

<p><i>Revista científica CENTROS</i> 15 de enero de 2021 Vol. 10 No1 ISSN: 2304-604X pp. 17- 37</p>				
<p><i>Recibido: 01/09/20; Aceptado: 16/12/20</i></p> <p>Se autoriza la reproducción total o parcial de este artículo, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.</p>				
<p>https://revistas.up.ac.pa/index.php/centros</p> <p><i>indexada en</i></p>				
<table border="0"> <tr> <td data-bbox="245 621 597 716">  </td> <td data-bbox="597 621 980 716">  </td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 716 597 827"> <p>http://www.latindex.unam.mx/</p> </td> <td data-bbox="597 716 980 827"> <p>http://miar.ub.edu/issn/2304-</p> </td> </tr> </table>				<p>http://www.latindex.unam.mx/</p>
				
<p>http://www.latindex.unam.mx/</p>	<p>http://miar.ub.edu/issn/2304-</p>			

IDENTIDAD DE ENFERMEDAD Y AFRONTAMIENTO: SU ROL EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS; ECUADOR 2019

ILLNESS IDENTITY AND COPING: ITS ROLE IN THE THERAPEUTIC ADHERENCE OF PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION; ECUADOR 2019

Ana Caridad Serrano Patten
Universidad Católica de Cuenca – Ecuador/<https://orcid.org/0000-0001-7313-7436>
aserranop@ucacue.edu.ec

David Marcelo Bermeo Barros
Universidad Católica de Cuenca – Ecuador/<https://orcid.org/0000-0002-1175-5519>
david-19952012@hotmail.com

Jeniffer Dayana Cuenca Ochoa
Universidad Católica de Cuenca – Ecuador/<https://orcid.org/0000-0002-6688-0202>
jdcuencao82@est.ucacue.edu.ec

Yenima de la Caridad Hernández Rodríguez
Universidad Católica de Cuenca – Ecuador/<https://orcid.org/0000-0003-3856-5974>
yhernandezr@ucacue.edu.ec

Resumen

La identidad de enfermedad es un constructo novedoso que explica la manera en que los pacientes incorporan una enfermedad crónica a su identidad personal. Al relacionarse con otras variables psicológicas, demográficas y clínicas dentro del proceso salud-enfermedad, contribuye a la explicación de las diferencias de comportamientos de los pacientes con enfermedades crónicas en torno a la adherencia al tratamiento. *Objetivo:* Analizar la relación existente entre identidad de enfermedad, estrategias de afrontamiento, variables sociodemográficas y clínicas con la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un hospital de la provincia del Azuay, Ecuador. *Metodología:* Estudio correlacional de corte transversal con 300 pacientes. Recolección de datos: ficha sociodemográfica, Cuestionario de Identidad de Enfermedad, Escala de adherencia y Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE 28). Análisis: estadística descriptiva, coeficiente de correlación Rho de Spearman, U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis, $p \leq 0.05$. *Resultados:* Correlaciones positivas estadísticamente significativas entre la adherencia terapéutica y las dimensiones de identidad de enfermedad “aceptación” $p(\rho)=0,323^{**}$, “rechazo” $p(\rho)=0,290^{**}$ y el afrontamiento centrado en el problema $p(\rho)=0,433^{**}$. Con correlaciones negativas con la adherencia terapéutica se encontraron la edad, el tiempo de diagnóstico y la dimensión “envolvimiento”, con valores $p(\rho)= -0,399^{**}$; $p(\rho)= -0,128^*$ y $p(\rho)=-0,41^*$ respectivamente. *Conclusiones:* Los incumplimientos de las indicaciones de tratamiento de los pacientes hipertensos y diabéticos están relacionados con la edad, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, las dimensiones adaptativas y desadaptativas de la identidad de enfermedad, así como a estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Palabras clave: Identidad de enfermedad, adherencia terapéutica, afrontamiento, hipertensión, diabetes mellitus.

Abstract

Disease identity is a novel construct that explains how patients incorporate a chronic disease into their personal identity. By relating it to other psychological, demographic, and clinical variables within the health-disease process, it contributes to explaining the differences in behavior of patients with chronic diseases around treatment adherence. *Objective:* To analyze the relationship between disease identity, coping strategies, sociodemographic and clinical variables and adherence to treatment in patients with diabetes mellitus and high blood pressure treated at a hospital in the province of Azuay, Ecuador. *Methodology:* Cross-sectional correlation study with 300 patients. Data collection: sociodemographic file, Disease Identity Questionnaire, Adherence Scale, and Multidimensional Scale for Evaluation of General Coping Strategies (COPE 28). Analysis: descriptive statistics, Spearman's Rho correlation coefficient, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis, $p \leq 0.05$. *Results:* Statistically significant positive correlations between treatment adherence and disease identity dimensions "acceptance" $p(\rho)=0.323^{**}$, "rejection" $p(\rho)=0.290^{**}$, and problem-centered coping $p(\rho)=0.433^{**}$. With negative correlations with therapeutic adherence, age, time of diagnosis, and the "involvement" dimension were found, with values $p(\rho)= -0.399^{**}$; $p(\rho)= -0.128^*$ and $p(\rho)=-0.41^*$ respectively. *Conclusions:* Non-compliance with the indications for treatment of hypertensive and diabetic patients is related to age, time of diagnosis of the disease, adaptive and maladaptive dimensions of the disease identity, as well as coping strategies focused on the problem.

Keywords: Hypertension, diabetes mellitus, treatment adherence, disease identity, coping.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles han tenido un aumento progresivo en la población mundial, con un alto impacto en los indicadores de salud en los últimos años. Se ha identificado que entre las enfermedades de mayor prevalencia se encuentran la diabetes y la hipertensión arterial, no solo por la morbilidad específica sino por las complicaciones crónicas y por ser causas de otras enfermedades con importante compromiso para la vida (Conthe, 2014).

La hipertensión arterial se considera una de las primeras causas de discapacidad y muerte en el mundo, además, se le atribuye una alta proporción en la etiología de enfermedades cardiovasculares, renales y cerebrovasculares (Banegas, 2017). Según señalan Altamirano et al., (2017) y Mendoza, Padrón & Orozco (2018), la diabetes mellitus presenta también prevalencia elevada, que aumenta con la edad de las personas. Las complicaciones crónicas que devienen de esta enfermedad generan un alto coste a nivel individual, social y económico en la población.

El Informe de la Organización Panamericana de la Salud OPS (2017), da cuenta que entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión arterial; Vargas & Casas (2016) declaran la existencia de un elevado índice de prevalencia de diabetes mellitus (DM) en adultos mayores de 18 años de edad en la región. En el Ecuador estas enfermedades provocan una alta morbi-mortalidad que según el registro realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2013, un total de 63.104 defunciones generales fueron causadas por diabetes e hipertensión arterial, con una incidencia de 4.695 y 4.189 fallecimientos respectivamente (INEC, 2014).

La comunidad científica en el contexto de la salud, durante años dominada por las concepciones del modelo biomédico de atención, generó múltiples

investigaciones sobre pacientes diabéticos e hipertensos enfocadas básicamente en aspectos epidemiológicos y clínicos de estas enfermedades. En los últimos quince años, en cambio, ha despuntado un interés investigativo respecto al rol que desempeñan diferentes variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, tomando en cuenta su influencia en los comportamientos que favorecen o entorpecen el bienestar integral del individuo enfermo (Jiménez & Dávila, 2007; Orozco & Castiblanco, 2015; Jordá, 2019).

El incumplimiento terapéutico, según Ventura, Ruiz & López (2019), es un problema importante en la práctica clínica, se considera que entre el 20% y 50% de los pacientes crónicos no cumplen con el tratamiento indicado y esto va en detrimento de su calidad de vida. La adherencia terapéutica es un proceso multidimensional de gran complejidad, en el que interaccionan diversos factores; se define como una relación transaccional entre el paciente y el médico tratante, que permite el cumplimiento eficaz del tratamiento con la realización de acciones de autocuidado del paciente hacia su enfermedad (Gómez, 2014; Ramos Morales, 2015).

Ramos Rangel, Morejón, Gómez, Reina, Rangel & Cabrera (2017), encontraron que los pacientes en el transcurso de los dos primeros años de diagnóstico clínico de diabetes mellitus tipo II, se predisponen al acatamiento del tratamiento, mientras que los problemas mayores de cumplimiento surgen entre los tres y cinco años, con mejorías después de 10 años de ser diagnosticado el paciente. Un constructo que ha mostrado tener impacto en la adherencia de sujetos con distintas patologías crónicas, es el de identidad de la enfermedad (IE); este es definido como el grado en que una condición de salud crónica se integra en la identidad de una persona, es decir, la forma en que piensa y siente sobre sí misma (Van Bulck, Luyck, Goossens, Oris & Moons, 2018).

Se distinguen cuatro estados o dimensiones de IE: el rechazo, el involucramiento, la aceptación y el enriquecimiento; dos de ellos son adaptativos y dos tienen componentes desadaptativos (Oris, 2016; Van Bulck, et al., 2018; Luyckx, et al., 2019). El rechazo se refiere a que la enfermedad crónica no es aceptada como parte de la identidad propia del paciente y es interpretada como una amenaza o inaceptable para sí mismo. El involucramiento por otra parte describe la manera en que la enfermedad domina la identidad de la persona y los individuos se definen a sí mismos en términos de su enfermedad, demostrando que ésta condición invade todos los dominios de su vida (Morea, Friend & Bennett, 2008, Luyckx et al., 2018).

La aceptación, hace referencia a cómo los sujetos admiten su nueva condición como parte de sí, sin ser abrumados; finalmente, se le denomina enriquecimiento a la generación de cambios positivos que le permiten al paciente crecer como persona, lo cual deviene en beneficio para su identidad (Oris, 2016; Luyckx et al., 2018). Estudios realizados sobre el tema señalan que ambas dimensiones predisponen a las personas a afrontar su enfermedad y convivir con ella sin que la misma domine sus vidas (Oris et al., 2016).

Según Macías, Madariaga, Valle & Zambrano (2013) y Serrano, Céspedes & Louro, (2016), el afrontamiento del individuo opera sobre contextos o situaciones que generen estrés en el individuo, encontrándose así en la constante búsqueda de minimizar, tolerar, aceptar o ignorar, aquello que sobrepasa sus recursos personales para hacer frente a la vida cotidiana, como es el caso de una enfermedad crónica. Biggs, Brough & Drummond (2017), al referirse a la definición de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, rescatan de manera muy sugerente el papel de las emociones y su influencia en la forma de percibir y analizar cada individuo los factores estresores.

La presente investigación está relacionada con los elementos anteriormente señalados; el objetivo general se orientó en analizar la relación existente entre la identidad de enfermedad, las estrategias de afrontamiento, variables sociodemográficas y clínicas con la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes e hipertensión arterial que reciben atención médica en una institución hospitalaria de la provincia Azuay-Ecuador. Para ello, durante el desarrollo de la investigación se caracterizaron a los pacientes según variables sociodemográficas y clínicas, se determinaron los niveles de adherencia terapéutica y los estilos de afrontamientos de los mismos, así como la forma de integración de la enfermedad en su identidad personal.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio correlacional de corte transversal, donde participaron 300 pacientes adultos atendidos en el hospital "Aida León de Rodríguez Lara" del cantón Girón, Azuay, Ecuador, que fueron seleccionados por medio de muestreo no probabilístico. Para recolectar los datos relacionados con las variables sociodemográficas y clínicas se elaboró una ficha de datos: sexo, edad, ocupación, estado civil, tipo de enfermedad/s crónica/s que padece y tiempo de diagnóstico/s. Se administró el Cuestionario de Identidad de Enfermedad Oris, et al., (2018) adaptado lingüística y culturalmente en el Ecuador (Serrano, 2019). Este es un instrumento de auto-reporte compuesto por 25 ítems que evalúan cuatro factores de identidad de enfermedad: rechazo, aceptación, enriquecimiento y involucramiento. El cuestionario se ha utilizado y validado en pacientes con diabetes tipo 1 y en pacientes cardíacos demostrando una fiabilidad de 0.85 (Van Bulck, et al., 2018).

Se aplicó la Escala de adherencia terapéutica (EAT) basada en conductas y comportamientos explícitos del paciente. Consta el mismo de 21 preguntas distribuidas en 3 dimensiones (autoeficacia, control de ingesta de medicamentos y alimentos y seguimiento médico-conductual) con 7 ítems cada una. Como resultado

global y por dimensiones se obtienen niveles “alto, medio o bajo” de adherencia terapéutica. El índice de fiabilidad es de 0.91.

Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con la Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (Cope 28) (Morán, Landero, & Gonzáles, 2009). Consta de 28 ítems con 15 sub-escalas que miden las formas de afrontar un problema. En estudios realizados en México y Perú el cuestionario ha demostrado tener consistencia interna con Alfa de Cronbach de 0.6 (Díaz, 2015; Cassaretto, 2016).

Los datos recolectados fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 24. Se realizaron cálculos de frecuencias absolutas, relativas, media y desviación estándar. Se establecieron asociaciones entre variables mediante el cálculo del coeficiente de correlación Rho de Spearman para variables ordinales; la U de Mann Whitney, prueba no paramétrica para dos muestras independientes y el estadístico Kruskal-Wallis para k muestras. Se trabajó con niveles de significación estadística de $p \leq 0.01$ y $p \leq 0.05$. Al ser una investigación con seres humanos se cumplieron varios principios éticos para garantizar la integridad de los participantes.

Resultados

Los resultados obtenidos en la investigación son presentados a continuación en correspondencia con el cumplimiento de cada objetivo propuesto. Respecto a la distribución de pacientes con diabetes e hipertensión arterial según las variables sociodemográficas y clínicas, se puede constató que, de los 300 pacientes participantes en el estudio, 112 pertenecen al sexo masculino que representan al 37,3% y 188 corresponden al sexo femenino con un porcentaje del 62,7%. Con respecto a la edad, el mayor porcentaje de pacientes son mayores de 60 años de edad, representando el 60,3 %.

En la distribución porcentual por estado civil se manifiesta que el 57,3% de los participantes en el estudio son casados; respecto a la ocupación hay un predominio de pacientes cuya ocupación principal son los quehaceres domésticos para un 47,3%. El 51,3% del total tiene un diagnóstico de HTA, el 19,3% presentan diabetes mellitus tipo I, el 13,0% padece diabetes tipo II y un porcentaje de 16,3 % padece ambas patologías. Según el tiempo que llevan con el diagnóstico de la enfermedad, se encontró que el 50,7% se encuentra diagnosticado en un período de 1 a 5 años, el 27,0% entre 5 y 10 años, el 14,0% presenta estas enfermedades desde hace 10 a 20 años atrás.

En la tabla 1 se pueden observar los resultados de la distribución de los pacientes según la manera en que han integrado su enfermedad en su identidad personal. De esta forma el enriquecimiento es la dimensión que presenta un comportamiento promedio de 4,17 con una DE de 0,98 en una escala de cinco como límite de mayor representatividad; es decir, en un número importante de estos pacientes se generaron cambios positivos en su vida a partir del diagnóstico de su enfermedad, lo cual los hizo crecer como persona.

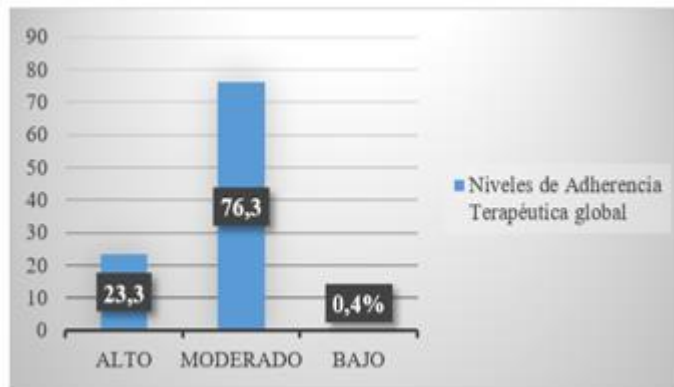
En sentido contrario con una media de 3,82 y una de 0.89 se presenta el involucramiento, comportamientos desadaptativos que provoca que la enfermedad domine la vida del paciente. Con un promedio de 3,10 se presenta la dimensión de rechazo de la enfermedad en la identidad personal de los pacientes y hay un promedio de 2,94 de aceptación de la enfermedad entre los participantes.

Tabla 1. Distribución de pacientes con diabetes e hipertensión según factores de identidad de enfermedad. N=300

Identidad de enfermedad	Media aritmética	DE
Rechazo	3,10	1,04
Envolvimiento	3,82	,89
Aceptación	2,94	1,11
Enriquecimiento	4,17	,98

Elaborado por: Serrano; Bermeo Cuenca & Hernández 2019

Los niveles de adherencia terapéutica que fueron identificados en los sujetos diabéticos e hipertensos muestran que el 76,3% de ellos son modernamente adheridos, con adherencia alta hay un 23,3% del total y solo un 0,3% de pacientes posee niveles bajos en el cumplimiento de las indicaciones médicas.(Ver.figura1).



La tabla 2 muestra el comportamiento de las dimensiones de la adherencia terapéutica en los pacientes, las cuales esclarecen los motivos por los cuales se alcanzaron los datos anteriormente presentados de adherencia global. En las tres dimensiones los niveles moderados de adherencia son representados con los valores más elevados. Se puede ver que existen dificultades en el *control de ingesta de alimentos y medicamentos* en el 93,7% de los casos; similar resultado se presenta en la dimensión *seguimiento médico conductual* donde el 83,7% presenta niveles moderados de adherencia y hay un 16% de pacientes que tienen nivel alto. Con mejores resultados se muestra la dimensión *autoeficacia*.

Tabla 2. Distribución de pacientes con diabetes e hipertensión según niveles de adherencia terapéutica por dimensiones. N=300

Dimensiones de adherencia terapéutica	Niveles (%)
Control de Ingesta de alimentos y medicamentos	Bajo (6,3%) Moderado (93,7%)
Seguimiento médico conductual	Bajo (0,3%) Moderado (83,7) Alto (16 %)
Autoeficacia	Bajo (0,7%) Moderado (61,3%) Alto (38%)

Elaborado por: Serrano; Bermeo Cuenca & Hernández 2019.

Conforme a los objetivos propuestos se presentan, además, los datos de las medias y desviaciones estándar de las diferentes estrategias de afrontamiento que desarrollan los pacientes, destacando que el comportamiento de mayor promedio es el afrontamiento centrado en la emoción con $M=28,47$, seguido del afrontamiento evitativo con $M=25,53$ y finalmente con una $M=16,97$ el afrontamiento centrado en el problema. (Ver tabla 3).

Tabla 3 Distribución de pacientes con diabetes e hipertensión según estrategias de afrontamiento. N=300

Estrategias de afrontamiento	Media	DE
<i>Afrontamiento centrado en el problema</i>		
-Afrontamiento activo	16,97	4,17
-Planificación		
-Apoyo social		
<i>Afrontamiento centrado en la emoción</i>		
-Apoyo emocional		
-Reinterpretación positiva	28,47	4.36
-Negación		
-Aceptación		
-Religión		

<i>Afrontamiento dirigido a la evitación</i>		
-Autodistracción		
-Desahogo		
-Desconexión conductual	25,53	7,14
-Consumo de sustancias		
-Humor		
-Autoinculpación		

Elaborado por: Serrano; Bermeo Cuenca & Hernández 2019.

Adicionalmente, como puede observarse en la tabla 4, se presentan las asociaciones entre las variables edad, tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad y estrategias de afrontamiento, con la adherencia terapéutica identificada, para lo cual se realizó el cálculo del coeficiente correlación Rho de Spearman. En un análisis pormenorizado de los resultados, destaca que existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable demográfica edad ρ (rho) = $-,399^{**}$; la variable clínica tiempo de diagnóstico con ρ (rho) = $-,128^*$ y la dimensión involucramiento de la variable psicológica identidad de enfermedad ρ (rho) = $-,41$.

Con correlaciones estadísticamente positivas con la adherencia terapéutica, sobresalen los valores de ρ (rho) = $,433^{**}$ y ρ (rho) = $,323^{**}$ de la estrategia de afrontamiento centrado al problema y la dimensión aceptación de IE, ambas variables relacionadas con comportamientos adaptativos. Con correlaciones positivas más bajas con la adherencia, se presentan las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y dirigidas a la evitación y las dimensiones de IE enriquecimiento y rechazo.

Tabla 4. Correlaciones de las variables edad, tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad y de estrategias de afrontamiento con la adherencia

terapéutica identificada en los pacientes hipertensos y diabéticos participantes en el estudio. ¹

Variables	Adherencia terapéutica
Edad	-,399**
Tiempo de Diagnóstico	-,128*
Rechazo	,290**
Envolvimiento	-,41*
Aceptación	,323**
Enriquecimiento	,162**
Afrontamiento centrado al problema	,433**
Afrontamiento centrado en la emoción	,155**
Afrontamiento dirigido a la Evitación	,149**

N=300

** . Correlación muy significativa $p \leq 0.01$;

* . Correlación muy significativa $p \leq 0.05$

Elaborado por: Serrano; Bermeo Cuenca & Hernández 2019

Adicionalmente se realizó el cálculo del estadístico U de Mann-Whitney tomando como variable de agrupación el sexo de los pacientes. Como resultado se obtuvo que existen diferencias significativas en los niveles adherencia terapéutica entre mujeres y hombres, obsérvese que el valor de la significación asintótica bilateral (p) es de $p=0,040 \leq 0,05$.

Al realizarse el cálculo del estadístico Kruskal-Wallis para el análisis de los niveles de adherencia terapéutica según tipo de enfermedad diagnosticada en los pacientes participantes, con un valor de 17,330 con $gl= 3$; sobresale como resultado de interés que existen diferencias estadísticamente significativas de los niveles de

¹ Cálculo de Rho de Spearman (*en los resultados solo se incorporaron las variables que obtuvieron correlación estadísticamente significativa*)

adherencia, según el tipo de enfermedad que padecen los pacientes; es decir, es diferente el comportamiento adherente al tratamiento en los que tienen HTA, que en los diagnosticados con algún tipo de diabetes, así como respecto a los que tienen ambas enfermedades. El valor de la significación asintótica bilateral empleado, $p=0,001 \leq 0.01$, da cuenta de ello.

Discusión

Entre las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos e hipertensos participantes en el estudio sobresalen las mujeres, en su mayoría mayores de 60 años de edad, cuyas ocupaciones principales son las labores domésticas y agrícolas. Destacan los pacientes con diagnóstico de hipertensión, seguidos de los que padecen diabetes tipo I y que tienen entre uno y cinco años de diagnóstico de la enfermedad.

Respecto a la adherencia terapéutica identificada en los sujetos diabéticos e hipertensos, destaca que la mayoría de ellos se encuentran en el nivel moderado, presentando las mayores dificultades en el control de ingesta de alimentos y medicamentos. Este resultado da cuenta de que los pacientes no cumplen a cabalidad con las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas indicadas por su médico. Lo anterior es consistente con el hallazgo de Castillo, Martín & Almenares (2017), donde registraron niveles parciales de adherencia en pacientes diabéticos, relacionado con la falta de cumplimiento de indicaciones sobre dieta alimenticia, la práctica de ejercicios físicos y el automonitoreo de indicadores de glucemia.

Arévalo & López (2016), en estudio realizado en el Azuay, también encontraron deterioro de la adherencia farmacológica en el caso de pacientes hipertensos. La ausencia o limitaciones en comportamientos auto-responsables favorecen la no adhesión a la terapéutica indicada por los especialistas, lo cual va en detrimento del bienestar del paciente.

Al analizarse cómo se relacionan la adherencia al tratamiento con las distintas variables estudiadas, se encuentra que entre mayor es la edad de los pacientes y mayor el tiempo de diagnóstico de su patología, estos se vuelven menos adherentes. En este sentido hay diferencias al compararse estos datos con los obtenidos en Lima, Perú, por Gonzalez (2015), quien a pesar de haber encontrado bajos niveles de adherencia en una población diabética con un promedio de edad de 66,11 años, no obtuvo correlación con entre ambas variables.

En este estudio se encontró también que son menos adherentes los sujetos que están más envueltos en la enfermedad, es decir, el involucramiento como dimensión no adaptativa de la identidad de enfermedad, los hace definirse a ellos mismos en términos de enfermedad y perder el control de su autocuidado. Otra correlación con la adherencia terapéutica, en este caso positiva, es la encontrada con las variables estrategia de afrontamiento centrado en el problema y la dimensión aceptación; aquí puede verse que tanto los comportamientos adaptativos como los desadaptativos generan impacto en el desarrollo de conductas encaminadas al cumplimiento del tratamiento, tanto en los pacientes con HTA como en los que tienen diabetes mellitus.

En investigaciones correlacionales realizadas con pacientes diabéticos y con otras enfermedades crónicas, en las cuales se han involucrado las dimensiones de IE y la variable adherencia al tratamiento, se han encontrado resultados similares a los presentados. Oris (2016), obtuvo una correlación positiva de 0.20** entre la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de la ID, negativa de -0.19*** con el rechazo y el involucramiento.

Adicionalmente, otro resultado que tiene similitud con estudios precedentes es el relacionado con las diferencias del comportamiento adherente según el sexo y en correspondencia con el tipo de enfermedad diagnosticada. Se ha determinado

que la no adherencia está más asociada con el sexo masculino que con el femenino; igualmente se ha encontrado que los valores medios de adherencia para personas con HTA ha sido mayor que en las que presentan diabetes mellitus o ambas patologías (Chacón, Sandoval, Muñoz & Romero, 2015; Romero, Parra, Sánchez & Rojas, 2017).

Con la presente investigación se están ofreciendo insumos importantes para alcanzar otro nivel de análisis de la problemática del comportamiento en salud de pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo al introducir el constructo identidad de enfermedad, poco explorado en Latinoamérica. Resulta relevante el acercamiento al componente subjetivo del proceso salud enfermedad en el contexto ecuatoriano, donde aún es insipiente el abordaje de la enfermedad crónica desde la perspectiva de la Psicología de la Salud y el aporte que se realiza al respecto, contribuirá a perfeccionar el abordaje integral de este tipo de pacientes.

Referencias Bibliográficas

Altamirano Cordero, L. C., Vásquez C, M. A., Cordero, G., Álvarez, R., Añez, R., Rojas, J., & Bermúdez, V. (2017). Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca- Ecuador. *Avances en Biomedicina*, ISSN-e 2244-7881, 6(1), 10-21.

Arévalo Astudillo, M. P. (2016). Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial crónica (). Bachelor's thesis, Universidad del Azuay.

Banegas, J. R.-C. (2017). Epidemiología de la hipertensión arterial. *Hipertensión y riesgo vascular*, 34, 2-4.

Biggs, A. B. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. En C. & Cooper, The handbook of stress and health: A guide to research and practice (págs. 349-364). New Delhi: John Wiley & Sons.

Cassaretto, M. &. (2016). (2015). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. Pontifica Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://www.aidep.org/sites/default/files/articles>, 42. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°42 · Vol.2 ·, 95-109 ·.

Castillo Morejón, M. M. (2017). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral, 33(4), 34.

Chacón, J. S. (2015). Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Revista chilena de cardiología, 34(1), 18-27.

Conthe, P. C. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Revista clínica española, 214(6), 336-344.

Correa Neto, V. G., Figueiredo, T., Damasceno Simões, A., Gonçalves Bezerra, M., Pereira Barguti, S. T., Melibeu Bentes, C., . . . Miranda, H. (2017). La influencia de la intensidad de la carga sobre la presión arterial después de una sesión de entrenamiento de fuerza. Apunts Medicina de l'Esport, 52(193), 23-28. Obtenido de <https://www.apunts.org/es-influencia-intensidad-carga-presion-arterial-articulo-X0213371717607221>

Díaz Rojas, C. (octubre de 2015). Universidad Autónoma del Estado de México. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66466/TESIS%20Carla%20Diaz%20Rojas%200744044-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Gómez, H. D. (2014). Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis. (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

González, A. (2015). Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014-enero 2015.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo . (05 de Septiembre de 2014). Instituto nacional de estadísticas y censos. Obtenido de [ecuadorencifras.gob.ec: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-y-enfermedades-hipertensivas-entre-las-principales-causas-de-muerte-en-el-2013/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-y-enfermedades-hipertensivas-entre-las-principales-causas-de-muerte-en-el-2013/)

Jiménez Chafey, M. I., & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126.

Jordá, A. J. (2019). Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo psicosociales: papel de la psicología clínica en la salud cardiovascular (Vol. 61). Madrid: Ciencias. Luyckx, K. B. (2019). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2019, Vol. 18(1), 4 –6.

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

Mendoza, R. M. (2018). Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el índice de desarrollo humano. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 103.

Morán, C., Landero, R., & Gonzáles, M. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. *Universitas Psychologica*, 9(2), 545. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020

Morea, J. M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: a comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Research in nursing & health*, 31(6), 563-575.

OPS/OMS. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:di-a-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es

Oris, L., Rassart, J., Prikken, S., Verschueren, M., Goubert, L., Moons, P., Luyckx, K. (2016). Illness Identity in Adolescents and Emerging Adults With Type 1 Diabetes: Introducing the Illness Identity Questionnaire. *Diabetes Care*, 39(5), 757-763. Obtenido de <https://care.diabetesjournals.org/content/39/5/757>

Orozco-Gómez, Á. M.-O. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista colombiana de psicología*, 24(1), 203-217.

Ramos, J., Robles, V., Suquinagua, J., & Terán, C. (2019). Factores para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión y diabetes. *FACSalud*, 2(3),
[Revista Científica Centros / Volumen 10 No. 1 / enero – julio 2021](#)

25-33. Obtenido de file:///C:/Users/UNEMI.23-H105.000/Downloads/752-2716-1-PB.pdf

Ramos Morales, L. E. (2015). Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Scielo* , 16(2), 175-189. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006

Ramos Rangel, Y., Morejón Suárez, R., Gómez Valdivia, M., Reina Suárez, M. E.,

Rangel Díaz, C., & Cabrera Macías, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista finlay*, 7(2), 89-98. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf04207.pdf>

Romero, G. S. (2017). Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 41.

Serrano Patten, A. C. (2016). Particularidades del afrontamiento familiar al niño con diagnóstico y rehabilitación por parálisis cerebral. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42, 236-247.

Serrano Patten, A. C (2019). Adaptación lingüística y cultural Cuestionario de Identidad de Enfermedad para su uso en población ecuatoriana. Tesis, 19.

Van Bulck, L., Luyck, K., Goossens, E., Oris, L., & Moons, P. (2018). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. Obtenido de journals.sagepub.com:
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515118811960>

Vargas Uricoechea, H., & Casas Figueroa, L. Á. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 28(5), 245-256. Recuperado el 4 de 12 de 2019

Ventura Carmona, M. J., Ruiz Muelle, A., & López Rodríguez, M. d. (2019). Adherencia al tratamiento en el paciente crónico hipertensión y diabetes mellitus. *Dialnet*, 11, 17-44. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6926199>