulación emocional en el paciente con enfermedad crónico degenerativa, la participación de la familia juega un rol fundamental, pues la estructura de la personalidad dentro de un contexto multifamiliar, permite objetivar mejor la vulnerabilidad del paciente. El tener problemas familiares serios puede repercutir en el control de la enfermedad crónica.

Otro punto que también considero relevante investigar es la percepción de calidad de vida en las enfermedades crónico degenerativas, la calidad de vida es fundamental e importante a lo largo de todo el ciclo vital, sin embargo, al momento de evaluarla en diferentes etapas de la vida los resultados serán sin duda diferentes, pues, los parámetros para percibirla buena, regular o mala depende en gran medida de la forma subjetiva que perciba la persona estudiada al concepto calidad de vida y estos se van modificando de acuerdo a las necesidades y componentes con los que están vinculados.

REFERENCIAS

- Ávila. G, Gómez. P, Sosa. P, Vicente. A, Vega. G, Franco, B. (2013). Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Universidad de Guanajuato. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300006
- Barba, J. (2018). México y el Reto de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. Revista Latinoamericana de Patología Clínica. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>
- Batista. A, Gálvez. M, Hinojosa, I. (2010). Bosquejo Histórico sobre las principales teorías de la motivación y su influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. 26, N.2. Ciudad de La Habana, abril-junio, 2010. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200017
- Candelaria. M, García. I, Estrada, B. (2016). Adherencia al Tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. Revista mexicana de trastornos alimentarios vol. 7 no. 1 Tlalnepantla enero7junio. 2016. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100032
- Cardozo. R, Loaiza. L, Guevara. H, Ortunio. M, Sánchez, K. (2010). La motivación de los estudiantes de medicina de la universidad de Carabobo. Una aproximación teórica. Comunidad y Salud, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 16-24. Universidad de Carabobo, Maracay, Venezuela. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740246004.pdf>

Chóliz, M. (2004). Psicología de la Motivación: el proceso motivacional. Universidad de Valencia.
Recuperado de:

<https://www.uv.es/=cholz/asignaturas/motivacion/Proceso%20motivacional.pdf>

Flórez, L, Vélez, H & Rojas, M. (2014). Intervención Motivacional en Psicología de la Salud: Revisión de sus Fundamentos Conceptuales, Definición, Evaluación y Estado Actual. *Psychología. Avances de la disciplina*, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 49-71. Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756004.pdf>

Forero, H, Juyó, D, Pulido, W. (2018). Influencia de la Motivación en el Aula como Estrategia de Aprendizaje en Estudiantes de Básica Secundaria. *Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Facultad de Ciencias Sociales, grupo de Investigación Psicología, Neurociencia y Desarrollo*. Recuperado de: <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/11113/influencia%20de%20la%20motivacion%20en%20el%20aula.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gálvez, A. (2006). Motivación hacia el estudio y la cultura escolar: Estado de la cuestión *Pensamiento Psicológico*, vol. 2, núm. 6, enero-junio, 2006, pp. 87-101, Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100608>

García, R. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* Vol.6, No. 4. Ciudad de la Habana octubre-noviembre. 2007. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002

- García. Á, Landa. P, Serrano, K. (2018). El entrenamiento Online de Habilidades Interpersonales: Comparación de dos grupos de estudiantes de psicología clínica. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Autónoma de México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, vol. 21 No. 1. marzo 2018. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num1/Vol21No1Art9.pdf>
- Gil. A, Jiménez. R, Moreno. M, Moreno. B, Del Villar. F, García, L. (2010). Análisis de la Motivación Intrínseca a través de las necesidades Psicológicas básicas y la dimensión subjetiva de la toma de decisiones en jugadores de voleibol. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, vol. 5, 1, enero-junio, 2010, pp. 29-44. Universidad Las Palmas de Gran Canaria, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311126267003.pdf>
- González. N, Tinoco. A, & Benhumea, L. (2011). Salud mental emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. Espacios Públicos, vol. 14, núm. 32, septiembre-diciembre, 2011, pp. 258-279. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>
- Hernández. A, Bautista. M, González. C, González. V, Jiménez. D, Reyes. K, & Sáenz, A. (2018). Intervenciones desde el enfoque cognitivo-conductual: Revisión de Casos Clínicos. Coordinación General de Estudios de Posgrado e Investigación, Universidad Autónoma de Coahuila. Recuperado de: <http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2020/04/Libro-TCC-2018.pdf>
- Hernández. R, Fernández. C, Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación, 6ta edición. Editorial McGrawHill. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

- Juárez. M, De La Cruz. J, Baena, A. (2017). El estrés y las enfermedades crónicas. Revista de Medicina Familiar. Andal Vol. 18, No 2, octubre, noviembre, 2017. Recuperado de: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n2_12_artEspecial.pdf
- Lluch, M. (1999). Construcción de una Escala para evaluar la salud mental positiva. Universidad de Barcelona, División de Ciencias de la salud, Facultad de Psicología. Recuperado de: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf?sequence...
- Loreto. M, Tárraga. M, Nuria. R, Panisello. J, Gálvez. A, Serrano. J, Rodríguez. J, Tárraga, P. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. Revista Nutrición Hospitalaria. Vol. 30, No. 4, Madrid octubre 2014. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100003
- Luna. A, García. L, Barragán. (2014). El modelo Transteórico y Adherencia Terapéutica en Adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología 7(1), 49-58, junio 2014. Universidad de Guanajuato, México. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4905115.pdf>
- Maldonado. A, González. E, Cajigal, E. (2019). Representaciones sociales creencias epistemológicas. Conceptos convergentes en la investigación social. Cultura representaciones soc vol. 13 no. 26 Ciudad de México mar. 2019. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102019000100412
- Martínez. G, Martínez. L, Lopera. J, Vargas, N. (2016). La Importancia de la Adherencia Terapéutica. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, vol.14, núm. 2, pp. 107-116. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/3755/375546666003/html/>

Martins. P, Lima. A, Silva, S. (2018). Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria. *Enferm. Glob.* Vol.17 no. 52 Murcia oct. 2018 Epub 01-Oct-2018. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400512

Maslow, A. (1991). Libro Motivación y Personalidad. Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid (España). Recuperado de: <https://batalloso.com/wp-content/uploads/2021/09/Maslow-Abraham-Motivacion-Y-Personalidad.pdf>

Morán. A, Menezes, E. (2016). La motivación de logro como impulso creador de bienestar: Su relación con los cinco grandes factores de la personalidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2, núm. 1, 2016. Pp. 31-40. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores. Badajoz, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777004.pdf>

Neus. P, Valverde, I. (2020). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Servicios de Farmacia. Hospital Clínica de Barcelona. Universidad de Granada, España.* Recuperado: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Servicios de Salud. Manual de Prevención y Control de Enfermedades crónicas no Transmisibles. Atención primaria en salud.* Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34520/9789503802397_spa.pdf

Ortega. J, Sánchez. D, Rodríguez. O, Ortega, J. (2018). Adherencia Terapéutica: un problema de atención médica. *Revista Scielo, Acta médica Grupo Ángeles vol.16 no.3 México jul/sep.*

2018. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

Orozco, A, Castiblanco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Psicología, 24(1), 203-217. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf>

Oviedo, M. (2019). Psicología de la Salud y Adherencia al Tratamiento. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/download/2879/2902?inline=1#:~:text=La%20adherencia%20terap%C3%A9utica%20no%20solo,partir%20de%20la%20interacci%C3%B3n%20del>

Padovan, I. (2020). Teorías de la motivación. Aplicación Práctica. Trabajo de Investigación. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. Recuperado de: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15664/teorias-de-la-motivacin.-aplicacin-prctica.pdf

Palmero, F, Gómez, C, Carpi, A, Guerrero, C. (2007). Perspectiva Histórica de la Psicología de la motivación. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Jaume I de Castellón, España. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242008000200004

Pascual, R. (2015). La Motivación en Terapia: Un Análisis Funcional. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/669271/pascual_verdu_ricardo_de.pdf?sequence=1

- Piña, J. (2009). Motivación en Psicología y Salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2009, pp.27-35. Universidad de Santo Tomás, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67916259003.pdf>
- Pisano. M, González, A. (2013). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, la motivación clave para el control de la enfermedad crónica. *Revista de enfermería clínica*. Centro de salud de Figaredo, Asturias, España. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-habitos-adherencia-terapeutica-S1130862113001757>
- Reyes. E, Trejo. R, Arguijo. S, Jiménez. A, Castillo. A, Hernández. A, Mazzoni., L. (2016). Adherencia Terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
- Rodríguez, D (2013). Enfermedad crónica avanzada, padecimiento psíquico y Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (1), 75-92. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922013000100007
- Sociedad Mexicana de Psicología. Código Ético del Psicólogo, 4ª edición México; Trillas, (2007). Recuperado de: https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- Urzúa. A, Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012, vol. 30, No 1, 61-71. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

Valverde. B, Pérez, B. (2020). Emociones durante la vivencia de enfermedades crónico degenerativas en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión. Universidad Autónoma de Coahuila. Departamento de Psicología. Revista científica, tecnológica y humanística. Recuperado de: <http://www.cienciacierta.uadec.mx/2020/07/01/emociones-durante-la-vivencia-de-enfermedades-cronico-degenerativas-en-pacientes-con-diabetes-mellitus-e-hipertension/>

Vicente. B, Bonilla. J, Vicente. E, Costa. M, Zerquera, G. (2016). Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. Rev. Finlay vol.6 no.2 Cienfuegos abr-jun. 2016. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200002

APÉNDICES



“CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Usted ha sido invitado Por la Alumna. Vasti Aranda López, a participar en el proyecto de investigación sobre el tema “La motivación como Factor principal de la Adherencia Terapéutica”, el cual tiene por objetivo Investigar la importancia y el papel que juega la motivación en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, este proyecto de investigación corresponde al módulo Seminario de Titulación. Bajo la supervisión de la Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza que pertenece a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM de la carrera de Psicología SUAyED.

A partir del presente documento se solicita su autorización para llevar a cabo una entrevista, la cual será aplicada por la alumna. Vasti Aranda, cabe señalar que no existen respuestas buenas o malas, solo es con fines de investigación.

Es importante destacar que su decisión a participar en el sondeo es completamente voluntaria, la información que usted proporcione será resguardada bajo estricto anonimato y confidencialidad, los datos obtenidos serán utilizados únicamente para lograr el objetivo del sondeo, la participación no causa ningún daño físico, psicológico, y no tiene costo económico, así mismo recibirá respuesta a cualquier duda o pregunta relacionada con la presente investigación, y podrá retirar su consentimiento en el momento que así lo decida, en caso de no aceptar participar, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

He leído la información contenida en el presente documento, he comprendido que mi participación es voluntaria, que mis datos serán resguardados bajo confidencialidad y anonimato, solo serán utilizados para cumplir con el objetivo mencionado, así mismo entiendo que tengo derecho a que mis dudas sean aclaradas, de igual manera he sido informada que la participación no genera ningún daño ni costo económico, por lo cual doy consentimiento para participar en el sondeo.

Nombre y Firma del voluntario _____



Entrevista

Nombre _____

Edad _____ Padecimiento Actual _____

Sexo _____ Tiempo padeciendo _____

- 1.- ¿Cuándo iniciaron los primeros síntomas de Diabetes Mellitus2 e Hipertensión?

- 2.- ¿Cuánto tiempo paso desde la presencia de síntomas hasta que acudió al médico?

- 3.- ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión?

- 4.- ¿Actualmente recibe tratamiento médico o farmacológico?

- 5.- ¿Con cuántas personas vive y cuál es su parentesco con ellas (ej. hijos, esposo, etc.)?

- 6.- ¿Cómo definiría (o cómo es) su relación con su... ? (buena, mala, regular) (la misma pregunta para las personas con las que viva).

- 7.- ¿Ha dejado de salir con amigos a causa de su enfermedad?

- 8.- ¿Me podría comentar, qué tipo de apoyo recibe por parte de familia u otras personas respecto a su enfermedad y tratamiento?

9.- ¿El apoyo que recibe de familiares y/o amigos, para qué le ha servido?

10.- En cuanto a las indicaciones del médico relacionadas con su tratamiento médico, ¿Ha sentido apoyo y comprensión por parte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.) que la han atendido?

11.- ¿Qué le motiva a ingerir sus medicamentos puntualmente? ¿Por qué?

12.- ¿Acude a chequeo en el periodo que el médico le indica? ¿qué le motiva a acudir a sus citas médicas?

13.- ¿Asiste a consultas y/o realización de pruebas de sangre (análisis clínicos) puntualmente?

Para detectar si cuenta con información sobre su enfermedad para reconocer sus síntomas.

14.- ¿En qué otras ocasiones usted acude al médico?

15.- ¿Considera que cuenta con la información necesaria para detectar síntomas respecto a su enfermedad?

-En caso de No-

¿Cuáles son las razones por las que usted cree que se debe esto?

16.- ¿Sigue las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de los síntomas relacionados con su enfermedad?

17.- ¿El médico le ha aconsejado seguir algún tipo de dieta? ¿Respetas la dieta indicada por el médico?

18.- ¿Me podría platicar si por recomendación médica ha dejado de realizar conductas como por ejemplo fumar, dejar de ingerir algún tipo de alimento, o algún tipo de bebida?

19.- ¿Conoce usted los riesgos de no continuar o seguir el tratamiento médico al pie de la letra? ¿me podría comentar algunos?

20.- ¿Me podría comentar qué piensa o cuáles son sus ideas sobre tener que tomar un medicamento diariamente?

21.- ¿Cuándo no presenta dolor o algún tipo de síntoma deja el tratamiento?

22.- ¿En cuanto al seguimiento de tratamiento o acudir al médico, es necesario que otros le recuerden?

23.- ¿Qué situaciones considera que le impiden seguir al pie de la letra su tratamiento?

24.- ¿Cómo le ha afectado la Diabetes Mellitus en su capacidad de concentración, memoria, motricidad, movimiento, etc.?

25.- ¿Le ha afectado su enfermedad en su estado de ánimo o a nivel psicológico? ¿cómo?

26. ¿Cómo le ha afectado a su vida familiar o social su enfermedad?

27. En general, ¿en qué otras áreas o actividades de su vida considera que su enfermedad le han afectado en cuanto a su desempeño? (laboral, recreativa, labores del hogar, etc.) Y ¿cómo le han afectado?

28.- ¿Cuáles son los cambios que ha tenido que hacer en su vida a causa de la enfermedad

Las siguientes preguntas permitirá indagar si existen ideas, pensamientos o creencias irracionales que puedan obstaculizar su tratamiento.

¿Qué es lo que se le ha dificultado y/o facilitado en su tratamiento en estos últimos 15 días?

- Toma de medicamentos
- Cambio de Hábitos
- Realizar Actividad Física
- Seguir su plan de Alimentación y horarios
- Acudir a sus citas médicas
- Situación emocional negativa(desanimado) repentina

¿Qué es lo que se le ha facilitado en su tratamiento en estos quince días?

- Toma de medicamentos
- Cambio de Hábitos
- Realizar Actividad Física
- Seguir su plan de Alimentación
- Organizar sus comidas, tipo de alimentación y horarios

- Acudir a sus citas médicas
- Apoyo emocional de las personas a su alrededor

¿Qué limitante considera usted que interfiere para no poder llevar a cabo su tratamiento?

- Situación económica
- Familiar
- Laboral
- Disposición de Tiempo para acudir a consultas
- Física (tiene alguna dificultad o discapacidad física)

¿Qué piensa la paciente respecto a su enfermedad?

- Es un castigo de Dios
- Es algo que ella se provocó por su estilo de vida
- Es algo que heredó de su familia
- Otro (Especificar)

¿Conoce los riesgos de su enfermedad?

- Mucho
- Poco
- Casi nada
- Nada

¿Se siente adherida a su tratamiento?

- Mucho
- Poco
- Casi nada
- Nada

Por último, ¿cuál es el principal motivo por el cual usted cumple o no con el tratamiento médico?