

CONFIGURACIONES PSICOLÓGICAS IMPLICADAS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS HIPERTENSAS.

Libertad Martín Alfonso.

Facultad de Psicología. Universidad de La Habana

Marta Martínez Ramos.

Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Plaza de la Revolución. La Habana

Dionisio Zaldívar Pérez.

Facultad de Psicología. Universidad de La Habana

Resumen

Se diseñó una investigación que utilizó herramientas de la investigación cualitativa y técnicas de corte cuantitativo con el objetivo de caracterizar configuraciones psicológicas que movilizan el comportamiento de adherencia al tratamiento de personas hipertensas. Las configuraciones se estructuraron a través de la integración de indicadores estructurales y funcionales de la personalidad, relevantes para la adherencia, presentes en casos de sujetos adheridos y no adheridos al tratamiento. Se constató que la capacidad para estructurar la dimensión futura y organizar un proyecto de vida, la realización de esfuerzos volitivos, las creencias de salud, la representación de la enfermedad y la autorresponsabilidad con la salud, entre otros contenidos, caracterizan configuraciones psicológicas implicadas en el proceso de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se identificaron dos configuraciones integradoras: una con tendencia favorecedora para la adherencia y otra con tendencia no favorecedora, las cuales están caracterizadas por la expresión en dimensiones diferentes de las unidades psicológicas mencionadas.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, hipertensión, configuraciones psicológicas

Abstract

It was designed a research that makes use of qualitative searching's tools and the application of quantitative techniques with the objective to characterize psychological configurations that mobilize the treatment adherence of hypertensive persons behavior. The configurations were organized through the integration of structural and functional personality's indicators, outstanding for the adherence, presents in case of adhered and non-adhered subjects. It was confirming that the capacity of structure a future dimension and organize a life project, the realization of a volitional effort, the health beliefs and the disease's representation, the self-responsibility in the health disease processes, among others contents, characterize the psychological configurations implies in the adherence to the hypertensive treatment processes. It was identifying two integrated psychological configurations: one with a favoring tendency to the adherence and other one with non-favoring tendency, which are characterized by the expression in different dimension of the mentioned psychological unities.

Keywords: treatment adherence, hypertension, psychological configurations

Introducción

En Cuba, las deficiencias en la adherencia al tratamiento de las personas hipertensas han sido constatadas a través de investigaciones realizadas en diferentes provincias y áreas de salud del país. Se ha encontrado que alrededor del cincuenta por ciento de los hipertensos presentan niveles entre parcial o bajo de adherencia, si bien este último en menor proporción que el anterior (Martín et al

2015). También se han identificado factores sociales, económicos, psicológicos, propios del sistema de atención de salud y de las características de la enfermedad y el tratamiento, que inciden en los niveles de adherencia deficitarios (Martín, Grau y Bayarre 2012)

El proceso de adherencia a los tratamientos médicos de pacientes con padecimientos crónicos, que requieren el seguimiento de indicaciones por un largo periodo de tiempo o toda la vida, está modulado por factores psicológicos cognitivos, motivacionales y volitivos.

El papel de los conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento es reconocido como un pilar fundamental en las guías de prevención y atención de enfermedades crónicas (ejemplo en la Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, MINSAP 2008), y en las acciones de promoción de la salud. Son condición esencial para que los pacientes puedan actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de su condición.

Las creencias del paciente relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida (Rosenstock 1985), la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria conocida como auto eficacia percibida (Bandura 1989), la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta y la motivación por la salud, integradas en Modelos de Creencias en Salud, han sido utilizadas para explicar porqué las personas no se adhieren a conductas saludables y a las indicaciones médicas (Ortiz y Ortiz 2007).

Roca (2013) considera que si el paciente está motivado por mantener su salud, su comportamiento se dirige con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven. Según este autor es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo, desde una óptica optimista y positiva como una vía para vivir más plenamente lo cual tiene un fuerte potencial incentivador en oposición a la motivación desde una óptica más pesimista cuyo componente fundamental es el miedo a la enfermedad y la muerte. (Roca 2013, pág. 219)

Zaldívar plantea que se encuentran, entre otros, como factores moduladores más específicos de la adherencia terapéutica la representación de la enfermedad y el locus de control (lugar del control). El locus de control expresa el modo en que el sujeto asume lo que le acontece. Puede ser interno o externo según la responsabilidad sea depositada en el propio sujeto o fuera de él (Zaldívar 2003).

Cuando el individuo es consciente de sus posibilidades de influir sobre sus acciones y es el responsable de las consecuencias de lo que le acontece se considera que su locus de control es interno. El locus de control externo se expresa cuando la persona considera que todo lo que le sucede depende de situaciones externas a él y hace recaer la responsabilidad en otros individuos o en fuerzas sobrenaturales, así los acontecimientos de la vida y su salud escapan a las posibilidades de control personal (Martín, González y Bravo 2008). En relación con la adherencia se ha planteado que los sujetos con locus de control externo presentan menos posibilidades de adherirse que los sujetos con locus interno (Zaldívar 2003)

El modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución. Leventhal y sus colaboradores (citado por Zaldívar 2003) encontraron que la concordancia entre el modelo de representación mental de la enfermedad y las instrucciones recibidas puede ayudar a explicar la adherencia.

Las cualidades volitivas revisten especial importancia para la orientación del sujeto hacia un comportamiento saludable. De manera particular, el cumplimiento de un tratamiento generalmente requiere realizar determinados esfuerzos para mantener un régimen de alimentación, atención y rigor en los horarios de medicación, y la modificación de hábitos de vida cotidiana lo cual implica el funcionamiento de cualidades personales relacionadas con la voluntad (Martín, Grau, Bayarre 2012)

Los moduladores psicológicos y su relación con el proceso de adherencia han sido investigados, con frecuencia de manera segmentada, o con la inclusión de unos u otros como variables a tener en cuenta. Sin embargo en esta investigación se consideró como centro el estudio de formaciones psicológicas complejas de la personalidad que integran los constituyentes reguladores de la actuación del individuo, implicadas en el proceso de adherencia al tratamiento.

Se partió de las consideraciones de González Rey (1989, 1994) sobre el papel mediatizador de la personalidad, en la que se organizan múltiples contenidos psicológicos en configuraciones psicológicas individualizadas que integran, en la historia individual del sujeto, los aspectos estructurales y funcionales de la misma, y ejercen una función reguladora del comportamiento.

Este autor define tres formas esenciales de integración de los contenidos psicológicos, denominados aspectos estructurales: las unidades psicológicas primarias, que están representadas por contenidos psicológicos parciales portadores de un valor emocional y se expresan en formas concretas de comportamiento; las formaciones psicológicas como unidades estructurales complejas de la personalidad a través de las cuales se expresa la autorregulación de la actividad humana y representan un nivel estable y organizado de esta y las síntesis reguladoras que están presentes en los comportamientos más elaborados de la personalidad, resultado de las relaciones necesarias entre las distintas formaciones y mecanismos de esta; si bien señala que las posibilidades metodológicas para el estudio de estas últimas es aún muy limitado (González Rey 1989,1994).

Los denominados aspectos funcionales son aquellos que expresan como un contenido concreto de la personalidad se manifiesta. Para su estudio se define un conjunto de indicadores, llamados indicadores funcionales, los cuales son: la rigidez o flexibilidad para valorar los contenidos de la personalidad, la estructuración temporal de un contenido psicológico, la capacidad de estructurar el campo de acción, la mediatización de las operaciones cognitivas y la estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad (González Rey, 1989,1994).

La presente investigación tuvo como objetivo profundizar en el estudio psicológico de personas hipertensas en relación con el comportamiento de adherencia a su tratamiento. Se asumen los presupuestos teóricos antes expuestos para caracterizar las configuraciones psicológicas individualizadas que movilizan hacia la adherencia o no al tratamiento antihipertensivo, por su valor explicativo y por los antecedentes existentes acerca de estudios de personalidad de pacientes hipertensos (González Rey 1994) con este fundamento.

Diseño metodológico

La investigación se realizó en el Consultorio del Médico de la Familia no.19 del policlínico “Héroes del Moncada” en el municipio Plaza de la Revolución, La Habana en el año 2008. Fue seleccionado por un análisis de factibilidad del estudio dentro de las áreas de salud comprendidas en la territorialidad demarcada para la investigación.

En el consultorio 19 se encontraban dispensarizados 214 hipertensos, cuyas historias clínicas fueron examinadas para escoger los hipertensos clasificados como esenciales (182 para un 85% de los registrados). De estos sólo 22 sujetos cumplieron los criterios de inclusión determinados para la investigación y conformaron la muestra definitiva.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron:

- Tener diagnóstico de hipertensión arterial esencial bajo tratamiento médico por más de 1 año.
- Tener 20 años o más.
- No tener trastornos psiquiátricos crónicos.
- No padecer alcoholismo y (o) tabaquismo.
- No presentar otras enfermedades crónicas.
- Dar su consentimiento para participar en la investigación.

Los criterios de inclusión se definieron con la intención de tener la condición de hipertenso “pura”, sin ninguna otra enfermedad concomitante, de manera que el estudio de personalidad respondiera a la proyección del individuo con respecto sólo a la hipertensión. Así se excluyó a los pacientes con otras enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos, y también a los que padecían alcoholismo y tabaquismo. Estos últimos fueron un número considerable e influyeron en la caída del tamaño de la muestra.

Los sujetos con trastornos psiquiátricos crónicos podían alterar los resultados del estudio de las configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia o no adherencia a los tratamientos; los pacientes con otras enfermedades crónicas podían introducir el sesgo de medicación múltiple. Algunas personas no dieron su consentimiento para participar en la recogida de información con las técnicas seleccionadas.

Técnicas utilizadas

Un estudio de la personalidad dinámico y personalizado requiere información proveniente de múltiples técnicas, construido desde cada caso individual. Se utilizaron técnicas abiertas y semiabiertas, siendo estas *“las vías que implican de forma activa al sujeto y que le permite construir y elaborar la información que expresa y en este proceso aparecen los contenidos psicológicos relevantes y las operaciones de la personalidad”* (González Rey, 1996, p.36). También se utilizaron técnicas cerradas de corte cuantitativo. Todas fueron aplicadas por los miembros del equipo de investigación.

1. Cuestionario MBG para evaluación de la adherencia terapéutica (Martín, Bayarre, Grau 2008)

Inicialmente se evaluaron los niveles de adherencia terapéutica en los pacientes seleccionados lo que permitió diferenciar tres grupos: pacientes adheridos de manera total, parcialmente adheridos y no adheridos. Para el análisis de los resultados se decidió conformar sólo dos grupos: adheridos y no adheridos al tratamiento (este último compuesto por los adheridos parciales y los no adheridos).

2. Entrevista semiestructurada

Se aplicó a los sujetos participantes en dos momentos. Una al inicio y otra después que fueron aplicadas todas las técnicas. La primera entrevista abarcó datos demográficos y las principales áreas de realización del individuo: familia, trabajo, estudios, sexualidad y amor, creatividad y realización, descanso y recreación, creencias de salud, intenciones, actitudes hacia el proceso salud enfermedad, representación de la enfermedad, apoyo social, relación paciente terapeuta y características del régimen de tratamiento como complejidad, dosificación, duración y efectos secundarios. La segunda entrevista se utilizó para profundizar en la individualización de los mecanismos que permitieron identificar y caracterizar configuraciones psicológicas específicas y sirvió de guía para integrar los indicadores y la interpretación de los resultados.

3. Test de completamiento de frases

Se utilizó la versión creada y validada por González Rey. Consta de 70 frases incompletas que permiten el diagnóstico de los indicadores funcionales. Se califica integrando unidades relevantes de información, de cuya interrelación saldrán los resultados constituyentes del diagnóstico. Se dividen los 70 ítems en 7 unidades de análisis (una cada 10 frases) donde se identifican dichas unidades siguiendo la lógica de análisis de contenido y se diferencian los indicadores directos e indirectos de información. Al final se realiza una integración diagnóstica del instrumento y la interpretación de la expresión de los denominados “indicadores funcionales” de la personalidad (González Rey, 1989).

4. Composición

Se utilizó una composición titulada “El sentido de mi vida”. Esta técnica combina el análisis del contenido expresado, el vínculo afectivo y la elaboración personal lo que discrimina la información relevante y también ubica el contenido psicológico estudiado de acuerdo a un criterio de jerarquía y efectividad de su potencial regulador. La calificación y evaluación se realizó a través de un análisis de contenido y funcional teniendo en cuenta los indicadores propuestos para ello (González Rey, 1989).

Los indicadores de contenido diferencian niveles de desarrollo de la motivación hacia diversas esferas de la actividad de la personalidad. Estos fueron el contenido expresado, la elaboración personal y el vínculo afectivo. Los indicadores funcionales evidencian particularidades que distinguen cualitativamente el ejercicio de la función reguladora de la personalidad. Indican cómo un contenido concreto de la personalidad se expresa. Estos fueron: rigidez –flexibilidad, estructura temporal de un contenido (proyección futura, mediatización de las operaciones cognitivas en las funciones reguladoras, capacidad para estructurar el campo de acción y estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad. (González Rey, 1989)

Los mismos se identificaron a través del análisis de las expresiones del sujeto en las técnicas aplicadas con este fin.

5. Cuestionario de locus de control de Rotter

El inventario personal sobre algunas situaciones sociales de Rotter es conocido por el nombre de Cuestionario de locus de control. Fue creado con el objetivo de investigar cómo afectan las creencias sobre el control personal el estilo de actuación de cada persona (Martín, González y Bravo, 2008).

Consta de 23 ítems, cada uno presenta dos alternativas de respuesta, que responden a la creencia de la persona acerca de su locus de control. El sujeto debe escoger, entre ambas alternativas, aquella respuesta que se ajusta mejor en su caso particular. En cuanto al procedimiento de aplicación es importante que el examinando entienda correctamente las instrucciones de la prueba. Debe responder a cada ítem de modo independiente al anterior, y en caso de duda debe elegir aquella alternativa que más se acerca a su opinión. La calificación se realiza otorgando un punto por cada ítem.

Los puntos obtenidos se suman de forma independiente en cada grupo (ítems que responden a control interno o control externo) y la interpretación de los puntajes finales se realiza siguiendo el criterio de la mayor puntuación alcanzada.

Estrategia integradora: estudio de casos múltiples

Se utilizó el estudio de caso como estrategia integradora. Los estudios de caso “*son útiles para generar conocimiento sobre características significativas de eventos vivenciados... entre sus objetivos está comprender los esquemas de referencia y las estructuras de relevancia relacionadas con un fenómeno en un grupo específico*” (Sousa 2009, pág. 133). La fuerza del estudio de casos radica en que permite al investigador concentrarse en un caso específico o situación e identificar los distintos procesos interactivos que lo conforman (Walter citado por Álvarez Valdivia, 2004).

La evaluación combinó los resultados de los análisis cuantitativos recogidos en el cuestionario de adherencia terapéutica y el cuestionario de locus de control con los resultados obtenidos en las entrevistas, el completamiento de frases y la composición. Estas técnicas tributaron la información necesaria para describir los indicadores de contenido, los indicadores funcionales, los aspectos estructurales de la personalidad así como todos los componentes psicológicos que permitieron integrar y caracterizar las configuraciones psicológicas individualizadas relevantes para la adherencia de cada paciente estudiado. En los Anexos 1 y 2 se presentan ejemplos del resumen de los casos según las principales unidades psicológicas encontradas.

Procedimiento para el análisis integrativo de aspectos funcionales y estructurales de la personalidad de pacientes adheridos y no adheridos.

Se realizó la integración de los aspectos funcionales (indicadores de contenido y funcionales) a través del análisis de los resultados obtenidos en las técnicas, por cada grupo de sujetos estudiados, es decir adheridos y no adheridos.

La integración de los aspectos estructurales también se realizó a través del análisis de los resultados obtenidos en las técnicas aplicadas por cada grupo de sujetos, en este caso de la expresión de unidades psicológicas primarias como: necesidades, motivos, hábitos, actitudes, intereses y de

formaciones motivacionales más complejas como: valores, proyectos, concepción del mundo, sentido de la vida y autovaloración.

Las configuraciones psicológicas integradoras se estructuraron a través de la integración cualitativa de las unidades psicológicas incluyendo los aspectos estructurales y funcionales de la personalidad, relevantes para la adherencia, presentes en las configuraciones psicológicas individuales de los sujetos adheridos; de igual modo se procedió con el grupo de los no adheridos.

En el grupo de adheridos se identificaron e integraron aspectos psicológicos favorecedores para la adherencia y en el grupo de los no adheridos aspectos no favorecedores de la misma. A partir de esto se generalizó la información que permitió distinguir en cada grupo de pacientes (adheridos y no adheridos) un tipo de configuración psicológica integradora caracterizada por las expresiones particulares en cada grupo de las principales unidades psicológicas identificadas como relevantes para la adherencia.

En esta etapa de la investigación se utilizó la triangulación de las fuentes de datos. Se encontraron resultados coherentes en la indagación obtenida por las diferentes técnicas.

Resultados

A continuación se muestran los resultados del estudio realizado con pacientes adheridos y no adheridos al tratamiento con el objetivo de caracterizar configuraciones individuales de la personalidad que movilizan al sujeto hacia la adherencia a las indicaciones médicas.

En el Cuadro 1 se presenta una descripción de los aspectos funcionales de la personalidad (a través de sus indicadores de contenido y funcionales) y en el Cuadro 2 la descripción de los aspectos estructurales, encontrados en cada uno de los grupos de pacientes. El Cuadro 3 presenta la configuración psicológica integradora que se identificó como favorecedora para la adherencia encontrada en los pacientes adheridos y la que se consideró no favorecedora en los no adheridos.

	Adheridos		No adheridos	
Indicadores de contenido	Elaboración personal	Adecuada elaboración personal	Pobre elaboración personal	
	Vínculo afectivo	Marcado vínculo afectivo	Pobre vínculo afectivo	
	Contenido expresado	Amplitud de contenido	Se expresan en lemas y frases cliché	
Indicadores funcionales	Rigidez-flexibilidad	Poca flexibilidad para cambiar decisiones y adecuarse a nuevos comportamientos	Poca flexibilidad para cambiar decisiones y adecuarse a nuevos comportamientos	
	Estructura temporal	Proyección futura a corto y mediano plazo, pero no a largo plazo	No proyección futura	
	Mediatización de operaciones cognitivas	Utilizan reflexiones y valoraciones	Poca elaboración cognitiva de los contenidos	
	Estructuración consciente activa	Se esfuerzan por establecer un criterio explicativo que les permita estructurar su campo de acción	No establecen un criterio explicativo, asumen los eventos de forma conformista	
	Capacidad para estructurar el campo de acción	Estructuran su campo de acción para desarrollar sus objetivos y proyectos	Poca capacidad para estructurar el campo, se subvaloran y perciben los obstáculos como insuperables	

Cuadro 1. Aspectos funcionales de la personalidad. Indicadores de contenido y funcionales. Consultorio 19. Policlínico “Héroes del Moncada”

Análisis integrativo de los aspectos funcionales de la personalidad según niveles de adherencia terapéutica

Con respecto a los indicadores de contenido, en los sujetos adheridos del policlínico Héroes del Moncada, se observó una adecuada elaboración personal matizada por un vínculo afectivo y en los no adheridos se expresó una pobre elaboración personal en la expresión de sus contenidos con la utilización de lemas y frases “clichés”, un pobre vínculo afectivo sin proyección futura. Mostraron un manejo estereotipado de los contenidos de la personalidad, conceptualizando las principales normas y actitudes en escalas de valores extremos, con dificultad para encontrar alternativas diferentes ante las demandas reales, por ejemplo expresaron en el test de frases incompletas “la vida: es dura”, “una madre: es lo más grande”.

Los indicadores funcionales expresan las posibilidades de la función reguladora de la personalidad de estos sujetos. Ambos grupos mostraron rigidez y poca flexibilidad para cambiar decisiones y adecuarse a nuevos comportamientos. Se manifestaron muy resistentes al cambio, con poca tolerancia a las contradicciones y a las frustraciones, y valoraron negativamente todo lo que no es similar a sus concepciones lo cual se manifiesta en expresiones tales como “odio: que me contradigan”.

En los no adheridos las operaciones cognitivas de la personalidad tuvieron un papel secundario en la regulación del comportamiento, al subordinarse a la fuerte carga emocional que expresan los elementos normativos de su conducta y pobre elaboración de los contenidos. Expresaron por ejemplo “yo: no resisto las mentiras”.

En la orientación temporal de los sujetos no adheridos predominaron elementos inmediatos que limitan la adecuada estructuración de la proyección futura. Por ejemplo, escribieron en el test de frases incompletas “el futuro: es incierto”, “el futuro: solo pienso en hoy”, “el futuro: no sé”. Los sujetos adheridos presentaron una estructuración temporal a mediano y corto plazo pero ninguno a largo plazo.

	Adheridos	No adheridos
Unidades psicológicas primarias	Contenido emocional positivo hacia la búsqueda de la salud. Motivados hacia el cumplimiento de las indicaciones terapéutica. Hábitos de vida sedentarios Interesados en la búsqueda de información relevante sobre su enfermedad. Actitud de cooperación y aceptación activa.	Contenido emocional negativo hacia la búsqueda de la salud. No mostraron motivación hacia el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas Hábitos de vida sedentarios, no mostraron interés en buscar información relevante sobre su enfermedad. No se perciben en riesgo. Actitud poco cooperativa y pasiva
Formaciones motivacionales	Autovaloración adecuada. La concepción y valoración del mundo elaborada y estructurada en objetivos concretos y proyectos de vida orientados al desarrollo profesional y la familia. El sentido de la vida orientado al crecimiento personal y de su familia, otorgan a la salud un valor relevante, por lo que al adherirse a las indicaciones terapéutica adquiere sentido personal.	Autovaloración inadecuada (por subvaloración) Las concepciones del mundo poco elaboradas sin proyectos concretos, en general orientados al cuidado de la familia (hijos) El sentido de la vida orientado hacia la familia y el cumplimiento de sus funciones no otorgan a la salud un valor pues no se perciben enfermos ni en riesgo.

Cuadro 2. Aspectos estructurales de la personalidad. Consultorio 19. Policlínico “Héroes del Moncada”

Los sujetos no adheridos expresaron una posición pasiva en su sistema de interrelaciones con la realidad. Se orientan por elementos de su sistema normativo, no establecen un criterio explicativo y

asumen los eventos de la vida cotidiana de modo conformista, por ejemplo: “yo cumplo: con mi deber”, “yo secretamente: no hago nada”. Mientras que los pacientes adheridos se esforzaron por establecer un criterio explicativo que les permita estructurar su campo de acción. Por ejemplo expresaron: “yo siempre: pregunto al médico lo que hay que hacer y qué pasa cuando no puedo hacerlo”

Los pacientes adheridos estructuraron su campo de acción para desarrollar sus objetivos y proyectos de vida. Así, si van de viaje llevan sus medicamentos o planifican sus horarios de modo tal que puedan asistir a sus consultas de seguimiento. Los no adheridos mostraron poca capacidad para estructurar su campo de acción, se subvaloran y perciben los obstáculos de la vida cotidiana como insuperables.

Análisis integrativo de los aspectos estructurales de la personalidad según niveles de adherencia terapéutica.

Los aspectos estructurales de la personalidad son los llamados sentidos psicológicos y se diversifican en unidades psicológicas primarias y formaciones motivacionales. Se observaron motivaciones por la salud en los pacientes adheridos cuando expresan un contenido emocional positivo hacia la búsqueda de la salud. Por ejemplo el caso 1 refiere “yo: necesito sentirme bien, y hago todo por lograrlo” así también expresó su motivación hacia el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, con compromiso personal. El caso 2 planteó “desde que me atiendo y tengo mi tratamiento me siento bien, estoy atento para no olvidar la medicina y no pasarme en la dieta, quiero sentirme bien” (está sobrepeso).

El interés en la búsqueda de información relevante sobre su enfermedad se manifestó por ejemplo en el caso 3 cuando expresa “siempre: estoy leyendo libros y artículos sobre salud y sobre la hipertensión, es bueno saber y estar preparados para saber qué hacer” y una actitud de cooperación y aceptación activa en este mismo caso: “yo: sé que debo cuidarme y hacer lo que me indica el médico, todo lo hago al pie de la letra”.

Los no adheridos expresaron un contenido emocional negativo hacia la búsqueda de soluciones para su salud. Por ejemplo el caso 22 cuando dice “yo: siempre he sido así y ahora estoy muy viejo para cambiar”. No demostraron interés en la búsqueda de información sobre la enfermedad al no percibirse en riesgo.

En las formaciones motivacionales de los adheridos se manifestó una tendencia positiva hacia todas las dimensiones de este constructo. Por ejemplo la autovaloración adecuada y la percepción de auto eficacia personal en el caso 1: “Yo creo que la salud es lo más preciado que uno tiene, y la debo cuidar yo misma, antes me irritaba mucho, ahora me regulo porque sé que nada es perfecto, y en definitiva siempre se encuentra una solución adecuada, y yo hago lo que está a mi alcance para encontrar soluciones”.

Los no adheridos mostraron una tendencia a expresar estos constructos en una dimensión negativa, por ejemplo la autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración. La concepción del mundo elaborada pobremente. El sentido de la vida se encuentra orientado básicamente al cuidado de la familia y los hijos y no otorgan alto valor a sí mismos, a su desarrollo personal y al mantenimiento de su salud y su vida.

El Cuadro 3 muestra las dos configuraciones psicológicas que se delimitaron en la investigación, las cuales agrupan de manera cualitativa las unidades psicológicas tanto estructurales como de dinámica y funcionamiento presentes en las configuraciones individualizadas de cada sujeto estudiado, que se identificaron como relevantes para la no adherencia al tratamiento o para favorecer la misma.

En estas se integran de manera dinámica unidades psicológicas de distinto grado de complejidad, así como aspectos funcionales de la personalidad que movilizan el comportamiento del individuo hacia la expresión de los componentes integradores de la estructura y dinámica de la adherencia al tratamiento, en sentido favorecedor del comportamiento esperado o para colocarlo en riesgo de no asumirlo.

La configuración no favorecedora para la adherencia se caracteriza por la presencia de autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración que estimula la percepción de baja auto eficacia

personal, la falta de organización individual de un proyecto de vida con poca o ausencia de capacidad para estructurar la dimensión futura con base en la rigidez de los procesos cognitivos que permitan las búsquedas de alternativas y soluciones productivas, una representación inadecuada de la enfermedad que hace al sujeto no percibirse en riesgo ni vulnerable y en consecuencia presentar falta de autorresponsabilidad en el proceso salud- enfermedad expresado en el predominio de un locus de control externo y poca estructuración de la voluntad.

Configuración no favorecedora de la adherencia	Configuración favorecedora de la adherencia
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de organización individual de un proyecto de vida • Poca o ausencia de capacidad para estructurar la dimensión futura • Autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración • Rigidez en los procesos de pensamiento y acción • Representación inadecuada del proceso salud enfermedad • Creencias de salud inadecuadas. No percibir la enfermedad como amenazante y no tener percepción de auto eficacia • Falta de autorresponsabilidad en el proceso salud enfermedad (locus de control externo, no estructurada la voluntad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización individual de un proyecto de vida • Capacidad para estructurar la dimensión futura • Autovaloración adecuada • Esfuerzo volitivo orientado a la búsqueda de soluciones • Representación adecuada del proceso salud enfermedad • Creencias de salud adecuadas. Percibir la enfermedad como amenazante y tener percepción de auto eficacia • Autorresponsabilidad en el proceso salud enfermedad (locus de control interno, fortalecida la voluntad)

Cuadro 3. Configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia terapéutica

La configuración favorecedora de la adherencia se caracteriza por similares unidades psicológicas estructurales y funcionales que la anterior, pero en este caso se especifican hacia su dimensión positiva. Se aprecia organización individual de un proyecto de vida con capacidad para estructurar la dimensión futura y una representación adecuada de la enfermedad con una percepción de esta como amenazante que genera en el individuo la autorresponsabilidad en el proceso salud- enfermedad expresado en un locus de control interno, fortalecida la voluntad con esfuerzo volitivo orientado a la búsqueda de soluciones. La autovaloración adecuada o inadecuada con tendencia a la sobrevaloración estimula la percepción de auto eficacia de las acciones realizadas con vistas a mantener la salud.

Discusión de los resultados

Los resultados de la presente investigación muestran la presencia de contenidos psicológicos con una estructura y dinámica particulares que caracterizan las configuraciones moduladoras del comportamiento de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En trabajos de González Rey (1994) con sujetos hipertensos e infartados se encontró un conjunto de indicadores psicológicos como son: determinismo externo, orientación al perfeccionismo en su actividad, pobreza de intereses, desplazamiento de sus deseos y aspiraciones personales a los de otras personas, esencialmente sus hijos, en quienes expresan todos sus anhelos y proyecciones de su vida futura y pérdida del sentido de la vida. Nuestra investigación arrojó falta de organización de un proyecto de vida y escasa estructuración de la dimensión futura de la vida en las personas no adheridas, estas son propensas a complicaciones y eventos a largo plazo como el infarto.

Este resultado también coincide con lo encontrado en un estudio de factores que determinan la adherencia de hipertensos, donde un número alto de pacientes ven las complicaciones como algo lejano e improbable; se muestran despreocupados e indiferentes dado que es una “enfermedad indolora” o con una clínica prácticamente ausente (Zurera 2014).

Un estudio con enfoque similar a la presente investigación, sobre configuraciones comportamentales relacionadas con el estilo de vida de hipertensos realizado por Gutiérrez (2003), encontró tres configuraciones. Dos relacionadas con el riesgo de enfermar: la denominada “confluencia crítica” que se expresa en un estilo de vida estructuralmente estrecho, centrado en un solo contexto de la vida y otra llamada “punto crítico” que caracteriza un estilo de vida estructuralmente amplio donde adquieren relevancia varios contextos que pueden ser fuentes generadoras de las principales fuentes de autorrealización pero marcan un punto de desequilibrio donde sobreviene la enfermedad. La tercera configuración se caracteriza como “oportunidades de salud” y se distingue por facilitar el mantenimiento de la salud, basado en tres elementos: ausencia de conflictos en los contextos relevantes para el sujeto, elevada autorrealización y auto cuidado del rol personal. Podría suponerse que en las configuraciones del estilo de vida de riesgo para enfermar se identifiquen elementos que no favorecen la adherencia al tratamiento y también aspectos favorecedores en la denominada “oportunidades de salud” la cual integra elementos protectores y de auto cuidado.

La representación inadecuada del proceso salud enfermedad en la hipertensión indica conocimientos y creencias erróneas sobre sus causas, tratamiento y modos de control, esto contribuye a no percibir la enfermedad como amenazante y no tener percepción de auto eficacia sobre las acciones necesarias para su manejo. Zurera (2014) encontró que para los pacientes la hipertensión está relacionada con problemas físicos como exceso de peso o no regular la ingestión de alimentos.

También la representación social de la enfermedad puede estar mediada por valores culturales y tradiciones. Oliva y Narváez (2009) en investigación con pacientes indígenas encontró que los fármacos son vistos como calmante, que no curan las causas de la enfermedad debido a que estas se encuentran en otro plano (físico, espiritual o religioso) y no definen a la hipertensión como una enfermedad válida e histórica y la farmacología antihipertensiva es evaluada como perjudicial a las tradiciones culturales.

Las creencias inadecuadas han sido descritas por Schmich Río Valle (2006) quien constata que pacientes hipertensos no perciben la enfermedad como algo grave o amenazante, ni las posibles complicaciones a largo plazo de la tensión arterial elevada no controlada. Otro aspecto interesante es la creencia sobre la necesidad de presentar síntomas como disparadores para realizar las indicaciones médicas. Granados et al (2007) encuentra asociación entre informes de creencias en síntomas como indicadores de que la tensión arterial esté o no elevada e informes de falta de adherencia; señalan la creencia en síntomas como responsable del 83 % de informes de no adherencia y del 70% de informes de recuperación de la adherencia por percibir nuevamente los síntomas como alarma de elevación de la tensión arterial.

La falta de autorresponsabilidad y el locus de control externo se relacionan con la falta de adherencia, comportamiento que requiere implicación personal y acciones conscientes. Schmich Río Valle (2006) encontró que no se aprecia conciencia de enfermedad, los pacientes “dejan el tratamiento en manos del médico” y no asumen una postura activa. También la alusión a deficiencias en los esfuerzos volitivos, entendida como falta de voluntad se expresa como característica de personas no adheridas. Zurera (2014) manifiesta que el cambio para los pacientes es algo imposible o muy difícil de lograr. En estudio cualitativo realizado en nuestro país se encontró que pacientes y profesionales de salud atribuyen la falta de adherencia, entre otros factores, a cualidades como no ser disciplinado y organizado, tener escasa responsabilidad y capacidad para el control (Martín, Grau y Bayarre 2012).

Consideraciones finales

El enfoque teórico y metodológico utilizado en la investigación permitió constatar que contenidos como: la capacidad para estructurar la dimensión futura y organizar un proyecto de vida, la realización de esfuerzos volitivos, las creencias de salud y la representación de la enfermedad, la flexibilidad de las operaciones cognitivas en la función reguladora del comportamiento, la autorresponsabilidad en el proceso salud enfermedad y las manifestaciones de la autovaloración del sujeto, caracterizan configuraciones psicológicas implicadas en el proceso de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En las personas investigadas se identificaron dos configuraciones psicológicas integradoras: una con tendencia favorecedora para la adherencia y otra con tendencia no favorecedora, las cuales están caracterizadas por la expresión en dimensiones diferentes de las unidades psicológicas antes mencionadas.

Referencias bibliográficas

- Álvarez Valdivia, I. M. (2004). *Investigación cualitativa Diseños Humanísticos Interpretativos*. Universidad Central de Las Villas: Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas. Dpto. de Psicología. (Material docente)
- Bandura, A. (1989). Lifestyle and Health. Some remarks on different viewpoints. *Social Science and Medicine*, 19, 341-47.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública (2008). Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana
- González, F., Mitjáns, A. (1989). *La personalidad. Su educación y desarrollo*. LaHabana: Editorial Pueblo y Educación.
- González Rey, F. (1994). *Personalidad, Salud y Modo de vida*. México DF: UNAM.
- González Rey F. (1996). *Problemas Epistemológicos de la Psicología*. México D. F: Universidad Autónoma de México.
- Granados, G., Roales, J.G., Moreno, E., Ibarra, J.L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Granada. *International Journal of clinical and health psychology*7(3), 697-707
- Gutiérrez, A. K. (2003). Las configuraciones comportamentales de riesgo en sujetos hipertensos. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.
- Martín, L. Bayarre, H., Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública* 34(1),0-0
- Martín Alfonso L, Grau J, Bayarre H. (2012) *Analytic framework for the study of treatment adherence. Results of research in Cuban hypertensive patients*. En: García C, Ballester R, Piña JA (Editores). *Chronic Diseases and Adherence Behaviors: Psychological Research in Ibero-American Countries*. New York: Nova Publishers, SA: 93-117.
- Martín Alfonso L, H. Bayarre, M. Corujedo, F Vento, Y. La Rosa, M.C Orbay. (2015) Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 41 (1) Pág. 33-45.
- Martín M., González, M., Bravo, M (2008). Inventario sobre algunas situaciones sociales. Escala de Rotter. En: CD-ROM Especialización en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana (pendiente de ISBN).
- Oliva P., Narváez C. (2009) Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. *Revista chilena de Salud Pública* Vol. 13 (2): 67-71
- Ortiz, M., Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile* 135:647-652
- Roca Perara, M. (2013). *Psicología clínica. Una mirada desde la salud humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rosenstock, I.M. (1985). Understanding and enchanging patient compliance with diabetic regimens.

Diabetes Care, 8, 610-616.

Schmidt Río-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde, C. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Granada. Index Enfermería* 15 (54), 25-29

Sousa Minayo, MC. (2009) *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Zaldívar, D. (2003). Factores psicosociales y adherencia terapéutica. Salud para la vida. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>, 4-4-03.

Zurera Delgado I, Caballero MT, Ruíz García M (2014) Análisis de factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería nefrológica* Vol.17 No. 4. Versión on-line.

ANEXO 1

CASO 17 Consultorio 19	NO ADHERIDO			
Masculino	57 años	Casado	Universitario	Asesor Legal
Antecedentes patológicos familiares.	Ambos padres vivos válidos y funcionales			
Antecedentes patológicos personales.	Hipertenso desde hace 7 años.			
Estado actual.	Controlado con medicamentos.			
Área familiar.	Familia de procedencia disfuncional. Familia actual disfuncional viven con la madre del paciente que impone sus criterios de forma rígida y autoritaria.			
Área escolar.	Referida como una etapa normal sin conflictos			
Área profesional y laboral.	Buen desempeño con reconocidos logros y satisfacción. Refiere alto estrés laboral.			
Esfera sexual Y de pareja.	Casado desde hace 18 años con buenas relaciones no refiere conflictos			
Hijos.	Hija de su matrimonio actual y 2 hijos varones del matrimonio anterior, con todos mantiene buena relación			
Redes de apoyo.	Suficientes de familiares y de amigos.			
Creencias de salud.	No se percibe en riesgo. No percibe su enfermedad como amenaza y no muestra auto eficacia en su conducta de salud.			
Planes futuros.	Centrados en construir su vivienda y cuidar de la familia.			
Sentido de la vida.	Orientado a su vida en familia y a la construcciones de su vivienda para tener independencia			
Locus de control	Externo.			
Representación de la enfermedad	No tiene percepción de riesgo, por lo que no reestructura su campo de acción para recuperar la salud.			
Años de evolución de la enfermedad	Siete años, con episodios recurrentes de salud-enfermedad.			

ANEXO 2

CASO 4 Consultorio 19		ADHERIDA TOTAL		
Femenina	59 años	Casada	Pre. Univ.	Ama de casa
Antecedentes patológicos familiares.	Padre y madre fallecidos. El padre IMA, la madre EPOC y tres hermanas vivas con trastornos cardiovasculares.			
Antecedentes patológicos personales.	Hipertensa desde hace 21 años, controlada con medicamentos y dieta			
Estado actual.	Actualmente descompensada por problemas familiares (hijo RM) y de pareja (en proceso de divorcio).			
Área familiar.	Familia de origen funcional. En su familia actual existen dificultades de comunicación por divorcio mal manejado.			
Área escolar.	Recuerda como buena esta etapa. Se adaptaba bien, con un desenvolvimiento medio.			
Área profesional y laboral.	Siempre ha sido ama de casa.			
Esfera sexual y de pareja.	Ha mantenido una relación formal pero sin afectos lo que constituye una fuente de conflicto.			
Hijos.	Dos hijos, una hembra y un varón RM moderado que genera conflicto pues necesita asistencia permanente. Mantiene con ellos buenas relaciones.			
Redes de apoyo.	Insuficiente red de apoyo. Pocas amigas, se siente sola, su familia ayuda poco.			
Creencias de salud.	Considera que hay que cuidarse, tener apoyo y seguir las indicaciones del médico, se percibe enferma y limitada. Percibe su enfermedad como amenazante y regula su auto eficacia			
Planes futuros.	Centrados en la esfera familiar.			
Sentido de la vida.	Orientado a la atención familiar y al cuidado de los hijos.			
Locus de control	Interno.			
Representación de la enfermedad	Percibe la enfermedad como limitante, y amenazante. Reestructura su campo de acción para cumplir las indicaciones de salud.			