

ESTILOS DE PERSONALIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

PERSONALITY STYLES AND ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Elodia Elisabeth Granados* y Eduardo Escalante**
Universidad del Aconcagua, Argentina.

Recibido: 04 de junio de 2010

Aceptado: 8 de septiembre de 2010

RESUMEN

El propósito de la investigación fue examinar la contribución de la variable personalidad en las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. Se trabajó a partir de un diseño: transversal con metodología descriptivo-correlacional y triangulación de datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas. Participantes: muestra no probabilística de 19 sujetos, (10 varones y 9 mujeres) con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, con más de 5 años de evolución de la enfermedad. Se les aplicó cuestionario MIPS de estilos de personalidad (Millon, 1997), cuestionario sobre auto-percepción de adherencia al tratamiento de la diabetes, y entrevista semidirigida. El análisis de los datos se realizó a partir del análisis de correspondencias múltiples (ACM) utilizando el paquete informático XLSTAT. Con las entrevistas se procedió a una codificación temática. El ACM evidenció escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad, del análisis de los casos atípicos se obtuvo que, la interacción de dos categorías centrales: conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, explican el alto nivel de adherencia.

Palabras clave: Diabetes, adherencia, estilos de personalidad, auto-percepción.

ABSTRACT

The purpose of the research was to examine the contribution of personality variable in the behavior of adherence to treatment in patients with diabetes. We worked from a design: Cross-sectional descriptive-correlational methods and triangulation of qualitative data obtained through interviews. Participants: nonrandom sample of 19 subjects (10 men and 9 women) with diabetes mellitus type 1 or type 2, with more than 5 years of disease progression. MIPS questionnaire was applied personality style (Millon, 1997), questionnaire on self-perception of adherence to treatment of diabetes, and semistructured interview. The data analysis was performed from multiple correspondence analysis (MCA) using the software package XLSTAT. The interviews carried out a thematic coding. The ACM showed little interaction between the levels of grip and personality styles, analysis of outliers was obtained that the interaction of two main categories: knowledge about the disease and knowledge about themselves, explain the high level of grip.

Keywords: Diabetes, Adherence, Personality Styles, Self-perception

Introducción

El estudio de la adherencia a un tratamiento, pone de manifiesto que en la literatura médica y psicológica se utiliza un conjunto de términos para referirse al mismo concepto, hecho que traduce confusiones e incomprensión respecto al tema. En la literatura anglosajona los términos más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica,

seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia. (Martin Alonso, 2004)

Puede apreciarse que la citada diversidad conceptual responde a posiciones ópticas y teóricas que hunden sus raíces en modelos particulares de conceptualización de salud y la enfermedad. En este sentido una de las más recientes conceptualizaciones, sostiene que la adherencia terapéutica, es el término más adecuado, dentro de los

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y es definido¹ como una 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.

Desde otro ángulo, algunos trabajos², ubican la adherencia al tratamiento, como una categoría de la psicología de la salud, y analizan la importancia de los principales problemas metodológicos y teóricos a la hora de tratar el problema.

Parten de la consideración de que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo en las que están involucrado una multiplicidad de factores y que en esencia se trata de un comportamiento humano modulados por componentes subjetivos, en los que se conceptualiza que la conducta de cumplir el tratamiento esta mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tienen de la enfermedad, encontrándose además implicados aquí procesos motivacionales y volitivos para recuperar la salud. En la adherencia al tratamiento, que como se sabe, comienza a operar en momentos posteriores al diagnóstico de la enfermedad intervienen también la percepción del paciente con respecto la enfermedad.

En la línea de la consideración de los abordajes teóricos desde donde ha sido abordado el problema destacan que, las primeras conceptualizaciones sostenidas en modelos clásicos, delimitaban hipótesis situacionales o de personalidad, y en este sentido la consideran una tendencia relativamente estable y difícil de modificar.

Con posterioridad a estas teorizaciones se propusieron modelos operantes focalizados en estímulos ambientales para elicitar la acción.

Finalmente frente a las insuficiencias del modelo emergieron las teorizaciones conductuales y cognitivas que

son, las que mayores contribuciones han realizado en los últimos años. En esta óptica surgen los conocidos modelos en salud: la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales, brindando explicaciones sobre el origen y el mantenimiento de la adherencia.

En términos generales cabe señalar, que en los estudios sobre adherencia en diabetes, la teoría social cognitiva centrándose en la variable autoeficacia, ha reportado que a medida que ella aumenta, son mayores las conductas tendientes al cumplimiento terapéutico, así como también señalan la presencia de una correlación positiva entre autoeficacia y conductas de salud (Ortiz, M, Ortiz, E; 2007).

Desde el modelo Trasteórico que propone etapas de cambios en la adquisición de conductas saludables, los hallazgos han indicado que los pacientes con enfermedades crónicas, como por ejemplo la diabetes, cuando se encuentran en las etapas de acción y mantenimiento; siguiendo regímenes alimentarios y mayores hábitos de salud o que los cambios se hallan establecidos por más de 6 meses, presentan menos problemas psicológicos. Y los aportes brindados desde el modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales señalan que la información es un prerequisite pero por sí solo no es suficiente para alterar la conducta, siendo además débil la relación entre información y motivación. En tanto que las habilidades conductuales son eficaces cuando se trata de conductas familiares y no complicadas.

Desde la psicología de la salud se han señalado variables de naturaleza social, psicológica, médica, determinantes o influyentes en las conductas de cumplimiento o adherencia a los tratamientos, pudiendo observarse tres grandes dimensiones de análisis:

En primer término, las características de la enfermedad pueden obstaculizar en mayor o menor medida el seguimiento del tratamiento, la diabetes presenta agravantes al ser una enfermedad que puede permanecer asintomática durante mucho tiempo y que necesita tratamiento durante toda la vida. La complejidad del

¹ Libertad Martín Alonso (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica Rev. Cubana Salud Pública; 30(4)

² Libertad Martín Alonso, Jorge. A. Grau Álvaro (2004). La Investigación de la adherencia al tratamiento como un problema de la psicología de la salud. Psicología y salud, enero junio, Vol. 14 N° 001. Universidad Veracruz. Xalapa. México, pág. 89-99

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(2): 203-216, 2010

tratamiento no es un hecho menor, puesto que implica importantes cambios en los hábitos cotidianos, requiere de la colaboración familiar y de la adquisición de habilidades y conocimientos específicos, puntos que hacen vulnerable su adhesión. Además las complicaciones en esta enfermedad (Frojan & Rubio, 2004) ocurren a largo plazo, lo cual dificulta el establecimiento de una contingencia directa entre el comportamiento actual del paciente y los posteriores problemas de salud, incidiendo negativamente en la adherencia. Una de las barreras más importantes la constituye la complejidad del régimen alimentario, siendo este uno de los aspectos que menor tasa de adherencia presenta.

En segundo término pueden localizarse características personales o factores psicosociales que modulan la adherencia, siendo edad, género, rasgos de personalidad, creencias, actitudes, atribuciones, locus de control, apoyo social; las variables principalmente estudiadas desde distintos modelos en salud.

Finalmente, la interacción médico-paciente: se constituye en otro de los factores que pueden incidir negativamente en la adhesión; la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales, y características de las comunicación que establece con el médico, el grado de comprensión de la información que se le transmite sobre el tratamiento constituye un primer paso para la consecución de los tratamientos.

Otro de los problemas implicados en la adhesión al tratamiento es su valoración, la evaluación de la misma suele ser una tarea compleja más aun en la diabetes donde el tratamiento implica una multiplicidad de acciones: control y auto monitoreo de los niveles de azúcar, seguimiento de diferentes dietas establecidas, realización de actividad o ejercicios físicos recomendados, uso de medicamentos u otras sustancias prescritas, asistencias a consultas programadas y la incorporación de hábitos saludables (abstinencia de tabaco, alcohol).

No existe un método único que se considere de referencia para medir la adherencia, entre las técnicas de evaluación de la adherencia se encuentran técnicas objetivas directas: determinación del fármaco en algún fluido biológico, técnicas objetivas indirectas: recuento de comprimidos, valoración de asistencia a citas programadas,

control de visitas para recoger recetas, etc. y técnicas subjetivas: que valoran la conducta y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tiene los pacientes, los más utilizados son: juicio del médico, entrevistas al enfermo, y cuestionarios o auto reportes que analizan el grado de conocimiento, o de actitudes en relación al tratamiento. En este sentido puede citarse la investigación realizada por Frojan Parga y Rubio Llorente (2004) en pacientes con Diabetes tipo1, cuyo objetivo fue evaluar la relación de variables psicosociales con el nivel de adhesión evaluado. Para la evaluación del mismo se trabajó con un auto informe de la adhesión terapéutica empleando una escala Likert de 5 puntos, elaborado por las autoras. Las variables criterios, (aquellas que abarcaban áreas de tratamiento) consideradas en esta autoevaluación fueron tres: percepción sobre el ajuste a la dieta recomendada, percepción sobre el ajuste a la práctica de ejercicio físico recomendado, y percepción sobre el ajuste a la frecuencia de análisis de glucemia. Indicándonos algunas líneas desde donde hemos partido para elaborar el auto reporte que se utilizó en esta investigación, a los fines de evaluar, en primera instancia, el nivel de adherencia y posteriormente profundizar en las variables subjetivas implicadas.

Así en esta investigación se evaluó la adhesión al tratamiento de la diabetes a partir de técnicas subjetivas; en primer instancia, se aplicó un auto reporte (escala likert de 4 puntos) donde se examinó la percepción de ajuste a seis áreas del tratamiento de la diabetes: dieta, ejercicio, monitoreo de niveles de glucemia, asistencia a citas médicas programadas, uso de medicamentos y asistencia a curso de educación diabético lógica. En segunda instancia, se realizó una entrevista semi-dirigida, donde las áreas del tratamiento auto reportadas fueron las guías que operacionalizaron la indagación de variables personales.

Se aplicó además el inventario MIPS de estilos de personalidad, por considerar de relevancia los antecedentes encontrados, a saber; los estudios de Cardenal Hernández y Fierro Bardaji (2001), que específicamente relacionan estilos de personalidad con funcionamiento adaptativo (quienes elaboraron, siguiendo las referencias ofrecidas por Millon, una clasificación en los estilos de personalidad, según se asocie positiva o negativamente a un funcionamiento sano. En esta misma perspectiva, Patro Hernández, Corvalán Berná, Liminaña Gras (2007), observaron que algunas

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

escalas: preservación, acomodación, vacilación, sumisión, e insatisfacción, correlacionan con las puntuaciones del inventario de Beck, y son justamente las escalas que según Millon (1997) correlacionan con neuroticismo del Neo.PS (Costa & McCrae, 1985).

En la tesis doctoral de Desch (2006), se relaciona personalidad, medida a partir del MIPS, y salud física-psicológica, medida a partir de ISRA, RES, Cuestionario de satisfacción personal, cuestionario de dolencias físicas y cuestionario de salud percibida, se observa que los estilos de personalidad que se asocian a menor salud son: preservación, acomodación, introversión, intuición, afectividad, retraimiento, discrepancia, vacilación, sometimiento e insatisfacción. Indicando que las personas con menor salud a nivel de la *Metas Motivacionales*, presentan rasgos asociados a la polaridad «dolor» del principio evolutivo de «Existencia». Y en el afrontamiento de los acontecimientos de la vida predomina la polaridad «pasividad» del principio evolutivo «Adaptación».

Es de observar que una de las hipótesis propuestas en nuestra investigación ha delimitado justamente entre otras a las escalas de preservación y acomodación, como escalas asociadas con comportamientos de menor adherencia al tratamiento.

En cuanto a los *Modos Cognitivos*, en la citada tesis, asocian a menor salud, escalas donde predomina la polaridad interna y la polaridad afectos. En esta dimensión nuestra hipótesis delimitó solamente a la escala de introversión en relación a comportamientos no adherentes, será de observar con posterioridad la pertinencia de incorporar en la hipótesis propuesta las escalas de intuición y afectividad.

En la *Conductas Interpersonales* las polaridades predominantes, aportadas desde la tesis doctoral citada, son retraimiento, vacilación, discrepancia, e insatisfacción. En esta dimensión nuestra hipótesis ha delimitado escalas pertenecientes a la polaridad vacilación e insatisfacción.

Con respecto a los *estilos de personalidad* relacionados a salud, Desch, indica que en cuanto a metas

Motivacionales son las escalas de apertura y modificación, pertenecientes a la polaridad «placer» las más destacadas. Escalas que en nuestra hipótesis, asociamos a comportamientos adherentes.

En *modos cognitivos*, también indica que predomina la polaridad externa, escala que justamente se encuentra señalada en nuestra hipótesis.

Mientras que en *conductas interpersonales*, la polaridad gregarismo y seguridad son las destacadas en relación a salud. Nuestra hipótesis acentuó la polaridad seguridad, (escala de firmeza).

La consideración de los hallazgos obtenidos en el citado estudio, a los fines de nuestra investigación, presupone implícitamente que los comportamientos de mayor adherencia al tratamiento se relacionan con la salud. Es en esa línea que los hallazgos presentados cobran un importante valor en nuestra investigación.

Por lo tanto, la investigación realizada se propuso examinar la contribución de la variable personalidad en las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes.

Antecedentes esta investigación dos estudios³:

El primero de ellos, sobre estilos de personalidad en varones y mujeres, diabetes tipo 1 y tipo 2. Los resultados indicaron que la presencia predominante de ciertos rasgos (preservación, introversión, vacilación) situaba a la muestra de pacientes con DM tipo 1, en inferiores condiciones a la hora de evaluar su funcionamiento adaptativo. Hecho que condujo a interrogarnos sobre la intervención de estilos de personalidad en la adaptación a la enfermedad y fundamentalmente en las conductas de auto cuidado necesarias durante el tratamiento de la enfermedad.

La segunda de las investigaciones llevadas a cabo busco identificar Atribuciones, Creencias y Significados relacionados con la Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, y pudo apreciarse que según el nivel de adherencia al

³ Granados, E., Fachinelli, C. (2005). «Estilos de personalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
Granados, E., Bustos, R., Bugallo, L. (2007). «Adherencia al Tratamiento: Atribuciones y Creencias en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. CIUDA. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(2): 203-216, 2010

tratamiento; diferían las atribuciones sobre el origen de la enfermedad, como así también la percepción de beneficios y/o barreras en la ejecución de los diversas dimensiones del tratamiento de la diabetes. Hechos que nos condujeron a continuar investigando las variables implicadas en la consecución del tratamiento, puesto que en la diabetes son numerosas las acciones que el paciente debe realizar y en cada una de ellas operan variables personales que requieren de mayor profundización.

Las áreas de tratamiento de la diabetes, principalmente estudiadas serán: control y auto monitoreo de los niveles de azúcar, seguimiento de diferentes dietas establecidas, realización de actividad o ejercicios físicos recomendados, uso de medicamentos u otras sustancias prescritas, asistencias a consultas programadas y la incorporación de hábitos saludables.

Materiales y Método

En la recolección de datos, se utilizaron técnicas provenientes de dos perspectivas científicas, de este modo de indagación se hizo a partir de instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos, siendo la entrevista semidirigida la técnica utilizada para acceder a la comprensión de la perspectivas de los pacientes con respecto a los obstáculos o posibilidades, a la hora de la consecución de los tratamientos. Además se aplicaron: auto reporte para la autoevaluación de adherencia, especialmente construido para la presente investigación, y el inventario de personalidad de Millon, a los fines de correlacionar autoevaluación de adherencia y estilos de personalidad.

Por consiguiente, el diseño metodológico aplicado fue transversal con metodología descriptivo-correlacional y triangulación de datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas. Se trabajo a partir de una muestra no probabilística o dirigida de 19 sujetos, seleccionados por médico diabetólogo, en el marco de consultas de control en consultorios externos del Hospital Central. Los sujetos: 10 varones y 9 mujeres, fueron seleccionados en función de las variables: tipo de diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2), y los años de evolución de la enfermedad: más de 5 años.

Se procedió a informar a los sujetos de las características del estudio y se solicitó su autorización para participar

voluntariamente (consentimiento informado). Se les aplicó cuestionario MIPS de estilos de personalidad (Millon, 1997) Posteriormente, auto-reporte sobre auto-percepción de adherencia al tratamiento de la diabetes, elaborada para la presente investigación (Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología de la UDA). Finalmente, se efectuó una entrevista semidirigida donde las áreas del tratamiento auto reportadas fueron las guías que operacionalizaban la indagación de variables personales que inciden en la adherencia.

El análisis de los datos se realizó a partir del análisis de correspondencias múltiples (ACM) utilizando el paquete informático XLSTAT. Las entrevistas fueron categorizadas: desde una codificación abierta; segmentando las expresiones por sus unidades de significación, a las que luego se les asignó un código (concepto). El corpus, constituido por el total de las entrevistas, fue reagrupado en función de las dimensiones de la adherencia y del nivel de adherencia reportado.

Resultados

Análisis de de Correspondencias Múltiples (ACM):

Para el análisis de los datos obtenidos a partir del cuestionario de adherencia al tratamiento y el inventario de estilos de personalidad, se elaboró una tabla de correspondencia que constituyó el material bruto sobre el que se realizó análisis de correspondencia múltiples. La variables cualitativas (columnas) fueron codificadas numéricamente, tratándose de códigos sin propiedades numéricas; donde género: (1, hombres) (2, mujeres), tipo de diabetes: (1, tipo 1) (2, tipo 2), adherencia a la dieta: (4, nada) (3, poco) (2, mucho) (1, completamente), estilos de personalidad: no presencia del rasgo (0: 50 o menos) presencia moderada del rasgo (1, PP entre 50 y 69), presencia marcada del rasgo (2: PP entre 70 y 89), presencia exacerbada del rasgo (3: PP entre 90 y 100) .

Las representaciones gráficas seleccionadas, muestran las interacciones entre las variables estudiadas. En la primera gráfica se obtuvo una panorámica completa de todas las variables, en tanto en los gráficos siguientes, se focalizó en solo una de las dimensiones del tratamiento (dieta y ejercicio físico) por ser las que reportan menores niveles de adherencia a la hora de su seguimiento.

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

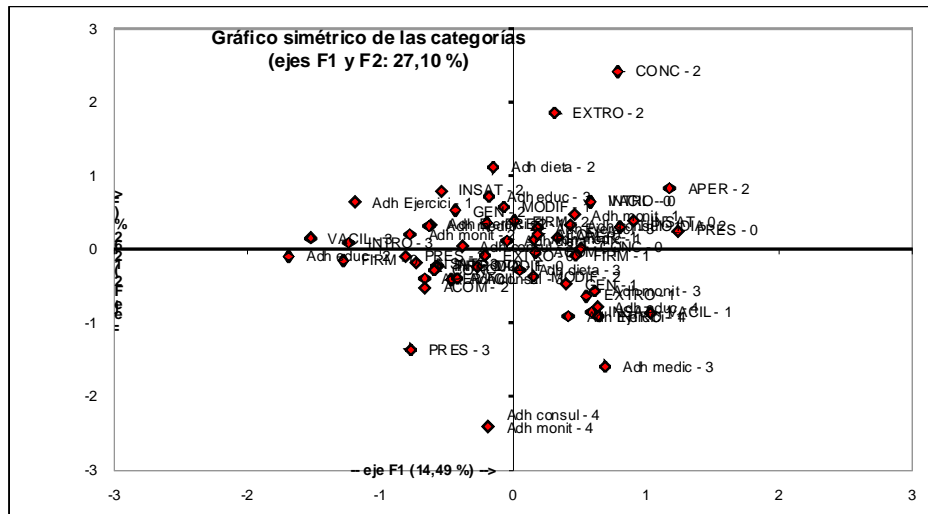


Gráfico 1: Nivel de adherencia a tratamiento de la diabetes, Género y Estilos de Personalidad.

En este mapa se puede apreciar que los rasgos *concordancia*, *extraversión* y *apertura* (ángulo superior derecho) muestran perfiles diferenciales, al alejarse del punto medio, donde se encuentran la mayor concentración de escalas y niveles de adherencia. Esta particular distribución arrojada por el análisis multidimensional de correspondencias aplicado en forma global a las variables de estudio, estaría evidenciado una escasa correlación entre rasgos de personalidad y las dimensiones de adherencia al tratamiento.

Si es factible observar una asociación positiva, entre género masculino, las categoría de poco y nada adherencia a cuatro de las dimensiones de la adherencia (monitoreo, educación diabetológica, medicación y ejercicio físico) y los rasgos *extraversión*, *vacilación* e *insatisfacción*. (Nube de puntos en el cuadrante inferior derecho).

Por otra parte, cabe destacar que el rasgo *preservación* presente en un modo exacerbado, asocia positivamente, con un nivel ausente de adherencia a las consultas medicas y a los monitoreos (ángulo agudo sobre el sector inferior de gráfico).

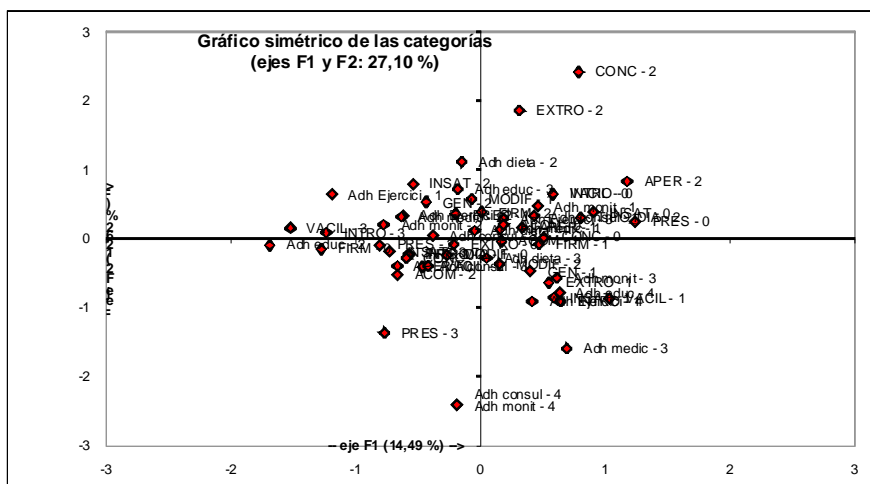


Gráfico 2: Adherencia a la Dieta, Género y Tipo de Diabetes.

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

enfermedad y los conocimientos sobre sí mismo fueron dos categorías centrales, para comprender el buen nivel de adherencia a la dieta.

- *Bueno, los cuidados de la dieta... que he tenido que hacer y las hipoglucemias que he tenido por ahí por no comer quizás lo suficiente, entonces se me ha bajado el azúcar o al hacer mucho ejercicio, quizás comía lo que comía siempre pero al hacer ejercicio se me bajaba el azúcar por gastar más energía.*

..... yo cada dos horas tengo que

- *Y ahí cuando es hipoglucemia eee, me tengo que (pausa) comer algo dulce o algo que me, que se me suba el azúcar. Y si está muy alta me tengo que, o sea si está alta me pongo la insulina.....*

Los casos muestran un claro conocimiento de las causas de hipoglucemias en relación a la alimentación y de las tácticas que han de implementarse con el objeto de mantener los niveles de glucemia adecuados.

En tanto que las diferencias estarían dadas en la medida en que los sujetos pueden integrar los conocimientos que tienen sobre sí mismo y los conocimientos sobre las variaciones glucémicas (conocimientos sobre la enfermedad) como lo evidencian los párrafos siguientes:

- *Bueno, yo cada dos horas tengo que comer una determinada colación,.....
la comida habitual que hace mi mamá, eso no... no es algo diferenciado en mí, es lo mismo pero me limito...*
- *La dieta, la dieta es la siguiente no, no puedes, o sea, puedes comer de todo un poco pero bueno eso está en uno también en cuidarse*
- *me mantenía más o menos bien para tener bien el azúcar.*
- *Y dejaba de comer y cuando está muy alta tengo que dejar de hacer las cosas porque me sube más*
- *si, puede ser porque, es decir hasta el año pasado comía muy poco yo y por ahí lo arreglaba, lo trataba de arreglar tomando una media tarde o el te endulzándolo con azúcar y algo que no me ayudo tampoco, no no me, es decir no me ayudaba en sí para que no me diera hipoglucemia. Hasta el año pasado que estuve internado y bueno después me dieron el*

alta y, y por lo menos lo que va del año voy respetando bien la...

Discusión

El análisis multidimensional ha puesto de manifiesto, una escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad, hecho que deberá ser corroborado aumentando la N en siguientes investigaciones. No obstante, cabe destacar que los estudios que posibilitaron formular la hipótesis sostienen correlaciones entre estilos de personalidad y funcionamiento adaptativo (Cardenal Hernández & Fierro Bardaji, 2001), bienestar subjetivo y adaptación social (Fierro Bardaji; Cardenal, Cardenal Hernández, 2002), salud psicofísica (tesis doctoral de Desch V, 2006), variables que en mayor o menor medida buscan poner de manifiesto la relación entre estilos de personalidad y salud mental. En tanto, la variable por nosotros estudiada implica un constructo multidimensional, donde las variables personales (factores psicosociales) constituyen solo una de las dimensiones, y en ella hemos focalizado puntualmente los estilos de personalidad. Es importante señalar que las características de la enfermedad y fundamentalmente la relación médico paciente no fueron abordadas de modo directo, y que en las entrevistas puede vislumbrarse su considerable contribución al seguimiento del tratamiento, hecho que ha de ser examinado en futuras investigaciones.

Cabe destacar que, de los perfiles que arrojaron diferencias; la asociación positiva entre el rasgo preservación y niveles muy bajo de adherencia a los monitoreos y consultas médicas, estaría indicando un comportamiento desadaptativo, en tanto la diabetes exige altos niveles de control del estado de salud. Así mismo la asociación positiva entre los rasgos concordancia, extraversión y apertura, dibuja una agrupación de rasgos que según antecedentes encontrados, correlacionan con salud.

Por otro lado, ha podido estimarse que en materia de adherencia al tratamiento, específicamente los datos representados en la gráfica 2, los perfiles que discriminan altos niveles de adherencia, estarían evidenciando la intervención de variables que requieren profundización, esto es estudiar focalmente los factores involucrados en estos casos y no tanto en los de bajo nivel de adherencia, esta perspectiva muestra ser más prometedora, posibilitando

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

la generación de situaciones que favorezcan la adherencia al tratamiento. Señalamos que focalizar en los casos de poco nivel de adherencia, esto es focalizar en el problema ha sido como tradicionalmente se han planteado los estudios, siendo quizás este uno de los motivos que ponga lógica, a los 30 años de estudio de la problemática y el alto porcentaje vigente de pacientes que no siguen los tratamientos médicos.

Con respecto a la valoración de los niveles de adherencia a la dieta, consideramos que la escala elaborada, ha contemplado la multiplicidad de acciones involucradas en el seguimiento del tratamiento de la diabetes, posibilitando discriminar específicamente las áreas que presentan mayores dificultades; en este sentido la dieta y el ejercicio físico y la asistencia a programas de educación diabetológica, has demostrado ser las que reportaron menores niveles de adherencia.

Los datos arrojados a partir del análisis de las entrevistas, señalan que los perfiles que se alejaron del promedio fueron sujetos de sexo femenino, todos con diabetes tipo 1 y con más de 10 años de evolución de la enfermedad. Las categorías emergentes no señalaron en forma evidente a los rasgos de personalidad interviniendo en el buen nivel de adherencia, sino más bien dimensiones que hacen al conocimiento: de la enfermedad, de sí mismo y a conocimientos donde intervienen ambas dimensiones (representada por ejemplo en la categoría evolución personal de la enfermedad).

Hecho a considerar ya que una línea considerable de estudios argumentan que no son los conocimientos los que favorecen la adherencia (Moreno, Gil, 2003)⁴. No obstante, es preciso destacar que los citados estudios refieren a los conocimientos sobre la enfermedad y, de acuerdo a nuestros hallazgos, la dimensión conocimientos sobre sí mismo parece estar incidiendo de modo considerable. Se precisa aumentar la casuística puesto que no se ha logrado el grado de saturación teórica necesaria (el acceso a la muestra ha presentado dificultades de diversas índoles), para poder sustentar la incipiente dimensión que pone en foco a los conocimientos sobre sí mismo del sujeto, posiblemente su posición subjetiva, colocándose el centro allí, para futuras investigaciones.

Desde otro ángulo, siguiendo con los planteamientos sostenidos en la presente investigación, se procedió a examinar los puntajes prevalentes, que en un nivel de marcado (PP entre 70 y 89) se presentaron en la totalidad de estos sujetos, surgiendo que: en cuanto metas motivacionales la polaridad actividad marco su sello (escalas de modificación, individualismo), en modos cognitivos; la polaridad interno en lo que respecta a los modos de obtener información (escala intuición) , y la polaridad afectos para el procesamiento de la información (escala afectividad) mostraron su prevalencia, en tanto que en conductas interpersonales la polaridad descontento (escala insatisfacción) fue la destacada. Dando cuenta de que un afrontamiento activo, procesos cognitivos que considerar la información interna así como también la integración de emociones, y la percepción de malestar en las relaciones, podrían ser rasgos que favorecen un buen nivel de adherencia a la dieta.

Conclusiones

Acotar algunos puntos en los momentos finales de la elaboración de un informe de la investigación, no es tarea nada sencilla, especialmente si en el recorrido investigativo se han abierto interrogantes, se han bosquejado algunas hipótesis, se han señalado aciertos y desaciertos, que en la extensión del escrito han dejado su marca. No obstante se hace preciso en un momento conclusivo, volver sobre ellos para que, a modo de guía operen, en futuras investigaciones.

El análisis de correspondencias múltiples, ha sido una técnica adecuada para el análisis de las variables estudiadas, se trabajó con una codificación numérica sobre múltiples variables cualitativas, lo que posibilitó descubrir interrelaciones entre las variables medidas. Las gráficas, sostenidas sobre dos ejes factoriales, permitieron apreciar, de un modo fácil y sencillo, la cercanía o alejamiento entre las dimensiones de las variables estudiadas, indicándonos en nuestro estudio, que los mayores conglomerados, puntos cercanos al promedio agrupaban nuestras principales variables (personalidad, adherencia). Hecho que posibilitó detectar puntualmente aquellos casos atípicos que arrojaron luz en la comprensión de los niveles de adherencia.

⁴ Como versa el texto: «en pocas palabras, la evidencia existente en la literatura especializada respecto a que los sujetos dicen conocer lo que hay que hacer, saben cómo hacerlo y, sin embargo, no lo ponen en la práctica, hacen difícil sostener una relación inequívoca y de carácter causal entre creencias y conductas en el ámbito de la salud, tal como se colige en los postulados del modelo».

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

Así se pudo delimitar que los estilos de personalidad no asocian de un modo directo con los niveles de adherencia, y que deberá aumentarse la casuística a los fines de poder delimitar elementos más certeros en relación a esta hipótesis. Si se encontraron asociaciones entre algunos estilos de personalidad que, desde la formulación de sus constructos y los estudios sobre estilos de vida saludables, buscan establecer correlaciones (extraversión, concordancia), así como también se encontró asociación entre conductas no saludables y rasgo de personalidad, como es el caso de preservación y bajo nivel de adherencia.

Los procedimientos de triangulación ofrecidos por las entrevistas, mostraron ser de incalculable valor en la medida en que confirmaron los hallazgos obtenidos en el ACM y posibilitaron, mediante el análisis temático de los casos atípicos, aproximarnos a la comprensión de las principales dimensiones involucradas en la adherencia a la dieta. Así el estudio trazó un camino a seguir: profundizar en la interacción de dos dimensiones centrales: conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, en tanto están operando de un modo particular en sujetos que han logrado tras largos años de evolución de la enfermedad, mantener estables los niveles de glucosa.

Referencias

- Brandenburg, Mc. (1995). Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Family Medicine*, 27, 276- 281.
- Cardenal, V. & Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13 (1), 118 - 116.
- Castro, M.M. & Pérez, M.A. (2004). *Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico*. Buenos Aires: Paidós.
- Desch V. (2006). *Relaciones entre Personalidad y Salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación*. Tesis para optar el grado académico de doctor. Universidad Complutense de Madrid.
- Díaz, M. & Sánchez, L. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 17, (2), 151 - 158.
- Díaz, M. & Sánchez, L. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción auto percibida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14 (1), 100 – 105.
- Frojan Parga, M. & Rubio Llorente, R. (2004). Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulinodependiente. *Psicothema*, 16, (4), 548 – 554.
- Heltz, J. (1990). Evidence of the Role of Psychosocial Factors in Diabetes Mellitus. Review. *Am J. Psychiatry* (147), 1275 – 1282.
- Loyd, C. (1998). Psychosocial factors and complication of IDDM. *Diabetes Care*, (11), 25 – 32.
- Millon, T. (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno San Pedro, E. & Gil Roales-Nieto, J. (2003). El Modelo de creencia en salud: Revisión Teórica, consideraciones críticas y Propuesta Alternativa. I Hacia un análisis Funcional de las creencias en salud. *Revista internacional de psicología y Terapia Psicológica*, 3 (1), 91 – 109.
- Parekh, P.; Feinglos, M. & Surwit, R. (2000). Personality Correlates of Glycemic Control in Type 2 diabetes. *Diabetes Care* (23)1321-1325.
- Patrón Hernández, R.; Corvalán Berna, F. & Limiñana Gras, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 3 (1), 118 – 124.
- Quiroga Romero, E. & Fuentes Quiroga, J.B. (2003). El significado psicológico y metapsicológico de los modelos biosocial y evolucionista de Millon. *Psicothema*, 15, 2, 190-196.
- Samaniego Garay, R.A. & Bermúdez, J. (2006). Control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una muestra regionmontana. *Psicología y salud*, 16, 1, 63 – 70
- Silva, G.; Galeano, E. & Correa, A. (2005). Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Medica Colombiana*, 30 (1).
- Vallis, M. (2005). Stages of change for healthy eating in diabetes. *Diabetes Care*; (26), 1468-74.
- Van Der Ven, N.; Weinger, K.; Yi, J. & Pouwer, F. (2003). The confidence in diabetes self-care scale: Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*; (26) 713-9.
- Videla, H.; Marcucci, G.; Frascali, P.; Granados, E.; Fachinelli, C.; Porta, A. & Carena, J. (2002). Variables Clínicas y Rasgos de Personalidad asociados al Control Metabólico en pacientes adultos con Diabetes mellitus. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 36, (2).

(*)(**) Investigadores del Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
Equipo de Trabajo: Marcelo Ahumada, Mercedes Cabaña, Marina Leiva, Roció Hidalgo, Carolina Collado.

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

ANEXOS

Entrevistas

Categoría	Incidentes (unidades de significado)	Propiedad
Conocimientos sobre la enfermedad	<p>¿Qué es lo que te ha pasado, cómo lo has vivido, qué cuidados has tenido?</p> <p>Bueno, los cuidados de la dieta... que he tenido que hacer yyy las hipoglucemias que he tenido por ahí por no comer quizás lo suficiente, entonces se me ha bajado el azúcar o al hacer mucho ejercicio, quizás comía lo que comía siempre pero al hacer ejercicio se me bajaba el azúcar por gastar más energía.</p>	Reconocimiento de causas y consecuencias
Conocimientos sobre sí mismo	<p>Bueno y con respecto a la dieta ¿cómo es tu dieta?</p> <p>Bueno, yo cada dos horas tengo que comer una determinada colación, por ejemplo en el desayuno, desayuno con galletitas con agua con queso, emm, después pasan dos horas y me como una tortita o una manzana con unas galletitas, siempre con unas galletitas o algo con harina como para que, queee, me dure. Bueno después tomo la media tarde, no después almuerzo la comida habitual que hace mi mamá, eso no... no es algo diferenciado en mi, es lo mismo pero me limito. No como en gran cantidad. Bueno después cada dos horas, de vuelta otra colación, no sé una fruta o un yogurt, leche no tomo por eso como queso o yogurt. En la media tarde siempre me tomo un té o un yerbeado con galletitas, las galletitas Lincoln o las galletitas con agua con queso o tortitas o una factura también. Bueno, después de dos horas más me como otra colación más y después en la noche, bueno me coloco la insulina siempre en la mañana, en el almuerzo y en la noche. Me coloco la insulina, ceno, la comida habitual también y después espero dos horas más, me como otra colación, siempre me como un yogurt siempre en las noches con unas galletas y después ya me me acuesto.</p>	Conocimientos de los que tiene que hacer
Evolución personal de la enfermedad	<p>¿Y eso es disciplinado, o sea, vos lo hacés siempre o alguna vez has tenidos dificultades o te costó adaptarte?</p> <p>Si, al principio si, imaginate, yo a los diez años, ahí si me costó un montón. Yo tenía diez años y me costó mucho porque yo al ser chica imaginate mi papá me compraba caramelos emm, una vez por semana me traía chocolate no, ya después ya no viste pero siempre me compraban los Toplevel, los chicles Beldent, siempre las gaseosas las light para que no me sintiera viste tan mal yo y después ya normal ya, hacía vida normal. Ya es un hábito, imaginate ya diez años.</p>	Diferencias individuales: saber del límite
Conocimientos sobre la enfermedad	<p>Y ahí cuando es hipoglucemia eee, me tengo que (pausa) comer algo dulce o algo que me, que se me suba el azúcar. Y si está muy alta me tengo que, o sea si está alta me pongo la insulina.</p>	Instancia inicial: asumirse enfermo
Conocimientos sobre la enfermedad	<p>Y ahí cuando es hipoglucemia eee, me tengo que (pausa) comer algo dulce o algo que me, que se me suba el azúcar. Y si está muy alta me tengo que, o sea si está alta me pongo la insulina.</p>	Instancia posterior: habito
Conocimientos sobre la enfermedad	<p>Y ahí cuando es hipoglucemia eee, me tengo que (pausa) comer algo dulce o algo que me, que se me suba el azúcar. Y si está muy alta me tengo que, o sea si está alta me pongo la insulina.</p>	Reconocimiento de causas y consecuencias

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com

Categoría	Incidentes (unidades de significado)	Propiedad
Conocimientos sobre sí mismo	<p>¿Cómo comías? Yyy comía lo nor, lo normal. ¿Y qué sería lo normal? Y eIII desayuno, eIII mate, el almuerzo, algo a media mañana con mi mami, y bueno, me mantenía más o menos bien para tener bien el azúcar. Claro.. Y ¿la dieta en qué consiste, vos cómo haces en tu día... (interrumpe) La dieta, la dieta es la siguiente no, no podés, o sea, podés comer de todo un poco pero bueno eso está en uno también en cuidarse. Y vos te cuidas de esta manera en el desayuno, en l almuerza y así...</p>	<p>Conocimientos de los que tiene que hacer</p> <p>Diferencias individuales: saber del límite</p>
Conocimientos sobre sí mismo	<p>Sí, yo cuando ahora por ejemplo en este análisis me ha dado cero ochenta y cuatro, me he estado cuidando cuando me hice el análisis, me ha dado uno cincuenta, uno cuarenta y dos.. ahí los tengo anotados. Cuando me paso tengo trescientos más o menos, anteriormente tenía hasta quinientos. Y ahí no me normalizaba bien con el aparato. Y vos en esos casos ¿que hacías para bajar el azúcar? Y dejaba de comer y cuando está muy alta tengo que dejar de hacer las cosas porque me sube más. Y en esos casos ¿qué comías? Y comía galletas o trataba de comer menos, sí de comer menos. Ahora estoy comiendo de todo pero poco.</p>	<p>Registro escrito</p> <p>Diferencias individuales: saber del límite</p>
Conocimientos sobre la enfermedad	<p>y estos picos que te dan tienen algo que ver con algún desarreglo que haces vos, de la comida o algo?si, puede ser porque, es decir hasta el año pasado comía muy poco yo y por ahí lo arreglaba, lo trataba de arreglar tomando una media tarde o el te endulzándolo con azúcar y algo que no no me ayudo tampoco, no no me, es decir no me ayudaba en si para que no me diera hipoglucemia. Hasta el año pasado que estuve internado y bueno después me dieron el alta y, y por lo menos lo que va del año voy respetando bien la... la dieta? si la dieta... y antes tenías una dieta o no tenias? si siempre tuviste una dieta? si y la has tratado de respetar?, porque no querías comer o no comías? si era, era que a mí no me daba hambre después de la media tarde, después de tomar el té y no comía nada, no cenaba nada, así que yo me media la glucemia y me colocaba la insulina y así me iba acostar. Así que era por eso que también me daban los picos de hipoglucemia...</p>	<p>Conocimientos de los que tiene que hacer</p> <p>Reconocimiento de causas y consecuencias</p>

* eligranados@nysnet.com.ar

** escalante.gomez@gmail.com