



UAT



La enfermedad crónica usualmente se encuentra determinada por estilos de vida inapropiados que asociados a factores genéticos o ambientales determinan su etiología; son estos estilos o conductas determinantes del avance progresivo, el desarrollo de complicaciones y por tanto de su desenlace fatal. Habría que agregar que la mayoría de las enfermedades de tipo crónico requieren de tratamientos mixtos (médicos y psicológicos), interfieren en el funcionamiento óptimo de la persona, impactan en la calidad de vida, pueden generar dolor e incapacidad y en países como México, constituyen desde hace años las principales causas de muerte y, por lo tanto, uno de los principales problemas de salud.

Este libro busca ofrecer al lector un panorama de las principales aportaciones en el estudio e intervención de la enfermedad crónica, enfatizando el papel de la psicología de la salud como disciplina que cuenta con las herramientas y técnicas capaces de contribuir en la condición del paciente, su familia en su calidad de vida y por su puesto en su condición de salud. Está constituido por ocho capítulos, tres de ellos teóricos y cinco empíricos que abordan el papel de variables psicosociales y de estrategias de intervención ante padecimientos como la diabetes mellitus tipo dos, la hipertensión arterial y diversos tipos de cáncer, enfermedades cuya incidencia y prevalencia merman día a día los recursos destinados a la salud sobre todo en países en desarrollo como el nuestro.

ISBN UAT: 978-607-8626-83-0
ISBN Colofón: 978-607-635-075-1



Aportaciones para el estudio e intervención psicosocial en enfermedades crónicas

Aportaciones para el estudio e intervención psicosocial en enfermedades crónicas



Rafael Armando Samaniego Garay | Luz Adriana Orozco Ramírez
José Luis Ybarra Sagarduy | Isauro García Alonzo



UAT



**Aportaciones para el
estudio e intervención
psicosocial en
enfermedades
crónicas**

Aportaciones para el estudio e intervención psicosocial en enfermedades crónicas /Rafael Armando Samaniego Garay, José Luis Ybarra Sagarduy, Luz Adriana Orozco Ramírez, Isauro García Alonzo .—Ciudad de México : Colofón ; Universidad Autónoma de Tamaulipas, 2019.
204 págs. ; 17 x 23 cm.

1.

LC:

DEWEY:

Centro Universitario Victoria
Centro de Gestión del Conocimiento. Tercer Piso
Cd. Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87149
consejopublicacionesuat@outlook.com

D. R. © 2019 Universidad Autónoma de Tamaulipas
Matamoros SN, Zona Centro Ciudad Victoria, Tamaulipas C.P. 87000
Consejo de Publicaciones UAT
Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • www.uat.edu.mx



Fomento Editorial Una edición del Departamento de Fomento Editorial
de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria
Ciudad Victoria, Tamaulipas, México
Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT
ISBN UAT: 978-607-8626-83-0

Colofón
Franz Hals núm. 130, Alfonso XIII
Delegación Álvaro Obregón C.P. 01460, Ciudad de México
www.paraleer.com/colofonedicionesacademicas@gmail.com
ISBN Colofón: 978-607-635-075-1

Publicación financiada con recurso PFCE 2019

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra incluido el diseño tipográfico y de portada, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento del Consejo de Publicaciones UAT.

Impreso en México • *Printed in Mexico*

El tiraje consta de 400 ejemplares

Este libro fue dictaminado y aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT mediante un especialista en la materia. Asimismo fue recibido por el Comité Interno de Selección de Obras de Colofón Ediciones Académicas para su valoración en la sesión del primer semestre 2019, se sometió al sistema de dictaminación a “doble ciego” por especialistas en la materia, el resultado de ambos dictámenes fue positivo.

Aportaciones para el estudio e intervención psicosocial en enfermedades crónicas

Rafael Armando Samaniego Garay
José Luis Ybarra Sagarduy
Luz Adriana Orozco Ramírez
Isauro García Alonzo
Coordinadores



UAT





Ing. José Andrés Suárez Fernández
PRESIDENTE

Dr. Julio Martínez Burnes
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Manuel Cappello Y García
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
VOCAL

Dra. Rosa Issel Acosta González
VOCAL

Lic. Víctor Hugo Guerra García
VOCAL

Consejo Editorial del Consejo de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dra. Lourdes Arizpe Slogher • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Amalio Blanco** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dra. Rosalba Casas Guerrero** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Francisco Díaz Bretones** • Universidad de Granada, España | **Dr. Rolando Díaz Lowing** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Manuel Fernández Ríos** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dr. Manuel Fernández Navarro** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dra. Juana Juárez Romero** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dr. Manuel Marín Sánchez** • Universidad de Sevilla, España | **Dr. Cervando Martínez** • University of Texas at San Antonio, E.U.A. | **Dr. Darío Páez** • Universidad del País Vasco, España | **Dra. María Cristina Puga Espinosa** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Luis Arturo Rivas Tovar** • Instituto Politécnico Nacional, México | **Dr. Aroldo Rodríguez** • University of California at Fresno, E.U.A. | **Dr. José Manuel Valenzuela Arce** • Colegio de la Frontera Norte, México | **Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle** • Universidad de Santiago de Compostela, España | **Dr. Alessandro Soares da Silva** • Universidad de São Paulo, Brasil | **Dr. Akexandre Dorna** • Universidad de CAEN, Francia | **Dr. Ismael Vidales Delgado** • Universidad Regiomontana, México | **Dr. José Francisco Zúñiga García** • Universidad de Granada, España | **Dr. Bernardo Jiménez** • Universidad de Guadalajara, México | **Dr. Juan Enrique Marcano Medina** • Universidad de Puerto Rico-Humacao | **Dra. Ursula Oswald** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Arq. Carlos Mario Yori** • Universidad Nacional de Colombia | **Arq. Walter Debenedetti** • Universidad de Patrimonio, Colonia, Uruguay | **Dr. Andrés Piqueras** • Universitat Jaume I, Valencia, España | **Dr. Yolanda Troyano Rodríguez** • Universidad de Sevilla, España | **Dra. María Lucero Guzmán Jiménez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dra. Patricia González Aldea** • Universidad Carlos III de Madrid, España | **Dr. Marcelo Urra** • Revista Latinoamericana de Psicología Social | **Dr. Rubén Ardila** • Universidad Nacional de Colombia | **Dr. Jorge Gissi** • Pontificia Universidad Católica de Chile | **Dr. Julio F. Villegas** • Universidad Diego Portales, Chile | **Ángel Bonifaz Ezeta** • Universidad Nacional Autónoma de México

Índice

Prefacio	9
1. Adherencia al tratamiento de personas con diabetes: Revisión teórica	13
Brenda Sarahí Cervantes-Luna	
María del Consuelo Escoto Ponce de León	
Pamela Elizabeth Estévez Mendoza	
2. La adherencia al tratamiento en la diabetes Tipo II. Una tarea abordada desde la Psicología de la Salud	33
Patricia Balcázar Nava	
Gloria Margarita Gurrola Peña	
María de Lourdes del Río Mendoza	
Antonio Laguna Camacho	
Sonia González Valeriano	
3. Programa de intervención en adherencia al tratamiento y calidad de vida en adolescentes con Diabetes Tipo I y su familia	73
Luz Adriana Orozco Ramírez	
José Luis Ybarra Sagarduy	
Alinne Cristina Vargas Olmedo	
Alma Elvira de León Barrón	
Daniela Romero Reyes	
4. Perfil educativo de pacientes de oncología pediátrica beneficiarios de la Asociación AMANC Zacatecas	97
Silvia del Carmen Miramontes Zapata	
Estefanía Dorado López	
5. Apoyo social y afrontamiento: Su relación e importancia ante la enfermedad crónica	121
Isauro García Alonzo	
Marlén Alejandra Guerrero Limón	
Gloria Velia Reyna Barajas	
MacKaay (1976)	

6. Intervención cognitivo-conductual y mindfulness para mujeres con cáncer de mama	139
Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	
Ernesto Cotonieto Martínez	
Ana Yareli Escudero Castelán	
7. Estrategias de afrontamiento y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer en Zacatecas	161
Yasmín García Rosas	
Rafael Armando Samaniego Garay	
Mónica Beatriz Vázquez Esseso	
8. Programa de intervención cognitivo conductual para mejorar calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial	181
Dacia Yurima Camacho Mata	
Hadda Esmeralda Rodríguez	
Luis Felipe Castillo Cortés	

Prefacio

Desde la psicología de la salud, los estudios, investigaciones e intervenciones del proceso de salud y enfermedad han sido grandes aportaciones. Esta disciplina resalta el papel de las conductas saludables por encima de aquellas consideradas patógenas, e incluye el papel de variables emocionales, sociales, ambientales y relacionales en la explicación y predicción de la conducta en pro de la salud o aquella asociada con la enfermedad. Estos y otros factores intrínsecos o extrínsecos deben ser considerados en el desarrollo de diversos problemas de salud, particularmente aquellos cuya condición de cronicidad terminan por generar un mayor impacto al paciente a su familia y en general a todo su entorno.

La enfermedad crónica usualmente se desarrolla por estilos de vida inapropiados que, asociados a factores genéticos o ambientales, determinan su etiología; son estos estilos o conductas las que condicionan el avance progresivo, el desarrollo de complicaciones y por lo tanto su desenlace fatal. Habría que agregar que la mayoría de las enfermedades de tipo crónico requieren de tratamientos mixtos (médicos y psicológicos), interfieren en el funcionamiento óptimo de la persona, impactan en la calidad de vida, pueden generar dolor e incapacidad y en países como México, constituyen desde hace años las principales causas de muerte y por lo tanto uno de los principales problemas de salud.

Este libro busca ofrecer al lector un panorama de las principales aportaciones en el estudio e intervención de la enfermedad crónica, enfatizando el papel de la psicología de la salud como disciplina que cuenta con las herramientas y técnicas capaces de contribuir en la condición del paciente, su familia, en su calidad de vida y por supuesto en su condición de salud. Está constituido por ocho capítulos, tres de ellos teóricos y cinco empíricos que abordan el papel de variables psicosociales y de estrategias de intervención ante padecimientos como la diabetes mellitus tipo dos, la hipertensión arterial y diversos tipos de cáncer, enfermedades cuya incidencia y prevalencia merman día a día los recursos destinados a la salud, sobre todo en países en desarrollo como México.

En los capítulos teóricos, los autores realizan un análisis de la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus, así como de los factores personales, ambientales y relacionales asociados con el seguimiento y cuidado de esta enfermedad, apoyándose en los principales modelos teórico-explicativos de la psicología y resaltando las principales técnicas psicológicas pertinentes para la intervención y mejora de la adherencia. Se revisa también el papel del apoyo social en el afrontamiento, su relación e importancia en torno a las enfermedades crónicas,

ofreciendo un análisis de los modelos teóricos de estas variables, sus características, así como su relevancia ante algunas de las principales enfermedades de carácter crónico, apoyados en artículos de carácter científico que resaltan el papel de estas variables psicosociales.

De los cinco capítulos empíricos, tres de ellos describen el papel de programas de intervención y los resultados encontrados en la aplicación de dichos programas.

El primero describe el procedimiento de aplicación de un programa de intervención en adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes diabéticos Tipo uno y su familia, donde los autores rescatan el papel de técnicas como la psicoeducación, la relajación, la reestructuración cognitiva y la solución de problemas en pacientes atendidos en el Hospital Infantil de Tamaulipas y su familia; reafirmando la importancia de estas técnicas en el manejo de la diabetes y de síntomas pediátricos como la depresión, la ansiedad y problemas de conducta.

En el segundo, se analiza la propuesta de un programa cognitivo conductual y mindfulness para mujeres con cáncer de mama, en donde los autores describen los resultados de un proceso de validación por jueces del programa que tiene el objetivo de brindar herramientas para el manejo del dolor, el bienestar y la calidad de vida de mujeres con este tipo de cáncer, considerando aspectos de tipo éticos y metodológicos desde la visión de la psicología de la salud.

Se analiza también el desarrollo de un programa cognitivo conductual con el objetivo de mejorar la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial. En este capítulo, los autores describen los resultados de la aplicación de cuatro módulos, en ellos se utilizaron técnicas psicoeducativas, de relajación, asertividad y reestructuración cognitiva; destacando el éxito del programa en el incremento de la calidad de vida y seguimiento de las recomendaciones médicas, resaltando la labor de la psicología de la salud y el papel de la intervención ante esta y otras enfermedades de condición crónica.

En otro apartado se presenta el perfil educativo de pacientes oncológicos pediátricos del estado de Zacatecas. Se describe el perfil de 74 pacientes de entre 3 a 26 años en tratamiento médico y seguimiento por cáncer, los resultados y conclusiones resaltan los grandes problemas de ausentismo y atraso escolar presentes en esta población, así como el poco margen de acción presente en las leyes y normas de educación actuales.

En el último capítulo, los autores muestran el análisis de las estrategias de afrontamiento y su relación con la sobrecarga en cuidadores de enfermos con cáncer que son atendidos en una Unidad de Especialidades Médicas de Oncología, en el estado de Zacatecas, mostrando que los cuidadores utilizan mayoritariamente

estilos de afrontamiento dirigidos al problema, así como la ausencia de sobrecarga en los participantes. Se resalta la vulnerabilidad en la que poco a poco se ven inmersos los cuidadores principales de enfermos crónicos.

Las enfermedades crónicas son uno de los grandes retos a los que se enfrenta el sistema de salud en México además de representar un costo elevado para las personas, las familias y los sectores de salud público y privado, por lo tanto esperamos que el lector encuentre en el libro una aportación útil y practica que le permita tener herramientas para desarrollar programas de prevención o de intervención en población afectada con este tipo de enfermedades, teniendo en cuenta determinantes sociales y factores conductuales de riesgo, priorizando intervenciones con enfoque de género, interculturalidad y de tipo comunitario. Los problemas de salud afectan la calidad de vida de las personas, debemos de considerar a la salud un derecho humano universal que debe preservarse.

Rafael Armando Samaniego Garay
José Luis Ybarra Sagarduy
Luz Adriana Orozco Ramírez
Isauro García Alonzo

1

Adherencia al tratamiento de personas con diabetes: Revisión teórica

Brenda Sarahí Cervantes-Luna
María del Consuelo Escoto Ponce de León
Pamela Elizabeth Estévez Mendoza

Resumen

El presente capítulo trata de cubrir los siguientes objetivos: 1) Comprender qué es la adherencia al tratamiento de la diabetes y describir los principales modelos en salud y adherencia terapéutica; 2) Identificar los factores personales, interpersonales, ambientales y los asociados al tratamiento, que se relacionan con la adherencia terapéutica; 3) Describir técnicas psicológicas empleadas en la promoción de la adherencia al tratamiento de la diabetes.

Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por altos niveles de azúcar en la sangre, esto debido a que el páncreas no produce suficiente insulina, o bien, a que el organismo no emplea de manera eficiente la insulina que produce (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). La diabetes está asociada a complicaciones biológicas, psicológicas y sociales (Arredondo y De Icaza, 2011; International Diabetes Federation [IDF], 2015; Martínez, Lastra y Luzuriaga, 2002), tanto en las personas que la padecen como en los cuidadores primarios. De esta manera, es importante que el tratamiento de la diabetes sea individualizado y que se fomente una alianza entre la persona con diabetes, la familia y el equipo de salud (American Diabetes Association [ADA], 2002).

El tratamiento de la diabetes debe estar orientado a mantener el nivel glucémico en parámetros normales a través del seguimiento de una dieta balanceada, el ejercicio físico regular, la administración de fármacos y/o de insulina, y el manejo del estrés emocional (OMS, 2014) y a la promoción de estilos de vida saludables (IDF, 2015). También es importante que en el tratamiento de la diabetes se involucre un

equipo multidisciplinario de profesionales de la salud con experiencia en el manejo de esta enfermedad (p. e. médicos, enfermeros, nutriólogos, psicólogos, psiquiatras, etcétera; ADA, 2002).

No es de extrañarse que la diabetes conlleve altos costos directos (consulta, diagnóstico, medicamentos, hospitalización y complicaciones) e indirectos (mortalidad prematura, pérdida de productividad por invalidez permanente o temporal, deterioro en la calidad de vida). Al respecto, se estima que en México el costo anual de atención a la diabetes es de 3872 millones de dólares y se prevé que para el 2030 el costo anual será de 745 billones de dólares (Secretaría de Salud, 2015).

Como puede notarse, la diabetes tiene implicaciones importantes tanto en el paciente como en los que lo rodean, por lo que resulta indispensable contar con tratamientos eficaces que coadyuven a la disminución de complicaciones biopsicosociales y a la reducción de los costos asociados a dicho padecimiento. En este tenor, es importante reconocer que el tratamiento sólo será eficaz si existe una adecuada prescripción médica y una adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, no obstante, existe evidencias de que las personas con diabetes no se adhieren eficazmente al tratamiento (OMS, 2004), situación que coloca a los pacientes en condición de riesgo para el desarrollo de complicaciones crónicas (p. e. pérdida de la vista, daño renal, infarto de corazón o cerebral, etcétera; OMS, 2016). En el presente capítulo se abordará la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes.

¿Qué es la adherencia al tratamiento?

La adherencia al tratamiento es el cumplimiento del mismo, es decir, involucra todas las acciones (p. e. toma la medicación, de acuerdo con la dosificación) prescritas durante el tratamiento (OMS, 2004). En el caso de la diabetes, la adherencia al tratamiento es un constructo que ha evolucionado a través del tiempo, por lo que se pueden identificar cuatro etapas en su conceptualización: 1) unitaria, en donde el control de la enfermedad se basa únicamente en el equilibrio glucémico; 2) dicotómica, en donde se habla en términos de adherencia y no adherencia; 3) estática, en donde la adherencia es el resultado del seguimiento de órdenes; y, 4) dinámica, compuesta y multifactorial, la cual se construye mediante acuerdos entre el equipo de salud y el paciente (Araneda, 2009).

Con base en dichas etapas, en la literatura médica y psicológica se han utilizado distintas palabras (p. e. cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión, concordancia y cumplimiento) para referirse a la adherencia al tratamiento, sin embargo, la mayoría de ellas sólo

se refieren a una actitud estática por parte del paciente, dejando de lado la postura dinámica, compuesta y multifactorial de la adherencia al tratamiento (Libertad, 2004). De este modo, Libertad propone una definición de adherencia al tratamiento:

Conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (Libertad, 2004, 5to párrafo de la reflexión).

Esta definición permite rescatar al menos cuatro características importantes de la adherencia terapéutica: 1) se trata de una conducta, 2) el paciente comprende el tratamiento y el plan para su cumplimiento, 3) el paciente y el profesional de la salud trabajan en conjunto, y 4) el paciente participa activamente en el tratamiento para lograr el resultado esperado.

Modelos en salud y adherencia terapéutica

Debido a que existen distintas variables involucradas en el proceso de salud-enfermedad, se han desarrollado cerca de 52 teorías y 60 modelos en salud pública (Alonso, 2004), los cuales han sido fundamento para desarrollar e implementar intervenciones orientadas a promover la adherencia, desde la psicología de la salud. Algunos de los enfoques teóricos son la Teoría de la Acción Razonada y la Autoeficacia (Teoría Social Cognitiva). En cuanto a los modelos en salud destacan el de Creencias en Salud, Modelo Transteórico, entre otros (Ortiz y Ortiz, 2007).

Enfoques teóricos de la adherencia

Teoría de la Acción Razonada

La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) explica que la intención es un indicador que puede predecir la conducta, es decir, para comprender la conducta primero hay que identificar cuál es la intención de las personas. La intención puede estar sujeta a la actitud o a las normas subjetivas. La actitud surge a partir de la percepción de las consecuencias, por lo que las personas toman una actitud sobre lo que creen que deben hacer. Las normas subjetivas parten de una valoración social, en donde las personas perciben que otros creen que se debe actuar de algún modo en particular. Es decir, la conducta es el resultado de la intención de realizar algo, con base en dos elementos, 1) las creencias que uno mismo tiene acerca de cómo debe actuar, o bien, 2) con base en lo que se percibe que los demás creen que se debe realizar (Figura 1). Con base en el paradigma de la Teoría de la

Acción Razonada, las creencias, las actitudes, las intenciones son elementos clave para predecir la conducta de adherencia al tratamiento.

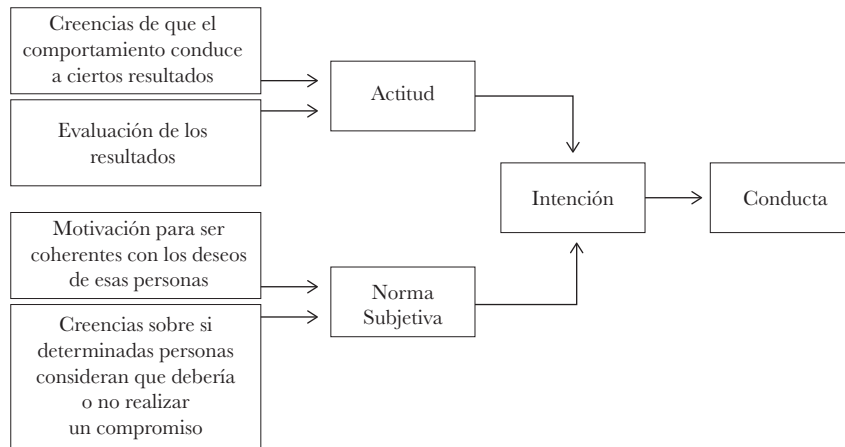


Figura 1. Teoría de la Acción Razonada. Retomada de Rueda, Fernández-Laviada y Herrero (2013, p. 144).

Autoeficacia (Teoría Social Cognitiva)

La Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1995) postula que el pensamiento regula la motivación y la conducta humana. En este proceso, están involucradas tres tipos de expectativas: situación, resultado y autoeficacia. La autoeficacia es la creencia que tiene una persona acerca de su capacidad para implementar acciones orientadas a un resultado deseado.

Diversas investigaciones han aportado evidencia de que la autoeficacia influye en las conductas específicas para preservar la salud, por ejemplo, realizar ejercicio, manejar el estrés y controlar el dolor (Olivari y Urra, 2007), por lo que la autoeficacia puede tener efectos directos e indirectos sobre la adherencia al tratamiento, específicamente en cuanto a la realización de dieta y ejercicio físico (Martos-Méndez, 2015).

Modelos en salud para la adherencia

Modelo de Creencias en Salud

El modelo de Creencias en Salud permite explicar el comportamiento orientado a preservar la salud y prevenir la enfermedad. Este modelo parte de la hipótesis de que la conducta es parte de dos cosas, la primera, el valor que las personas otorgan a una meta y, la segunda, la estimación que las personas hacen sobre la

probabilidad de que sus acciones contribuyan a alcanzar dicha meta (San Pedro y Roales-Nieto, 2003).

En el ámbito de la salud, puede hablarse del deseo de prevenir una enfermedad o de recuperar la salud y de la creencia de que conductas específicas pueden contribuir a alcanzar dicha meta (prevenir la enfermedad o recuperar la salud, Maiman y Becker como se citó en San Pedro y Roales-Nieto, 2003), lo que podría verse reflejado en la adherencia al tratamiento.

Modelo Transteórico

El Modelo Transteórico (Prochaska y Velicer, 1997) se fundamenta en la premisa de que el cambio del comportamiento es un proceso que subyace a diferentes niveles de motivación para cambio. Las etapas para lograr un cambio comportamental son:

- Precontemplación. Esta etapa se caracteriza por la nula intención de lograr un cambio en la conducta.
- Contemplación. En este momento la persona percibe un problema y manifiesta una intención al cambio, por lo que comienzan los intentos para modificar el comportamiento.
- Preparación. Es la etapa en la que las personas manifiestan su decisión al cambio y comienza con el establecimiento de metas y planea estrategias para alcanzar el cambio.
- Acción. En este momento del proceso, las personas ponen en marcha diferentes acciones orientadas al cambio. En esta etapa, las personas pueden sufrir recaídas, o bien, progresar a la etapa de mantenimiento.
- Mantenimiento. Manteamiento. Como su nombre lo indica, esta etapa se caracteriza por un cambio estable en el comportamiento.
- Terminación. Finalmente, en esa etapa el cambio se da por completo, por lo que las personas pueden resistir a tentaciones que los regrese al comportamiento inicial.

Existe evidencia de que el Modelo Transteórico es un enfoque que puede promover cambios favorables en cuanto los hábitos saludables y la ejecución de actividades de autocuidado, en adolescentes con diabetes tipo 1 (Rodríguez y García y Barragán, 2014).

Medición de la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes

La medición de la adherencia al tratamiento permite saber si los cambios en la salud pueden atribuirse o no al régimen recomendado. En el caso de la diabetes, la adherencia al tratamiento se mide a partir de técnicas indirectas, directas y

combinadas (López-Romero, Romero-Guevara, Parra y Rojas-Sánchez, 2016). La Tabla 1 presenta una lista de los indicadores directos e indirectos para medir la adherencia al tratamiento de la diabetes:

Tabla 1. Medidas de la adherencia al tratamiento de la diabetes

Medidas de la adherencia al tratamiento de la diabetes	
Directas	Indirectas
Niveles glucémicos	Registros de reclamaciones de los medicamentos en farmacia.
Proporción de posesión del medicamento, la cual es una relación de medicación recibida durante un lapso de tiempo determinado.	Cuestionario de valoración del comportamiento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Universidad de Iowa 1997.
Monitoreo electrónico de la medicación	Test de Haynes-Sackett.
Monitorización de la medicación en tiempo real, la cual calcula el número de días sin dosificación, proporción de dosis omitidas, tomadas dentro de periodo de tiempo de ventana predefinido y establecido.	Test de predicción de la adherencia de Morisky
	Test de Morisky-Green para adherencia a la medicación.
	Registros de reclamaciones de los medicamentos en farmacia.

Fuente: ADA (2015).

Debido a que el tratamiento de la diabetes se enfoca en regular el nivel de azúcar en la sangre, la medición de la glucosa en sangre (glucemia) es uno de los principales indicadores para saber si la persona se adhiere o no al tratamiento. Al respecto, las pruebas de glucosa se pueden realizar en diferentes momentos del día (p. e. en ayunas [pre-prandial] y después de comer [post-prandial]). Para monitorear los niveles glucémicos se utilizan dos pruebas, principalmente: glucómetro y valor de la hemoglobina glucosilada (HbA1c).

El glucómetro es un aparato electrónico que emplea tiras reactivas, donde al colocarse una gota de sangre, se obtienen los resultados inmediatos de los niveles de glucosa en sangre, la Tabla 2 muestra la clasificación de los niveles de glucemia (ADA, 2015).

Tabla 2. Clasificación de niveles de glucemia

Glucemia	Niveles
Hipoglucemia	55mg/dl o menos
Normoglucemia	Entre 70 y 100 mg/dl (en ayunas)
Hiperoglucemia	100 mg/dl o más (en ayunas)

Nota: mg/dl = miligramos/decilitro. Fuente: ADA (2015).

La HbA1c es un indicador considerado el estándar de oro para medir el control de la diabetes. La HbA1c refleja el promedio de la glucosa en sangre durante un período de 2.5 a 3 meses (Blanc, Barnett, Gleason, Dunn y Soeldner, 1981). Un indicador asociado a la HbA1c, es el eAG (promedio estimado de glucosa), el cual también apoya para conocer el control metabólico y, al igual que el glucómetro, utiliza las unidades de miligramos/decilitro (mg/dl). De manera general, se recomienda un nivel de 7% de HbA1c, lo cual equivale a un eAG de 154 mg/dl, sin embargo, esto puede variar de acuerdo a cada caso (ADA, 2014).

Adicional a las pruebas en sangre para medir los niveles de glucosa, es importante realizar una prueba de orina para identificar los niveles de cetonas, las cuales se segregan cuando existen niveles bajos de insulina en sangre y cuando se ocupa la grasa, en vez de la glucosa, para generar energía. Así, los niveles de cetonas pueden ser un indicador para medir la adherencia al tratamiento de la diabetes (ADA, 2014).

Prevalencia de adherencia al tratamiento

En general, la diabetes presenta niveles bajos de adherencia terapéutica, situación que se ha convertido en un problema de salud pública (Ortiz y Ortiz, 2007) y, aunque las personas con diabetes tipo 1 tienen mayor apego al monitoreo de glucosa, al régimen alimenticio y a la actividad física, en comparación con las personas con diabetes tipo 2, los índices de adherencia al tratamiento siguen siendo bajos.

Específicamente, existen índices bajos en relación al auto monitoreo de glucosa y la administración de insulina, donde se presentan errores comunes -voluntarios o involuntarios-, tales como inyecciones no higiénicas, dosis incorrectas, omisiones intencionales de insulina y aquellos relacionados a la búsqueda de control de peso. En cuanto al seguimiento del régimen alimenticio, los datos de adherencia terapéutica son variables, ya que algunas investigaciones informan niveles bajos, mientras que otras informan de una adherencia que oscila entre 60 y 70%. Finalmente, respecto al ejercicio físico y medidas de autocuidado (p. e. cuidado de

los pies), los porcentajes de adherencia al tratamiento indican activación regular (OMS, 2014).

Particularmente en mujeres embarazadas, un estudio (Balas-Nakash, Rodríguez-Cano, Muñoz-Manrique, Vásquez-Pena y Perichart-Perera, 2010), identificó que las mujeres con diabetes gestacional, en comparación con mujeres con diabetes tipo 2, presentan mayor tasa de adherencia al tratamiento (41.9% y 37.7%, respectivamente). Este es un dato interesante ya que, contrariamente, un porcentaje mayor de mujeres con diabetes tipo 2 (84%) percibe que se adhiere al plan de tratamiento, en comparación con el porcentaje de mujeres con diabetes gestacional (70%). Asimismo, las mujeres embarazadas que utilizan insulina presentan mayor adherencia al tratamiento, comparadas con las mujeres que no usan insulina (77.95% y 67.38%, respectivamente).

El problema de la no adherencia al tratamiento

Cuando el tratamiento involucra acciones que no pueden ser supervisadas por personas ajenas al paciente, éste se convierte en la única persona que puede decidir si cumple o no con las indicaciones terapéuticas (Ortiz y Ortiz, 2007). En el caso de la diabetes, si los pacientes no se adhieren al tratamiento de manera correcta, éstos pueden presentar una descompensación glucémica, lo que a su vez conduce a graves complicaciones médicas (Sánchez-Guerrero, Romero, Rodríguez, Rangel y Muñoz, 2012).

La falta de adherencia al tratamiento para la diabetes se asocia con diversas complicaciones médicas, a la dificultad para evaluar la efectividad de los tratamientos, al deterioro en la calidad de vida de los pacientes y a los gastos médicos que pueden impactar negativamente en la economía del país (OMS, 2004).

Al respecto, se sabe que existen diversos factores clave en la adherencia al tratamiento, los cuales se han adjudicado únicamente a la responsabilidad del paciente, no obstante, la psicología de la salud reconoce que no existe un factor único y estático (Ortiz y Ortiz, 2007), sino que la adherencia terapéutica es un proceso más complejo que contempla: a) la aceptación convenida del tratamiento, b) el cumplimiento del tratamiento, c) la participación activa en el cumplimiento, y d) el carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento (Libertad, 2004).

Desde esta perspectiva, la responsabilidad de la adherencia terapéutica se extiende a quienes proveen atención médica, a los sistemas de salud y a la familia (Ortiz y Ortiz, 2007). De esta manera, la OMS (2004) describe cuatro tipos de factores relacionados con la adherencia al tratamiento: 1) Características del tratamiento y la enfermedad; 2) Factores intrapersonales; 3) Factores interpersonales; y, 4) Factores ambientales. La Figura 2 presenta una síntesis de dichos comportamientos.

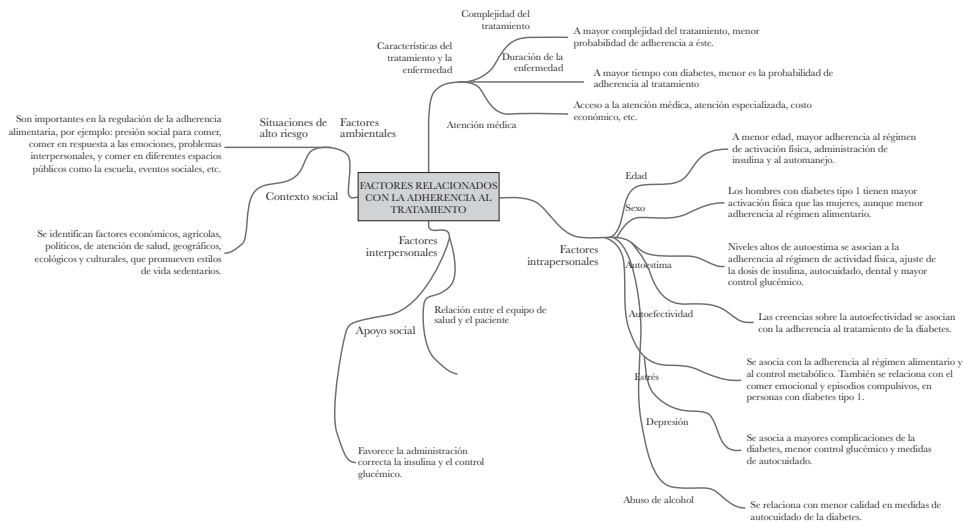


Figura 2. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento.

Estrés

En una revisión de estudios de laboratorio y de campo, se identificó que el estrés es un factor que puede afectar los niveles de glucemia a través de dos vías, una directa y otra indirecta. El efecto directo se relaciona con la secreción de hormonas del estrés (p. e. adrenalina, cortisol, etcétera), mientras que el efecto indirecto se asocia con las conductas de adherencia al tratamiento (Méndez y Beléndez, 1994). En el caso de adolescentes con diabetes tipo 1, la literatura refleja una asociación fuerte entre los niveles de estrés y el pobre control metabólico y, por ende, baja adherencia al tratamiento. Es decir, los jóvenes que perciben mayor estrés debido al tratamiento, presentan peor control metabólico, el cual es un indicador de pobre adherencia al tratamiento (Ortiz, 2006).

Asimismo, se ha documentado que el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas tiene un efecto positivo sobre la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes (Méndez y Beléndez, 1994), de este modo, las personas deben ser entrenadas para hacer frente a los estresores relacionados con el tratamiento de la diabetes (p. e. seguimiento de dieta y rutina de ejercicio) y a aquellas dificultades no relacionadas con dicho padecimiento (p. e. presión social, tiempos de medicación).

Relación médico-paciente

Algunos estudios han investigado el efecto de la relación médico-paciente sobre la manera en que las personas con diabetes afrontan la enfermedad y el tratamiento.

Al respecto, se ha identificado que la diada médico-paciente podría influir en la adherencia al tratamiento. Es decir, algunas personas con diabetes perciben que la comunicación con los profesionales de la salud se basa en regaños y amenazas, dejando de lado aspectos emocionales, por lo que deciden tomar decisiones propias sobre su tratamiento (Escudero-Carretero, Prieto-Rodríguez, Fernández-Fernández y March-Cerdà, 2006).

Edad

Infancia

En el caso de los niños con diabetes, la adherencia al tratamiento es compleja debido al contexto escolar, como: la falta de apoyo médico en las escuelas, el conocimiento escaso sobre la diabetes por parte de la comunidad del centro educativo, los comentarios negativos hacia la diabetes provenientes de los pares, así como el ocultamiento de la enfermedad, la preocupación por la vida futura por tener diabetes, el manejo emocional ante situaciones que pueden alterar los niveles de glicemia (p. e. exámenes escolares), entre otros. Cabe destacar, que estos factores de riesgo son más frecuentes en niñas (Bodas, Marín, Amillategui y Arana, 2008).

Adolescencia

La falta de adherencia al tratamiento parece exacerbase durante la adolescencia ya que en esta etapa las personas interactúan de forma más negativa con la diabetes, en comparación con otras etapas del desarrollo (Martínez et al., 2002). Es probable que la adherencia al tratamiento de los adolescentes con diabetes, se deba a que algunos jóvenes muestran dificultad para adaptarse a nuevos estilos de vida, además, otros jóvenes se perciben como omnipotentes, lo que se refleja en una dificultad para seguir el tratamiento y mantener un control glucémico adecuado (Sánchez-Guerrero et al., 2012). Otros factores que se relacionaban con la falta de adherencia en adolescentes son (Araneda, 2009):

- a) Específicos de la enfermedad y el tratamiento.* La representación cognitiva y afectiva sobre la complejidad del tratamiento y el grado de participación al fijar metas terapéuticas.
- b) La especificidad de la adolescencia.* La construcción de la identidad y la búsqueda de autonomía pueden reflejarse en dificultades para dar seguimiento a las metas terapéuticas y en la solución de problemas.
- c) Relación con los pares.* Cuando las conductas para manejo de la enfermedad interfieren de forma importante en la vida del adolescente, pueden generar dificultades para relacionarse con los demás y con ello, para su realización, por esta necesidad de ser similar a sus pares. Otro factor es la actitud del grupo de

pares, el cual puede favorecer la adherencia adecuando actividades y fortaleciendo el sentimiento de ser apoyado y de pertenencia, aunque en mayor medida puede generar estrés y agobio.

d) Familia. La percepción de los padres hacia la atención y al equipo de salud, así como a la eficacia del tratamiento y a la autonomía de los hijos, adquiere una gran relevancia para el seguimiento de metas y sobre el manejo de la responsabilidad del autocuidado.

e) Relacionados con el equipo de salud. Una mejor adherencia involucra que el equipo de salud explique las metas terapéuticas (apoyo informativo), brinde apoyo afectivo, interés en la persona y no sólo en la enfermedad y es importante las interacciones entre los subsistemas: cuidador - equipo médico, niño-equipo médico, cuidador-niño.

f) Personales. Éstos incluyen la percepción que se tiene sobre la enfermedad, el tratamiento futuro y su forma de afrontamiento, así como el locus de control, tanto externo (se relaciona con peor adherencia) o interno, que incluye autonomía (favorece el ajuste a la enfermedad) y la autculpabilización.

Es imprescindible que los padres/cuidadores deleguen responsabilidades del cuidado y control de la enfermedad acorde a la edad de los niños y jóvenes. La tabla 3 presenta algunas recomendaciones para el cuidado de la diabetes en la infancia.

Tabla 3. Edades recomendadas para asumir el cuidado de la diabetes en la infancia

Cuidados para la diabetes	Edad recomendada (en años)
Manejo de la hipoglucemia	
Reconocimiento y anotación	8-10
Tratamiento de la misma	10-12
Medidas de prevención	13-15
Control sanguíneo	
Manejo del reflectómetro	8-10
Auto inyección de insulina	
Preparación de la dosis de insulina	10-12
Ajustes en la dosis de insulina	14-16
Auto inyección	10-12
Dieta	
Reconocer composición básica de los alimentos	12-14
Intercambio de alimentos	12-14
Ejercicio	
Identificar suplemento pre-ejercicio	10-12

Fuente: Retomado de Martin (2017, p. 14).

Adulthood

En el caso de los adultos, la adherencia al tratamiento puede ser un problema derivado de factores dependientes de los profesionales sanitarios como a factores dependientes de los pacientes, por ejemplo: período vacacional, problemas laborales, falta de motivación y problemas familiares (Arrebola, López, Koester, y Bermejo, 2013).

La familia

Estudios previos han identificado una relación entre el control glucémico y la adherencia terapéutica con los estilos de crianza, por lo que la familia resulta un factor importante en la adherencia terapéutica. Al respecto, los resultados señalan que el establecimiento de reglas y el manejo de contingencias por parte de los padres, se asocia con conductas de dieta saludables por parte de los menores. Asimismo, la comunicación efectiva por parte de los padres, se asocia favorablemente con las conductas de dieta y ejercicio, los niveles de glucosa en la sangre y las conductas del cuidado del pie, de los menores. Además, la conducta de monitoreo por parte de los padres se relaciona con la toma de medicamentos de los menores (Novoa, Morales, Osorio y Vargas, 2008). Del mismo modo, el estilo de crianza demócrata se asocia a un mejor control glucémico y a la adherencia terapéutica, mientras que los estilos de crianza autoritario y permisivo se relacionan con baja adherencia y pobre control glucémico (Shorer et al., 2011).

En el mismo tenor, estudios sobre la interacción de padres e hijos durante la hora de comida, demuestran una relación positiva y significativa entre el uso de estrategias ineficientes o coercitivas por parte de los padres y la desviación dietética y el control glucémico de niños diagnosticados con diabetes tipo 1 (Patton, Dolan y Powers, 2006).

La familia desempeña un rol importante en la adherencia al tratamiento de personas con diabetes tipo 2. Específicamente, 74.8% de los pacientes con diabetes tipo 2 perciben apoyo por parte de su familia, situación que se refleja en altos porcentajes de prácticas de autocuidado (p. e. evitar el consumo de azúcar, uso de calzado cómodo, uso de insulina apegado a la prescripción médica, dieta basada en frutas y verduras, limpieza de los pies, etcétera). Contrario a ello, las personas que perciben poco apoyo por parte de la familia, para el cuidado de la salud, presentan menor adherencia al tratamiento (Azzollini, Pupko y Vidal, 2011).

Promoción de la adherencia al tratamiento

Es importante que los pacientes se adhieran al tratamiento, ya que ello permitirá reducir las complicaciones asociadas a la enfermedad. Al respecto, se han desarrollado

programas para promover la adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas en general (García y Juárez, 2014; Naranjo-Rojas, Millán, y Orrego, 2016; Veliz-Rojas, Mendoza-Parra, y Barriga, 2015), hipertensión arterial (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, y Varela, 2006), padecimiento renal crónico (Ojeda et al., 2015), VIH (García y Juárez, 2014; Pérez, Soler, Hung, y Rondón, 2016), sobrepeso y obesidad (Arrebola et al., 2013; Martínez, García, y Estrada, 2016), anemia (Vizuet, Shamah, Gaona, Cuevas, y Méndez, 2016), violencia de pareja (Subirana-Malaret y Andrés-Pueyo, 2013; Valdez-Santiago Arenas-Monreal, y Híjar-Medina, 2015) y diabetes (Quiroga, 2012; Rodríguez, Rentería, y García, 2013).

Estados Unidos es el país que ha desarrollado más programas orientados a la promoción de la adherencia al tratamiento de la diabetes (Abughosh et al., 2016; Driscoll, Killian, Johnson, Silverstein y Deeb, 2009; Jaser, Patel, Linsky, y Whittemore, 2014; Jiang et al., 2013; Odegard y Christensen, 2012; Ryan, Fedders, Jennings, Vittoria, y Yanes, 2014). En cuanto al tipo de diabetes, la mayoría de los programas para promover la adherencia se han enfocado a hombres y mujeres con diabetes tipo 2, siendo escasos aquellos que buscan promover la adherencia terapéutica en personas con diabetes tipo 1 o diabetes gestacional.

A partir de la revisión de la literatura, es posible identificar que las intervenciones que integran tanto componentes directos (p. e. incremento de la frecuencia de monitoreo de glucosa en sangre) como indirectos (p. e. procesos emocionales, sociales o familiares) promueven una mejor adherencia al tratamiento de las personas con diabetes, comparados con aquellos que sólo incluyen un componente directo o indirecto (Hood, Rohan, Peterson, y Drotar, 2010). Por ejemplo, las llamadas telefónicas son un medio efectivo y novedoso que, sumadas a la terapia psicológica, pueden incrementar la adherencia al tratamiento de personas con diabetes (Howells et al., 2002).

Además, en diabetes, las intervenciones que resultan más prometedoras en cuanto a la promoción de la adherencia al tratamiento, en personas con diabetes, destacan aquellas basadas en la teoría social cognitiva y habilidades sociales. Asimismo, los programas de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas -incluida la diabetes-, que incluyen la asistencia domiciliaria, han mostrado ser efectivos para incrementar la tasa de adherencia (Naranjo-Rojas et al., 2016).

Sin embargo, es importante mencionar que, si bien los programas para promover la adherencia son prometedores, también existe evidencia de que los cambios en los pacientes no permanecen a través del tiempo (Quiroga 2012), lo que representa un reto importante para la psicología de la salud.

En cuanto a las características de las intervenciones, éstas incluyen un número de sesiones que varía de 1 a 4, así como de 30-45 a 3-5 minutos como tiempo

de sesión. Entre las acciones que puede implementar el psicólogo, para promover la adherencia al tratamiento están:

- **Psicoeducación.** Es un elemento que permitirá informar a las personas con diabetes sobre el origen y las implicaciones (conductuales, emocionales, físicas) de la enfermedad. La psicoeducación servirá para aclarar dudas y orientar a las personas en las medidas de autocuidado que deben tener (p. e. alimentación, cuidado de los pies, ejercicio físico, comprobación del nivel de azúcar en la sangre, entre otras).
- **Modelamiento.** Se deben realizar acciones de modelamiento, en donde las personas adquieran conductas orientadas al autocuidado, por ejemplo: uso del glucómetro, inyección de insulina, preparación de alimentos.
- **Entrenamiento de resolución de problemas,** orientado a las dificultades particulares de las personas con diabetes. Por ejemplo, una persona que tiene dificultades con el horario para inyectarse la insulina puede: 1) identificar cuál es el problema: horario para la inyección de insulina; 2) generar alternativas a partir de la pregunta ¿qué puedo hacer?: a) levantarme más temprano, b) llevar la insulina al trabajo, etcétera; 3) evaluar los pros y contras de las alternativas; 4) poner en práctica la alternativa seleccionada; y, 5) evaluar los resultados.
- **Técnicas de relajación.** Es importante que, a través de la relajación diafragmática o la relajación muscular progresiva, las personas aprendan técnicas de relajación que les permita reducir el estrés y la ansiedad en situaciones que pongan en riesgo la adherencia al tratamiento.
- **Reestructuración cognitiva:** Ésta debe estar orientada a la identificación de pensamientos disfuncionales, relacionados con la diabetes y el tratamiento, a fin de generar pensamientos alternativos adaptativos.
- **Entrenamiento en asertividad.** Es importante desarrollar habilidades sociales para que las personas con diabetes puedan responder adecuadamente en situaciones que ponen en riesgo la adherencia al tratamiento, por ejemplo, las relacionadas con el consumo de alimentos.
- **Automonitoreo y seguimiento.** Estos registros permitirán obtener información sobre las consecuencias de las decisiones e identificar las más acertadas. También permitirá identificar los principales obstáculos para la adherencia al tratamiento.

Conclusión

La adherencia al tratamiento, por su carácter dinámico y multifactorial, representa un reto para los profesionales de la salud. De manera particular, la psicología de la salud puede aportar herramientas orientadas a comprender y a promover la adherencia al tratamiento, ya que ésta no involucra sólo aspectos médicos, sino que

también comprende factores emocionales, sociales y/o familiares. La adherencia al tratamiento del paciente con diabetes debe ser un tema de interés multidisciplinario de médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras y nutriólogos.

Además, es de vital importancia que, la adherencia al tratamiento será mejor si se incluye a personas de los grupos primarios, principalmente la familia. De este modo, resulta imprescindible que los padres/cuidadores se involucren en actividades que favorezcan la adherencia al tratamiento.

Los estudios de adherencia al tratamiento han aportado evidencia a modelos teóricos y enfoques de salud, sin embargo, los enfoques basados en la teoría social cognitiva han mostrado resultados más promisorios que aquellos psicoeducativos. Sin duda, un indicador médico sobre la adherencia al tratamiento son los niveles de HbA1c, PCM, IMC, no obstante, la efectividad de la adherencia no debe limitarse sólo a estos aspectos de medicación, ya que las barreras emocionales pueden tener un efecto importante. Así, las estrategias para incrementar la adherencia al tratamiento deben incorporar: psicoeducación, modelamiento, entrenamiento de resolución de problemas, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva: entrenamiento en asertividad y registros de automonitoreo y seguimiento.

Finalmente, debe reconocerse que, a nivel nacional e internacional, la adherencia a la diabetes tipo 2 ha sido objeto de estudio, por lo que el esfuerzo debe extenderse a la diabetes tipo 1 y a la diabetes gestacional. Asimismo, la adherencia al tratamiento debe echar mano de nuevas formas de intervención y a los recursos tecnológicos que incrementen la adherencia al tratamiento de la diabetes, atendiendo las necesidades de las diferentes etapas del desarrollo.

Lista de referencias

- Abughosh, S., Wang, X., Serna, O., Henges, C., Masilamani, S., Essien, E... y Fleming, M. (2016). "A pharmacist telephone intervention to identify adherence barriers and improve adherence among nonadherent patients with comorbid hypertension and diabetes in a medicare advantage plan". *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 1(22), 63-73.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Glewood-Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Alonso, G. (2004). "Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX". *Colombia Médica*, 3(35), 164-168.
- American Diabetes Association. (2002). "Standards of medical care for patients with diabetes mellitus". *Diabetes Care*, 25(1), 33-49.
- American Diabetes Association. (2014). *A1C y eAG*. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es>

- American Diabetes Association. (2015). *Cómo medir la glucosa en la sangre*. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es>
- Araneda, M. (2009). "Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, durante la adolescencia: Una perspectiva psicológica". *Revista Chilena de Pediatría*, 80(6), 560-569.
- Arrebola, E., López, B., Koester, T., Bermejo, L., Palma S., Lisbona, A., y Gómez-Candela, C. (2013). "Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria". *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1530-1535.
- Arredondo, A., y De Icaza, E. (2011). "Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano". *Value in Health*, 14, 85-88.
- Azzollini, S. C., Pupko, V., y Vidal, V. A. (2011). "Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento". *Anuario de Investigaciones*, 18, 323-330.
- Balas-Nakash, M., Rodríguez-Cano, A., Muñoz-Manrique, C., Vásquez-Peña, P., y Perichart-Perera, O. (2010). "Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutricia en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico". *Revista de Investigación Clínica*, 62(3), 235-243.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press.
- Blanc, M. H., Barnett, D. M., Gleason, R. E., Dunn, P.J., y Soeldner, J. S. (1981). "Hemoglobin A1c compared with three conventional measures of diabetes control". *Diabetes Care*, 4(3), 349-353.
- Bodas, P., Marín, M. C., Amillategui, B., y Arana, R. (2008). "Diabetes en la escuela. Percepciones de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo". *Avances en Diabetología*, 83(86), 51-54.
- Driscoll, K., Killian, M., Johnson, S., Silverstein, J., y Deeb, L. (2009). "Predictors of study completion and withdrawal in a randomized clinical trial of a pediatric diabetes adherence intervention". *Contemp Clin Trials*, 30(3), 212-220. DOI:10.1016/j.cct.2009.01.008.
- Escudero-Carretero, M. J., Prieto-Rodríguez, M. Á., Fernández-Fernández, I., y March-Cerdà, J. C. (2006). "La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo". *Atención Primaria*, 38(1), 8-15.
- García, I., y Juárez, M. (2014). "Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional". *Universitas Psychologica*, 13(2). DOI:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pmat
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., y Varela, M. (2006). "Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial". *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.

- Hood, K., Rohan, J., Peterson, C., y Drotar, D. (2010). "Interventions with adherence-promoting componentes in pediatric type 1 diabetes. Meta-analysis of their impact on glycemic control". *Diabetes Care*, 7(33), 1658-1664. DOI: 10.2337/dc09-2268.
- Howells, L., Wilson, A. C., Skinner, T. C., Newtont, R., Morrish, A. D., y Greene, S. A. (2002). "A randomized control trial of the effect of negotiated telephone support on glycaemic control in young people with type 1 diabetes". *Diabetic Medicine*, 19, 643-648.
- International Diabetes Federation. (2015). *Atlas de la Diabetes de la FID. Versión online del Atlas de la Diabetes de la FID2015*. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org>
- Jaser, S., Patel, N., Linsky, R., y Whittemore, R. (2014). "Development of a positive psychology intervention to improve adherence in adolescents with type 1 diabetes". *Journal of Pediatric Health Care*, 28(6), 478-85. DOI: 10.1016/j.pedhc.2014.02.008
- Jiang, S., Bamgbade, B., Barner, J., Klein-Bradham, K., Janiga, X., y Brown, B. (2013). "Impact of telephone and mail intervention on diabetes appointment adherence rates and clinical outcomes". *Value in Health*, 15(4), A186-A187.
- Libertad, A. (2004). "Acerca del concepto de adherencia terapéutica". *Revista Cubana de Salud Pública*, 4(30). Disponible en: <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>
- López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., y Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). "Adherencia al tratamiento: Concepto y medición". *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 17-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10.
- Martín-Gil, E. (2017). *Atención al niño diabético en la escuela. Propuesta de mejora*. España: Universidad Pública de Navarra.
- Martínez, M. C., García, I., y Estrada, B. D. (2016). "Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones". *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39.
- Martínez, M. J., Lastra, I., y Luzuriaga, C. (2002). "Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus". *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 180(42), 114-119.
- Martos-Méndez, M. J. (2015). "Autoeficacia y adherencia al tratamiento: el efecto mediador del apoyo social". *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 19-29.
- Méndez, F. X., y Beléndez, M. (1994). "Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención". *Anales e Psicología*, 10(2), 189-198.
- Naranjo-Rojas, A., Millán, J., y Orrego, M. (2016). "Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria, Cali, 2014". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 212-219.
- Novoa, M., Morales, A., Osorio, A., y Vargas, R. (2008). "Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil". *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 27-41.

- Odegard, P., y Christensen, D. (2012). "MAP study: RCT of a medication adherence program for patients with type 2 diabetes". *Journal of the American Pharmacists Association*, 52(6), 753-762.
- Ojeda, M. D., Ojeda, D., García, A. M., Caro, I., García, S., y García, S. (2015). "Efecto de la personalización de los cuidados de enfermería sobre la adherencia terapéutica en el paciente renal en programa de hemodiálisis". *Enfermería Nefrológica*, 18(1), 2015, 47.
- Olivari, C., y Urra, E. (2007). "Autoeficacia y conductas de salud". *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2004). *Adherencia al tratamiento a largo plazo. Pruebas para la acción*. Disponible en: <http://www.paho.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Día Mundial de la Salud 2016: diabetes*. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- Ortiz, M. (2006). "Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1". *Terapia Psicológica*, 24(2), 139-148.
- Ortiz, M., y Ortiz, E. (2007). "Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica". *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Patton, S., Dolan, L., y Powers, S. (2006). "Mealtime interactions relate to dietary adherence and glycemic control in young children with type 1 diabetes". *Diabetes Care*, 5(29), 1002-1006.
- Pérez, E., Soler, Y., Hung, Y., y Rondón, M. (2016). "Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral". *Archivo Médico de Camagüey*, 20(2), 177-187.
- Prochaska, J. O., y Velicer, W. F. (1997). "The Trans theoretical Model of Health Behavior Change". *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Quiroga, A. (2012). "Intervención telefónica para promover la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con síntomas de ansiedad y depresión". *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 387-403.
- Rodríguez, A. G. L., y García y Barragán, L. F. (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.
- Rodríguez, M., Rentería, A., y García, J., (2013). "Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención". *Summa Psicológica UST*, 1(10), 91-101.
- Rueda-Sampedro, M. I., Fernández-Laviada, A., y Herrero-Crespo, A. (2013). "Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario". *Investigaciones Regionales*, 26, 141-158.

- Ryan, J., Fedders, M., Jennings, T., Vittoria, I., y Yanes, M. (2014). "Clinical outcomes and incremental costs from a medication adherence pilot intervention targeting low-income patients with diabetes at risk of cost-related medication nonadherence". *Clinical Therapeutics*, 36(12), 1991-2002.
- San-Pedro, E. M., y Roales-Nieto, J. G. (2003). "El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Sánchez-Guerrero, O., Romero, A., Rodríguez, V., Rangel, B., y Muñoz, S. (2012). "Adolescentes diabéticos: el problema de la no adherencia al tratamiento". *Acta Pediátrica de México*, 33(3), 148-149.
- Secretaría de Salud. (2015). *Programa de Acción Específico, Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018. Programa de Salud Sectorial*. Disponible en: www.cenaprece.salud.gob.mx
- Shorer, M., Btech, R., Schoenberg-Taz, M., Levavi-Lavi, I., Phillip, M., y Meyerovitch, J. (2011). "Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes". *Diabetes Care*, 34, 1735-1737.
- Subirana-Malaret, M., y Andrés-Pueyo, A. (2013). "Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja". *Psychosocial Intervention*, 22(2), 95-104.
- Valdez-Santiago, R., Martín-Rodríguez, J., Arenas-Monreal, L., y Híjar-Medina, M. (2015). "Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas". *Salud Pública de México*, 6(57), 37-46.
- Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S., y Barriga, O. (2015). "Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 1(32), 51-57.
- Vizuet, N., Shamah, T., Gaona, E., Cuevas, L., y Méndez, I., (2016). "Adherencia al consumo de los suplementos alimenticios del programa PROSPERA en la reducción de la prevalencia de anemia en niños menores de tres años en el estado de San Luis Potosí, México". *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 782-789. DOI: <http://dx.Doi.org/10.20960/nh.370>

