

II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

La adhesión a los tratamientos en los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2: cómo resolver un problema social.

Azzollini, Susana Celeste y Bail Pupko, Vera.

Cita:

Azzollini, Susana Celeste y Bail Pupko, Vera (2010). *La adhesión a los tratamientos en los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2: cómo resolver un problema social*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-031/256>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/wcf>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA ADHESIÓN A LOS TRATAMIENTOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2: CÓMO RESOLVER UN PROBLEMA SOCIAL

Azzollini, Susana Celeste; Bail Pupko, Vera
Ministerio de Salud de la Nación - UBACyT, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

La diabetes es uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes debido a las complicaciones asociadas. Un 75% de los pacientes incumple su dieta y un 80% comete errores en la administración de insulina (Surwit, 1983). Se realizó una investigación de tipo descriptivo con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas y su relación con la adhesión a las pautas de tratamiento que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 que concurrían a hospitales públicos seleccionados, durante el año 2009. Se seleccionó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes que fueron encuestados con: cuestionario de datos personales, laborales y familiares, inventario de afrontamiento, escala sobre prácticas de autocuidado. Los datos fueron analizados estadísticamente. Resultados: la valoración de la enfermedad como desafío promueve la aparición de estrategias activas de afrontamiento que resultaron las más apropiadas para mejorar el cumplimiento de las pautas de autocuidado. Los hallazgos se discuten en relación con la importancia de favorecer una reestructuración cognitiva en torno a la enfermedad, una búsqueda activa de información y la potenciación de una red social de apoyo satisfactoria que pueda brindar tanto guía cognitiva como apoyo instrumental en el marco de las intervenciones con este tipo de pacientes.

Palabras clave

Diabetes Afrontamiento Autocuidado Tratamiento

ABSTRACT

ADHESION TO TREATMENTS IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF DIABETES TYPE 2: HOW TO SOLVE A SOCIAL PROBLEM
Diabetes seems to be one of the more frequent and important illnesses due to its complications. A 75% of patients don't follow the diet and a 80% make mistakes with the insulin administration (Surwit, 1983). The more the psychological variables imply at the disease are known, the better the interventions to adherence to treatments will be. A descriptive research was made with the aim of knowing how the ways of coping can affect the adherence to selfcare, in patients suffering from diabetes type 2 who attended to Public Hospitals in 2009. A probabilistic sample of 337 patients was selected to answer: a questionnaire about biographic, personal, laborer, and social network's questions, a self-care practices scale, the Ways of coping Inventory. The results were statistically analyzed. It was found that the valuation of the illness as a challenge helps to use active ways of coping which improve the adherence to self care. According to the breakthroughs, the interventions must be focused on the cognitive restructuring concerning the disease, as well as an active search of information and a satisfying social support.

Key words

Diabetes Coping Self-CARE Treatment

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad crónica no transmisible es un fenómeno que ocupa un lugar importante en la situación de salud de la población mundial, que afecta la calidad de vida del individuo y repercute en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales (Krieger y Davey Smith, 2004). La diabetes mellitus es un ejemplo de esta situación, cuya interferencia puede abarcar aspectos tanto de la vida familiar como de la laboral, económica y social. Es una de las patologías consideradas como uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas por su tratamiento y por las complicaciones degenerativas asociadas (ceguera, nefropatías, cardiopatías, etc.). Desde un punto de vista psicosocial, la diabetes tipo 2 es considerada como una enfermedad de curso progresivo lento no fatal y no incapacitante (Rolland, 2000).

La prevalencia de la diabetes en el mundo para todas las edades está estimada en 4.4% en el 2030 (Wild et al., 2004). Según la OMS (2002), es la sexta causa de muerte en adultos de más de 60 años. En el año 2005, García y Castro y cols. encontraron que los principales problemas en pacientes con diabetes eran: los aspectos laborales, los cuales se relacionaban con puestos de trabajo no afines, dificultades para cumplir la dieta o las indicaciones médicas en el trabajo y en los horarios laborales rotativos.

May y cols. (2009) consideran que la carga que significa el tratamiento de enfermedades crónicas, reduce la capacidad de los pacientes para cooperar en el cuidado de sí mismos. Y agregan que, para ser efectiva, la atención debe ser menos perturbadora, ya que las estrategias que se han desarrollado han creado una carga creciente para los enfermos. Esta carga que el tratamiento supone, induce a un mal cumplimiento del mismo, un despilfarro de recursos y a malos resultados. La no adhesión, además de suponer que los pacientes no mejoran, trae aparejado un alto costo económico: medicamentos que se utilizan pero no se consumen, agravamiento de dolencias por la falta de tratamiento y hospitalizaciones evitables. Según Fernández y Pérez Álvarez (1996) sólo entre un 7% y un 20% de los pacientes cumple con el seguimiento de las prescripciones, mientras que un 75% incumple su dieta y un 80% comete errores en la administración de insulina (Surwit, Feinglos y Scovern, 1983). De hecho, cuando las recomendaciones son de tipo profiláctico, y no hay síntomas, la adhesión es baja (Hayes et al., 2008). Frente a esta situación, es necesaria una intervención que intente ajustar los regímenes de tratamiento a la realidad de las vidas cotidianas de los pacientes (May y cols., 2009).

Ya que, justamente, aunque es una enfermedad que no se puede curar, es posible controlarla y como consecuencia de esto, reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo. La diabetes tipo 2, se presenta por lo general después de los treinta años y se asocia con obesidad. Por lo tanto, el tratamiento incluye: pérdida de peso, control de la dieta, y en ocasiones hipoglucemiantes y/o insulina. El éxito del tratamiento y la prevención de complicaciones dependen de la adhesión que el paciente tenga al mismo. Para esto, es necesaria la adquisición de una serie de habilidades con distinto grado de complejidad, y la mayoría de las veces modificando antiguos hábitos.

La enfermedad pasa a formar parte de la vida de quien la padece y afecta de diferente modo el desarrollo de esa persona y la de los miembros de la familia. El efecto que tendrá en cada uno de ellos va a depender de una serie de factores, tales como la edad al comienzo de la enfermedad, los compromisos que tiene la persona en ese momento y, la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre (Rolland, 2000). Además, este efecto estará modulado diferencialmente según el tipo de mecanismo de resolución del problema que se active. Estos procesos, definidos por Lazarus y Folkman (1986) como estrategias de afrontamiento, involucran aspectos cognitivos y comportamentales que el individuo desarrolla frente a demandas específicas internas y/o externas. La persona evalúa la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) y procede a desarrollar estrategias para la resolución la situación problemática en que se encuentra. Dichas estrategias de afrontamiento pueden ser: cognitiva dirigida a la situación, cognitiva dirigida a la emoción, conductual motora dirigida a la situación, conductual motora dirigida a la

emoción, simple pasividad o, evitación (Cano Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Dado que el tratamiento de la diabetes requiere de la participación activa del paciente, porque éste debe aprender habilidades de distinto grado de complejidad (manipulación de jeringas, confección de menús, entre otras), resulta razonable suponer que las estrategias de afrontamiento empleadas favorecerán u obstaculizarán la adhesión al tratamiento que, por lo general, exige cambiar hábitos y rutinas ya establecidas, como por ejemplo en la alimentación y los ejercicios.

OBJETIVO:

Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas y su relación con la adhesión a las pautas de tratamiento que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 que concurrían a hospitales públicos seleccionados, durante el año 2009.

MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal.

Población y muestra: La población estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurrían a los consultorios externos de Nutrición y/o Diabetología de los hospitales seleccionados durante la realización de la investigación. Teniendo en cuenta las estadísticas trimestrales (enero, febrero y marzo de 2007) de los nosocomios, y en función del total de pacientes que concurrían a los citados servicios por consultas externas se estimó una población de 2.730 pacientes. Se realizó un muestreo de tipo probabilístico al azar sistemático de los pacientes que se atendían en dichos consultorios. Se concurreó a los consultorios y se encuestó a uno de cada 5 pacientes que ingresaban. El tamaño muestral fue de 337 casos (Nivel de confianza: 95%. Nivel de error: +/- 5%).

Instrumentos y técnicas de recolección de datos: Se utilizaron fuentes primarias, ya que se administraron a los pacientes los siguientes instrumentos: un cuestionario de datos personales donde se indagaban también los cambios producidos por la enfermedad en los ámbitos laboral y familiar y una escala de frecuencias de prácticas de autocuidado (ambos elaborados *ad hoc*), el inventario de valoración y afrontamiento de Cano Vindel y Miguel-Tobal (2001), validado por Leibovich de Figueroa (2002).

Para su administración, los instrumentos fueron contrabalanceados. Antes de ser aplicados al estudio definitivo todos los instrumentos fueron sometidos a análisis de validez y confiabilidad en el contexto de un estudio piloto.

Análisis de datos: Los datos se analizaron, con el soporte técnico del software Spss 11.5, a través de análisis estadísticos descriptivos, bi y multivariados, según el nivel de medición de las variables, aceptándose un error menor al 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS:

En el análisis de las prácticas de autocuidado, según las estrategias de afrontamiento utilizadas, se encontró que las personas que valoran la situación como desafío presentan un mayor cumplimiento de las prácticas de autocuidado en general ($r = .37$) y, de manera específica, en cuanto a dieta ($r = .25$), a medicación y autoexámenes ($r = .23$), a ejercicios físicos ($r = .30$) y a cuidado de los pies ($r = .24$). En cambio, valorar la situación como una amenaza no correlaciona con una mayor adhesión a los tratamientos, salvo con el cuidado de los pies aunque con un coeficiente muy bajo ($r = .12$) posiblemente cuando ya se presentó una complicación al respecto. Asimismo, valorar la situación como irrelevante no favorece la realización de prácticas de autocuidado, obviamente porque no se visualiza la necesidad de prevenir complicaciones.

En cuanto al tipo de afrontamiento, todos los afrontamientos activos correlacionan significativa y positivamente con el cumplimiento de las prácticas de autocuidado (cognitivo dirigido a la situación: $r = .26$; cognitivo dirigido a la emoción: $r = .37$; conductual motor dirigido a la situación: $r = .45$; conductual motor dirigido a la emoción: $r = .47$); contrariamente, el afrontamiento evitativo correlaciona de manera inversa ($r = -.25$) y el pasivo no presenta relación alguna.

De hecho, la valoración de la situación como desafío presenta

correlaciones estadísticamente significativas y positivas con todos los afrontamientos activos (cognitivo dirigido a la situación: $r = .44$; cognitivo dirigido a la emoción: $r = .51$; conductual motor dirigido a la situación: $r = -.44$; conductual motor dirigido a la emoción: $r = .49$) e inversa con el afrontamiento evitativo ($r = -.17$).

En otros términos, valorar la situación como desafío y afrontarla activamente es lo que favorece una mayor adherencia a las pautas de tratamiento que pueden prevenir las complicaciones de corto y largo plazo. Inversamente, evitar el problema sólo facilita un menor cumplimiento de las indicaciones médicas.

DISCUSIÓN:

La tecnología y los avances en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades que hasta hace pocos años eran fatales. La consecuencia es el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas que se constituyen en principal causa de discapacidad (Vega Angarita y González Escobar, 2009). Según informe de la Organización Mundial de la Salud (2008), la carga mundial de enfermedades no transmisibles sigue aumentando y hacerle frente, constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. La diabetes tipo 2 es una de estas enfermedades, cuyo impacto económico en las sociedades va en aumento. No se trata solo del costo de los tratamientos, sino también del ausentismo que produce y las jubilaciones a edad temprana. Se convierte de esta forma en una preocupación que lleva a elaborar políticas de salud y sociales para atenderla.

Se encontró que cuando los pacientes de hospitales públicos valoran la situación de padecer esta patología como un desafío, mayor es la activación de estrategias de afrontamiento cognitivo tanto dirigido a la situación como a la emoción y conductual motor, también dirigido tanto a la situación como a la emoción, e inversamente, cuanto más la valoran como una amenaza, mayor es la probabilidad de que la afronten de manera evitativa. Quiere decir que cuando la persona puede valorar la situación de enfermedad como un desafío en su vida, es cuánto más se activan los mecanismos para hacerle frente desde el punto de vista de la resolución de problemas, como desde el punto de vista de las emociones que acompañan la enfermedad, permitiéndole asumir el control a través de la adhesión a los tratamientos. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Ortiz Parada (2006) en su estudio realizado con adolescentes con diagnóstico de diabetes tipo 1.

Valorar la situación como desafío suele implicar la necesidad de una reestructuración cognitiva del problema, en tanto que el afrontamiento activo incluye la búsqueda de información (enfoque psico-educativo), una relación médico paciente donde el paciente forme parte activa en su tratamiento y el fomento de una red social de apoyo satisfactoria que pueda brindar tanto guía cognitiva como apoyo instrumental. Estos ítems deberían tenerse en cuenta al planificar cualquier intervención con este tipo de pacientes. En este sentido, parece importante también estudiar la adhesión a los tratamientos en relación con conocimiento de los pacientes sobre el sentido de las diferentes prácticas de autocuidado. Esperar obediencia a largo plazo es menoscabar la autonomía de los pacientes y sobrevaluar la influencia de los profesionales de la salud. Sólo la comprensión acabada de las relaciones entre conductas (afrontamiento y adhesión) y consecuencias (síntomas y complicaciones) permite a los pacientes tener una percepción de control sobre su calidad de vida (Gordon & Benishek, 1996). Por otra parte, parece necesario realizar nuevos estudios en poblaciones vulnerables que presentan dificultades en el acceso a los hospitales públicos.

BIBLIOGRAFIA

- CANO VINDEL, A. y MIGUEL-TOBAL, J.J. (2001) Emociones y salud. Ansiedad y Estrés, 7, 2/3: 111-121.
- FERNÁNDEZ, C. y PÉREZ ALVAREZ, M. (1996) "Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes". En: Buela-Casal, G.; Caballo, V.E. Y Sierra, J.C., Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud, Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- GORDON, P.A., & BENISHEK, L.A. (1996) The experience of chronic illness: Issues of loss and adjustment. Journal of Personal and Interpersonal Loss, 1

(3), 299-307.

HAYES, E., CYNTHIA MCCAHOON, C., REEVE PANAH, M., HAMRE, T. y KAREN POHLMAN, K. (2008) "Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Volume 20, Issue 3, 155-162.

KRIEGER, N. y DAVEY SMITH, C. (2004) "Bodies count", and body counts: social epidemiology and embodying inequality. *Epidemiologic Reviews*, 26: 92-103

LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos* Barcelona: Ed. Martínez Roca.

LEIBOVICH DE FIGUEROA, N.B., SCHUFER, M. (2002) El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos, Buenos Aires, Eudeba.

MAY, C.; MONTORI, V.; MAIR, F. (2009) Necesitamos una medicina menos perturbadora, Agosto 2009 Disponible en URL: http://www.rivas-salud.org/agregados/584_Necesitamos%20una%20medicina%20menos%20perturbadora.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002), *Investing in Health: A Summary of Findings of the Commission of Macroeconomics and Health*, Geneva: WHO.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008), *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

ORTIZ PARADA, M. (2006) Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Terapia psicológica*, Vol. 24, Nº. 2, 2006, 139-148.

ROLLAND, J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*, Madrid: Gedisa.

SURWIT, R.S.; FEINGLOS, M.N. y SCOVERN, A.W. (1983) "Diabetes and behavior: a paradigm for health psychology", *American Psychologist*, 38, 225-262

VEGA ANGARITA, OM., GONZÁLEZ ESCOBAR, DS. (2009) "Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica", *Enfermería Global*, nro. 16, junio 2009

WILD, S., ROGLIC, G., GREEN, A., SICREE, R., KING, H. (2004) *Global Prevalence of Diabetes*. *Diabetes Care* 27:1047-1053.

CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE INDIVIDUOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Baldi López, Graciela

Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis. Argentina

RESUMEN

Actualmente, se considera a la Calidad de vida (CV) como un concepto multidimensional y multidisciplinario que debe ser valorado desde la presencia de condiciones materiales y subjetivas-espirituales que permitan el desarrollo psicobiológico y social-histórico del ser humano. La salud con la CV tiene una doble relación: la salud es una de sus dimensiones más importantes y, a la vez, un resultado de ella. En esta relación salud-CV, los padecimientos crónicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) repercuten en el bienestar de quienes los padecen y de sus allegados. El objetivo de esta investigación fue explorar la percepción de la CV, utilizando la versión adaptada a la población argentina del Cuestionario WHOQOL-100 (Bonicatto y Soria, 1998), en 33 individuos diagnosticados con Hipertensión Arterial Esencial. Los resultados mostraron que las variables sociodemográficas que más impactaron en la CV de estas personas fueron la edad y los ingresos monetarios, observándose que el aumento de la primera afectaba negativamente la percepción subjetiva de la CV, mientras que el incremento de la segunda favorecía la satisfacción con diversos aspectos de la misma.

Palabras clave

CV Hipertensión Salud Satisfacción

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN A GROUP OF SUBJECTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION.

Quality of life (QOL) is nowadays considered a multidimensional and multidisciplinary concept which includes the presence of material and subjective-spiritual conditions leading to the psychobiological and social-historical development of the human being. Health is doubly related to QOL: it is one of its most important dimensions, and at the same time, it is a result of QOL. In this relationship between health and QOL, chronic illnesses such as arterial hypertension and diabetes mellitus influence the wellness of patients and their families. The aim of this research was to explore QOL perceptions, using the adapted version for Argentinean population of the questionnaire WHOQOL-100 (Bonicatto & Soria, 1998) in 33 subjects diagnosed with Essential Arterial Hypertension. The results showed that the sociodemographic variables which impacted more on their QOL were age and income. It was observed that aging affected negatively the subjective perception of the QOL, while the increase of income favoured satisfaction with several aspects of life.

Key words

QOL Hypertension Health Satisfaction