



Enseñanza e Investigación en Psicología

ISSN: 0185-1594

rbulle@uv.mx

Consejo Nacional para la Enseñanza en
Investigación en Psicología A.C.
México

Quiroga Garza, Angélica

INTERVENCIÓN TELEFÓNICA PARA PROMOVER LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES DIABÉTICOS CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 17, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 387-403

Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.

Xalapa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29224159008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INTERVENCIÓN TELEFÓNICA PARA PROMOVER LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Telephone intervention in diabetic patients with anxiety and depression symptoms to promote therapeutic adherence

Angélica Quiroga Garza
Universidad de Monterrey¹

RESUMEN

Con el objetivo de lograr un impacto positivo en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes, se realizó un estudio cuasiexperimental de series cronológicas con tratamiento diferenciado y temporalidad de ocho sesiones telefónicas semanales. Los resultados indican un efecto temporal del tratamiento con disminuciones estadísticamente significativas entre O₁ y O₂ en los puntajes de las escalas de ansiedad y depresión de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria y en HbA1c, los que se mantuvieron parcialmente entre O₂ y O₃. Las implicaciones clínicas del estudio señalan la estrecha relación entre la ansiedad y la depresión con la diabetes. Las emociones negativas tienden a reexperimentarse subjetivamente con el paso del tiempo, concluyéndose que se requiere clarificar las razones psicológicas subyacentes y considerar la situación de vida del paciente al momento de las observaciones.

Indicadores: Diabetes; Adherencia terapéutica; Intervención telefónica; Terapia cognitivo-conductual; Control glucémico.

ABSTRACT

With the aim of achieving a positive impact on adherence to the treatment of patients with diabetes, we performed a time-series quasi-experimental study with differential treatment and eight weekly telephone sessions. The results indi-

¹ Departamento de Psicología de la Universidad de Monterrey, Av. Morones Prieto 4500 Pte., Col. Jesús M. Garza, 66238 San Pedro Garza García, N.L., México, tel. (81)82-15-14-95, correo electrónico: angelica.quiroga@udem.edu.mx. Artículo recibido el 7 de mayo y aceptado el 23 de septiembre de 2011.

cate a temporary effect of treatment with statistically significant decreases between O₁ and O₂ in scores on the anxiety scale ($p = .002$) and depression scale ($p = .000$) of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and in HbA1c ($p = 0.050$) which partially remained between O₂ and O₃. The clinical implications of the study indicate the close relationship between anxiety and depression in diabetic patients. Negative emotions over time tend to be reexperienced subjectively, concluding the need to clarify the underlying psychological reasons and to consider the patient's living situation at the time of the observations.

Keywords: Diabetes; Adherence; Telephone intervention; Cognitive-behavioral therapy; Glycemic control.

La promoción del bienestar físico y psicológico a través de la modificación, instauración o potenciación de conductas saludables y protectoras es uno de los objetivos de la psicología clínica y de la salud. La diabetes es una enfermedad con una elevada prevalencia en todo el mundo, ocupando México el décimo lugar mundial (International Diabetes Federation, 2009), lo que conlleva un elevado costo en los servicios de salud, por lo que se busca controlarla y mejorar así la calidad de vida de los pacientes y un cambio en sus valores y comportamientos (Sebastiani, Pelicioni y Chiattoni, 2002). Por consiguiente, es importante favorecer la adherencia al tratamiento, promover el autocontrol glucémico e intervenir de manera directa sobre los trastornos comórbidos a la diabetes (Oblitas, 2010) ya que, de no hacerlo, la enfermedad puede llegar a ser discapacitante por los daños microvasculares y macrovasculares provocados en el organismo, los que se expresan frecuentemente como ceguera, daño renal y amputación (Brannon y Feist, 2001; Fisher, Thorpe, Brownson y cols., 2008; Villalobos, Quirós y León, 2007).

Más allá de un diagnóstico temprano y una terapéutica acorde y adecuada a tales pacientes, resulta crítica la adherencia a las indicaciones médicas en cuanto al mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas o consultas, el uso correcto de la medicación prescrita, la modificación adecuada de los estilos de vida y la evitación de conductas contraindicadas (Demarbre, 2003; Ehrenzweig, 2007), la normalización de los niveles glucémicos y la prevención de las complicaciones (Acquarone, 2004; Hearnshaw y Lindenmeyer, 2006) para lograr el mantenimiento de la salud (Beléndez y Xavier, 1999; Medina, Daz, Barrientos y Pea, 2009; Villalobos y cols., 2007) ya que esta enfermedad acompaña al paciente desde el diagnóstico y hasta su muerte, con periodos de mejoría y descompensación (Pérez, 2010).

Hay evidencias que indican que una mayor adherencia a la medicación y a un mejor estilo de vida arroja resultados positivos en el control metabólico; como consecuencia, se reducen las complicaciones y aumenta la esperanza de vida (Fisher y cols., 2008; Hearnshaw y Lindenmeyer, 2006). Pese a ello, es frecuente observar una baja adherencia terapéutica, la que se explica en parte por la complejidad del régimen de tratamiento y por ciertos aspectos psicosociales del paciente, tales como las creencias erróneas en cuanto a la percepción de la salud y a los riesgos de la enfermedad, la representación mental de la misma, las expectativas, la motivación por la salud, los conocimientos acerca de la enfermedad, los afrontamientos y el apoyo social (Acosta, Debs, Nova y Dueñas, 2005; García y Peraldo, 1999; Mann, Ponieman, Leventhal y Halm, 2009; Orueta, 2006; Pozo, Alonso, Martos, Salvador y Martínez, 2009; Rosa, Martín y Bayarre, 2007; Villalobos y cols., 2007), así como por el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional, todo lo cual, en conjunto, le impide al paciente tener control sobre su conducta (Beléndez y Xavier, 1999; Villalobos y cols., 2007). La importancia de la adherencia al tratamiento de la diabetes implica la normalización de los niveles de glucemia y la prevención de las complicaciones (Acquarone, 2004; Drake, 2009; Ibarra, 2002), y es por ello uno de los más importantes factores para lograr el mantenimiento de la salud (Beléndez y Xavier, 1999; Secretaría de Salud, 2009; Villalobos y cols., 2007), toda vez que los reportes del cumplimiento a las prescripciones médicas por parte de enfermos crónicos y agudos es considerablemente baja, variando entre 31 y 49% (D'Anello, Barreat, Escalante, D'Orazio y Benítez, 2009; Durán, Rivera y Gallegos, 2001; Martin, Williams, Haskard y DiMatteo, 2005).

Entre otros factores, la ausencia de dolor y la cronicidad de la enfermedad afectan negativamente el seguir los tratamientos de la diabetes (Amigo, Fernández y Pérez, 2003; Brannon y Feist, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2009; Turk y Meichenbaum, 1991), así como la negación, la no aceptación de la enfermedad o el abandono por cansancio o aburrimiento cuando los pacientes saben que la enfermedad puede controlarse con los medios disponibles en la actualidad (Pérez, 2010; Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez-Sosa, 2005). De ahí la importancia de brindar al paciente conocimientos específicos acerca de su enfermedad (Acquarone, 2004; Flórez, 2009; Fuentes, Lara y Rangel, 2004; Ginerte, 2001; Greening, Stoppelbein y Reeves, 2006; Monleón, 2001; Salvador, 2004) a fin de que desarrolle las habilidades necesarias

para adherirse al tratamiento (Carballo, Ortega, Lizárraga y Díaz, 2008; Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Samaniego y Álvarez, 2007; Vinaccia, Hamilton-Hernández, Calle y cols., 2006), en particular el manejo de emociones negativas tales como la ansiedad, el estrés y la depresión (Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001; DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Heredia y Pinto, 2008; Ortiz, 2006; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Por otro lado, el análisis de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes, se utilicen estrategias psicológicas para incrementar el impacto terapéutico sobre los pacientes (Fisher, Thorpe, DeVellis y DeVellis, 2007; Oblitas, 2010; Ortiz y Ortiz, 2005; Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard y cols., 2004; Salvador, 2004). La autoeficacia ha correlacionado positivamente con las conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes (Anderson, 2000; Gaviria, Richard y Valderrama, 2007; Salvador, 2004) y las intervenciones cognitivo-conductuales han permitido una mejor adherencia al tratamiento (Dunbar y Mortimer, 2001; Hernández y Sánchez, 2007; Taylor, 2007) ya que el paciente se compromete con el régimen médico si cree poder llevar a cabo el tratamiento prescrito (Anderson, 2000; Gaviria y cols., 2007; Greening y cols., 2006; Ortiz y Ortiz, 2007; Salvador, 2004), favoreciendo así su control glicémico aumentando su habilidad para darle seguimiento de manera independiente (Ortiz y Ortiz, 2005), pues sabe ya en qué consiste y por qué debe seguirlo correctamente (Torres y Piña, 2010).

Las técnicas cognitivo-conductuales también se han utilizado para el entrenamiento en el autocontrol de la glucosa (Hernández y Sánchez, 2007; Jáuregui, De la Torre y Gómez, 2002; Snoek, Weinger y van der Ven, 2002; Wing, Epstein, Nowalk y Scott, 1988), el afrontamiento de situaciones que deterioran el mantenimiento del régimen terapéutico (Goodall y Halford, 1991), el entrenamiento para resistir el deseo de consumir alimentos que pueden tener efectos adversos en los niveles de glucosa (Toobert y Glasgow, 1991; Umaña y Mejía, 2008), el manejo del estrés (Hains, Davies, Parton, Totka y Amoroso, 2000), la solución de problemas (Hill-Briggs y Gemmell, 2007; Mulvaney, 2009) y el afrontamiento de procesos ansiógenos o depresivos con el fin de impedir que las emociones inadecuadas del paciente provoquen un surgimiento, empeoramiento o resurgimiento de la enfermedad (Joyce y Barros, 2007; Liang, Wang, Yang y cols., 2010; Perfect y Elkins, 2010; Pineda, Ber-

múdez y Cano, 2004; Riveros y cols., 2005; Talbot y Nouwen, 2000; Talbot, Nouwen, Gingras, Belanger y Audet, 1999).

Intervenciones telefónicas para el control de la diabetes

391

El teléfono se utiliza cada vez más para llevar a cabo intervenciones psicológicas. Tiene el poder de llegar a más personas, aun a pacientes que no cuentan con recursos económicos, con los medios de transporte necesarios para asistir a la terapia o que sufren de impedimentos físicos, por lo que suele resultar una herramienta atractiva para las personas de todas las edades; al decir de James (2008), su impacto se incrementa si entre quienes se comunican a través del teléfono se establece una relación empática de aceptación y apoyo.

En relación a las intervenciones telefónicas en pacientes con diabetes, los resultados de un estudio piloto realizado por estudiantes de psicología de la Universidad de Florida —teniendo como guía un protocolo semiestructurado, centrado en las metas de comportamiento, mediante el cual se brindó apoyo y colaboración para resolver problemas y aplicar técnicas básicas cognitivo-conductuales— indicó la viabilidad del programa dada la aceptación de la gran mayoría de los pacientes, demostrando ser eficaz para reducir los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) (Sacco, Morrison y Malone, 2004). Por su parte, Walker, Schechter, Caban y Basch (2008) realizaron una intervención telefónica a la medida para promover un tamizaje de retinopatía diabética en una población urbana de bajos recursos de tres centros de salud del Bronx, en Nueva York. La muestra fue de 598 adultos con diabetes que no se habían hecho un examen de dilatación pupilar en el último año. Los resultados mostraron un incremento estadísticamente significativo en la participación en el estudio preventivo debido a una modificación en la percepción de riesgo sobre las complicaciones de la diabetes.

En un estudio realizado en Nueva Inglaterra se llevaron a cabo 36 entrevistas telefónicas a profundidad; el análisis cualitativo de los resultados indica que un sistema telefónico automatizado de reconocimiento de voz puede complementar la comunicación presencial médico-paciente en opinión de la mayoría de los entrevistados, quienes consideraron que puede resultar benéfico en el cuidado de la enfermedad (Goldman, Sánchez, Ross y cols., 2008). Recientemente, un metaanálisis realizado por Liang y cols. (2010) arrojó una sólida evidencia de que las intervenciones a través de teléfonos celulares produjeron mejoras estadísticamente

significativas en el control glucémico y el autocuidado de la diabetes, especialmente en pacientes con diabetes tipo 2.

Con el objetivo de lograr un impacto positivo en la adherencia al tratamiento de los enfermos con diabetes, se realizó una intervención psicológica telefónica a través de un programa basado en principios cognitivo-conductuales, orientado a promover los cambios de comportamiento necesarios para asegurar un autocontrol óptimo de la enfermedad, en particular a través de la identificación de sus creencias disfuncionales asociadas a emociones negativas.

MÉTODO

El presente estudio fue de tipo cuasiexperimental de series cronológicas de un grupo intacto con tratamiento diferenciado. El objetivo consistió en evaluar la efectividad de un programa de intervención telefónica con un enfoque cognitivo-conductual con tres observaciones, una antes de iniciar la intervención y dos posteriores a la misma: al finalizar y seis meses después.

Muestra

En un muestreo de conveniencia, se eligieron los primeros nueve pacientes con diabetes de alto riesgo por tener más de un año en parámetros anormalmente altos de HbA1c en un centro de salud privado de la ciudad de Monterrey (México), quienes accedieron a participar en el estudio cuando se les realizó la primera llamada. De ellos, ocho fueron mujeres con una edad promedio de 59 años y con rango de entre 46 y 81 años; el único varón en el estudio tenía 64 años. Es importante señalar que en todo el tiempo –antes, durante y posterior a la intervención– no hubo cambios en el medicamento ni en la dosis prescrita.

Instrumentos y medición

Para evaluar la presencia de emociones disfóricas, se administró la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HAD, por sus siglas en inglés) de Zigmond y Snaith (1983) en cada una de las observaciones. El HAD es un instrumento de catorce ítems, integrado por dos subescalas: una de ansiedad (números impares) y la otra de depresión (números pares) de siete ítems, todos estos enfocados en los síntomas cognitivos asociados

a esas emociones negativas, con lo que se evita la contaminación con los síntomas somáticos, tales como la pérdida de peso o el insomnio, que podrían tener una causa física y no ser necesariamente síntomas del estado de ánimo (Herrmann, 1997; Spinhoven, Ormel, Sloekers y cols., 1997). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de cuatro puntos (con rango de 0 a 3), con diferentes formulaciones de respuesta. Ha sido utilizado extensamente en otros estudios de pacientes diabéticos (Carroll, Kathol, Noyes, Wald y Clamon, 1993; Collins, Corcoran y Perry, 2009; Comeche, Martín, Rodríguez y cols., 2010; Engum, Mykletun, Midthjell, Holen y Dahl, 2005; Khuwaja, Lalani, Dhanani y cols., 2010; Labad, Price, Strachan y cols., 2010; López, Vázquez, Arcila y cols., 2002; López-Roig, Terol, Pastor y cols., 2000, Neipp, López-Roig, Terol y Pastor, 2009; Pouwer, Beekman, Lubach y Snoek, 2006; Roupá, Koulouri, Sotiropoulou y cols., 2009). El éxito de la intervención se logra disminuyendo los puntajes en caso de que inicialmente estuvieran por arriba de los puntos de corte de 8 y 11, respectivamente, o manteniéndolos en su nivel normal.

La segunda medida fue la determinación de HbA1c, que es un marcador que determina el control de glucosa en diabéticos durante los tres meses anteriores a la realización de la prueba. Los niveles normales están por debajo de 110 mg/dL (5%) y arriba de 154 mg/dL (7%) como glucosa alta en la prueba de glicemia plasmática y con un alto riesgo de complicaciones en 269 mg/dL (11%) en pacientes diabéticos (American Diabetes Association, 2009; Contreras, 2004; Holt y Hanley, 2007; Marcano, 2010; Nathan, Buse, Davidson y cols., 2009; Walker y cols., 2008).

Procedimiento

Tomando en cuenta los resultados del HAD, se realizó la intervención diferenciada, con temporalidad de ocho sesiones telefónicas, una vez por semana, de acuerdo al puntaje más alto en ansiedad o depresión. El tratamiento se dividió en cuatro fases: evaluación y detección (sesión 1), tratamiento (sesiones 2-6), seguimiento (sesión 7) y evaluación y cierre (sesión 8).

En el caso de los cuatro pacientes que puntuaron más alto en ansiedad, se trabajó mediante una intervención basada en el protocolo desarrollado por Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) para entrenar al paciente en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, organiza-

ción del tiempo, resolución de problemas y prevención de conductas de preocupación o evitación activa (hacer) o pasiva (no hacer) de ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados.

La intervención en los cinco pacientes con depresión se basó en la terapia cognitiva para la depresión de Aaron Beck (cf. Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/2001), encaminada a la modificación de los síntomas subjetivos. Consistió en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales que conforman el síndrome, centrándose en modificar los pensamientos de los pacientes basados en esquemas preestablecidos a partir de experiencias previas y que involucran actitudes y maneras de interpretar los eventos en términos dicotómicos (correcto o incorrecto, todo o nada, bueno o malo) poco apegados a la realidad, ocasionando que la persona tenga una visión poco realista y creencias negativas acerca de sí mismo o de los demás que resultan en un desajuste emocional (Beck y cols., 1979/2001; Caballo, 2008; Trower, Casey y Dryden, 1988; Vara, 2006; Yost, Beutler, Corbishley y Allender, 1991).

Los procedimientos técnicos para iniciar la intervención consistieron en el establecimiento del *rapport* para posteriormente explicar a los pacientes el motivo de la llamada y el plan de trabajo como parte de un servicio integral para el manejo efectivo de su enfermedad. Una vez otorgado su consentimiento informado, se continuó con la intervención telefónica conforme al protocolo.

RESULTADOS

En cuanto a las sesiones realizadas, solamente cinco de los pacientes (56%) completaron el plan terapéutico de ocho sesiones; del resto, a uno le faltó una sesión (S5), a otros dos (S6 y S9) dos sesiones, y a uno más (S7) tres.

En las Figuras 1 y 2 se presentan los puntajes de las observaciones 1, 2 y 3 del HAD y de los exámenes clínicos de HbAc1. Los pacientes 1, 2, 5 y 9 recibieron el tratamiento para ansiedad, y los pacientes 3, 4, 6, 7 y 8 el de depresión, de acuerdo con sus puntajes iniciales más altos.

Figura 1. Evaluación HAD: Observaciones 1, 2 y 3.

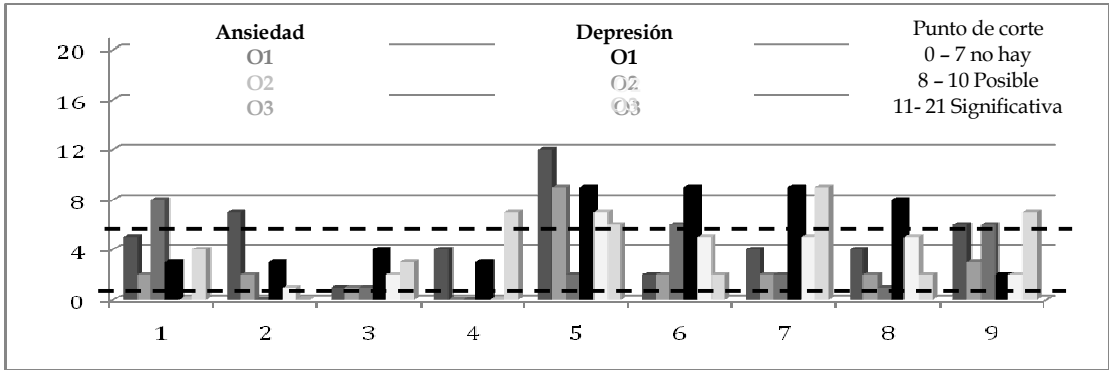
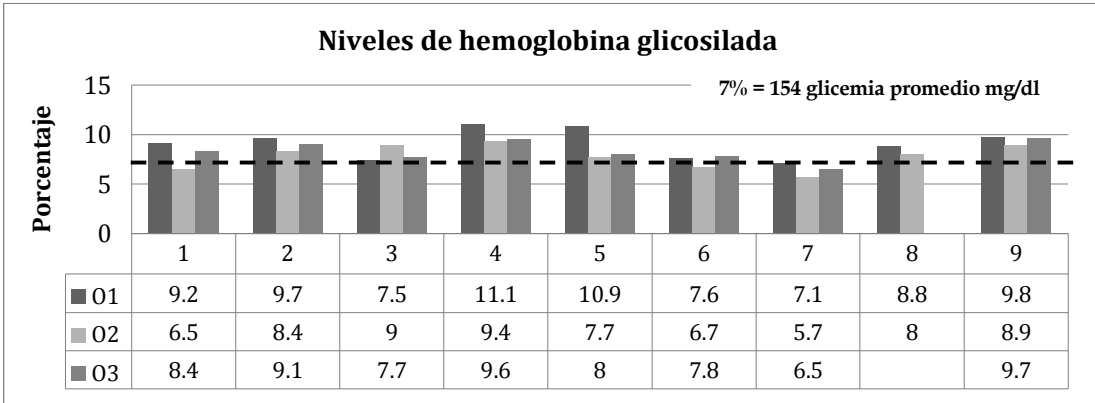


Figura 2. Resultados clínicos previos y posteriores a X_D y O_3 .



Los Cuadros 1 y 2 muestran los resultados de muestra relacionadas. Los resultados sugieren que entre O_1 y O_2 la disminución en los niveles de ansiedad, depresión y HbA1c son estadísticamente significativos pero no logran mantenerse en niveles similares en O_3 .

Cuadro 1. Estadísticos de muestras relacionadas.

Observaciones	Media	N	Desviación típica	Error típico de la media
O_1 Ansiedad	5.00	9	3.202	1.067
O_2 Ansiedad	2.56	9	2.555	0.852
O_3 Ansiedad	2.89	9	2.977	0.992
O_1 Depresión	5.56	9	3.087	1.029
O_2 Depresión	3.00	9	2.550	0.850
O_3 Depresión	4.44	9	2.963	0.988
O_1 HbA1c	9.06	8	1.557	0.551
O_2 HbA1c	7.81	8	1.253	0.443
O_3 HbA1c	8.35	7	3.139	1.186

Cuadro 2. Prueba de muestras relacionadas.

PARES	M	D.E.	Error típico de la media	95% intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
O ₁ Ansiedad - O ₂ Ansiedad	2.44	1.67	.56	1.16	3.73	4.40	8	.002
O ₁ Depresión - O ₂ Depresión	2.56	1.24	.41	1.61	3.51	6.20	8	.000
O ₁ HbA1c - O ₂ HbA1c	1.08	1.30	.46	.0007	2.17	2.37	7	.050
O ₂ Ansiedad - O ₃ Ansiedad	-0.33	3.78	1.26	-3.24	2.57	-0.27	8	.798
O ₂ Depresión - O ₃ Depresión	-1.44	3.68	1.23	-4.27	1.38	-1.18	8	.273
O ₂ HbA1c - O ₃ HbA1c	0.46	2.17	.82	-1.54	2.47	0.57	6	.591

DISCUSIÓN

Las implicaciones clínicas del estudio señalan la estrecha relación entre la ansiedad y la depresión con padecimientos médicos crónicos cuyo tratamiento psicológico deriva en una reducción de las emociones negativas hasta límites manejables que con el paso del tiempo tienden a reexperimentarse subjetivamente, provocando sufrimiento psíquico y reacciones inadaptadas que interfieren con la adherencia al tratamiento. El efecto temporal de la intervención muestra inicialmente una mayor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, evidenciada por menores niveles de HbA1c, tal y como se ha encontrado en otras investigaciones (Anderson, 2000; Dunbar y Mortimer, 2001; Gaviria y cols., 2007; Greening y cols., 2006; Ortiz y Ortiz, 2007; Salvador, 2004; Taylor, 2007; Torres y Piña, 2010). De igual forma, el tratamiento de la ansiedad y la depresión produjo una disminución esperada de las emociones negativas inmediatamente después de la intervención (Beck y cols., 1979/2001; Brown y cols., 1993, 2001; Joyce y Barros, 2007; Pineda y cols., 2004; Perfect y Elkins, 2010; Riveros y cols., 2005; Talbot y Nouwen, 2000; Talbot y cols., 1999). Se considera que la significación estadística lograda se asocia a la aplicación de protocolos diferenciados para el manejo las emociones negativas. Por último, los resultados iniciales indican que llevar a cabo intervenciones telefónicas para la promoción de la adherencia al tratamiento en los pacientes es una opción terapéutica eficaz, tal y como se ha venido probando en otros estudios (Goldman y cols., 2008; Liang y cols., 2010; Sacco y cols., 2004; Walker y cols., 2008).

A partir de los hallazgos, se concluye insistiendo en la necesidad de realizar nuevas observaciones con los pacientes de la muestra para verificar su posible recuperación o persistencia en la recaída. Asimismo,

en futuros estudios se sugiere particularizar el tratamiento, de manera que se clarifiquen las razones psicológicas subyacentes a la enfermedad crónica, así como considerar la situación de vida del paciente al momento de las observaciones (eventos normativos y paranormativos). Del mismo modo, realizar intervenciones con una mayor temporalidad, aunadas a llamadas de control y seguimiento mensuales durante los seis meses siguientes, lo que podría promover cambios de hábitos en el estilo de vida que aseguren la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes.

REFERENCIAS

- Acosta, M., Debs, G., Nova, R. y Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21, 63-70.
- Acquarone, S. (2004, Noviembre). Adhesión al tratamiento diabetológico. *El Diario Médico*, 61(7). Disponible en línea: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiario-medico/n61/Pag6.p>
- American Diabetes Association. (2009). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 32(1), 13-61.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Anderson, R. (2000). The diabetes empowerment scale: A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23(11), 519-526.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. y Lustman, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979/2001). *Terapia cognitiva de la depresión* (Trad. de S. del Viso). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Beléndez W., M. y Xavier M., F. (1999). Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En M. A. Simón (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 469-498). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson Learning.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (Ed.): *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed.) (pp. 137-188). New York: Guilford.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (2001). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (Ed.): *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed.) (pp. 154-208). New York: Guilford.

- Caballo, V. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2ª ed., vol. 2). Madrid: Siglo XXI.
- Carballo M., M.R., Ortega R., N., Lizárraga Z., E.C. y Díaz P., J. (2008). Adherencia individual y familiar al tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(1), 13-18.
- Carroll, B.T., Kathol, R.G., Noyes, R., Wald, T.G. y Clamon, G.H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.
- Collins, M.M., Corcoran, P. y Perry, I.J. (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(2), 153-161.
- Comeche M., I., Martín, A., Rodríguez M., F., Ortega, J., Díaz M., I. y Vallejo M., A. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21(2), 107-121.
- Contreras, C. (2004). *Diabetes mellitus* (2ª ed.). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A.K. y Benítez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en el tratamiento médico. *MedULA*, 18(1), 33-39.
- Demarbre, V. (2003). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, 61, 71-77.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. y Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: a meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Drake, J.K. (2009). La creciente carga que representan las enfermedades crónicas: Implicancias para la salud reproductiva. *Outlook*, 26(1), 1-8.
- Dunbar J., J. y Mortimer S., M.K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 57-60.
- Durán, B., Rivera, B. y Gallegos, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43(3), 233-236.
- Ehrenzweig S., Y. (2007). Cogniciones sobre la salud. *Aplicaciones en Psicología Latinoamericana*, 25, 7-21.
- Engum, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A. y Dahl, A.A. (2005). Depression and diabetes. A large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(8), 1904-1909.
- Fisher, E.B., Thorpe, C., Brownson, C.A., O'Toole, M.L., Anwuri, V.V., Nalley, C.M. y Tower, S.M. (2008). *Healthy coping in diabetes: A guide for program development and implementation*. Washington, D.C.: Diabetes Initiative National Program Office.

- Fisher, E.B., Thorpe, C.T., DeVellis, B.M. y DeVellis, R.F. (2007). Healthy coping, negative emotions, and diabetes management. A systematic review and appraisal. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1080-1103.
- Flórez T., I.E. (2009). Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 27(2), 25-32.
- Fuentes F., L., Lara L., M. y Rangel V., G. (2004). Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 12(2), 79-82.
- García F., M. y Peraldo U., M. (1999). Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. En M. A. Simón (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 115-132). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gaviria, A., Richard, C. y Valderrama, M. (2007). *Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II*. Tesis. Medellín, Colombia: Universidad CES.
- Ginerte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- Goldman, R.E., Sanchez H., M., Ross D., D., Piette, J.D., Trinacty, C. y Simon, S.R. (2008). Developing an automated speech-recognition telephone diabetes intervention. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 264-270.
- Goodall, T.A. y Halford, W.K. (1991). Self-management of diabetes mellitus: A critical review. *Health Psychology*, 10, 1-8.
- Greening, L., Stoppelbein, L. y Reeves, C. (2006). A model for promoting adolescent's adherence to treatment for type 1 diabetes mellitus. *Children's Health Care*, 35, 247-267.
- Hains, A., Davies, W., Parton, E., Totka, K. y Amoroso C., J. (2000). A stress management intervention for adolescents with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(3), 417-424.
- Hearnshaw, H. y Lindenmeyer, A. (2006). What do we mean by adherence to treatment and advice for living with diabetes? A review of the literature of definitions and measurements. *Diabetic Medicine*, 23(7), 720-728.
- Heredia, J.J. y Pinto, B. (2008). Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico. *Revista AJAYU*, 6(1), 22-41.
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Hill-Briggs, F. y Gemmell, L. (2007). Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1032-1050.

- Holt, R. y Hanley, N. (2007). *Essential endocrinology and diabetes*. Oxford, MA: Blackwell Publishing, Inc.
- Ibarra, E. (2002). *Años de vida productivos perdidos por complicaciones crónicas de diabetes mellitus en población económicamente activa*. Tesis de Maestría. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- International Diabetes Federation (2009). *IDF Diabetes Atlas* (4th ed.). Author.
- James, R.K. (2008). *Crisis intervention strategies* (6th ed.). Belmont, CA: Thomson Higher Education.
- Jáuregui, J., de la Torre, A. y Gómez, G. (2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(4), 307-318.
- Joyce M., L. y Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud: desarrollo e intervención*. México: El Manual Moderno.
- Khuwaja, A.K., Lalani, S., Dhanani, R., Azam, I.S., Rafique, G. y White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2(1), 72.
- Labad, J., Price, J.F., Strachan, M.W.J., Fowkes, F.G.R., Ding, J., Deary, I.J. y cols. (2010). Symptoms of depression but not anxiety are associated with central obesity and cardiovascular disease in people with type 2 diabetes: the Edinburgh Type 2 Diabetes Study. *Diabetology*, 53, 467-471.
- Liang, X., Wang, Q., Yang, X., Cao, J., Chen, J., Mo, X. y Gu, D. (2010). Effect of mobile phone intervention for diabetes on glycaemic control: a meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 28(4), 455-463.
- López A., J.C., Vázquez V., V., Arcila M., D., Sierra O., A.E., González B., J. y Salín P., R.J. (2002). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- López-Roig, S., Terol M., C., Pastor M., A., Neipp M., C., Massutí, B., Rodríguez M., J., Leyda J., I., Martín A., M. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(2), 127-155.
- Mann, D., Ponienman, D., Leventhal, H. y Halm, E. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(3), 278-284.
- Marcano, R. (2010). Manejo médico de la diabetes mellitus. *Medicina Preventiva Santa Fe*. Disponible en línea: http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/manejo_diabetes_mellitus.htm.
- Martin, L.R., Williams, S.L., Haskard, K.B. y DiMatteo, M.R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- Medina O., M., Daz A., D., Barrientos, E. y Pea D., E. (2009). Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. *Avances en Enfermería*, 27(2), 13-18.

- Monleón, B. (2001). Intervención psicológica en la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas pediátricas. *Anales Españoles de Pediatría*, 55(4), 329-334.
- Mulvaney, S.A. (2009). Improving patient problem solving to reduce barriers to diabetes self-management. *Clinical Diabetes*, 27(3), 99-104.
- Nathan, D.M., Buse, J.B., Davidson, M.B., Ferrannini, E., Holman, R.R., Sherwin, R. y Zinman, B. (2009). Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetes Care*, 32(1), 193-203.
- Neipp, M.C., López-Roig, S., Terol, M.C. y Pastor, M.A. (2009). Changes in control beliefs, emotional status and psychosocial adaptation among women with breast cancer. *Anales de Psicología*, 25(1), 36-43.
- Nieto, J., Abad, M.A., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas* (3ª ed.). México: Thomson Learning.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Diabetes*. Ginebra: OMS.
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24(2), 139-147.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133(3), 307-313.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Orueta, R. (2006). Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la adherencia terapéutica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(4), 185-192.
- Pérez V., T. (2010). El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(2), 309-320.
- Perfect, M.M. y Elkins, G.R. (2010). Cognitive-behavioral therapy and hypnotic relaxation to treat sleep problems in an adolescent with diabetes. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1205-1215.
- Pineda, N., Bermúdez, V. y Cano, C. (2004). Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1). Disponible en línea: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/559/55923113.pdf>.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M.J., Mengual, E., Medina, M. y Cano, R. (2004). Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1). Disponible en línea <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/559/55923103.pdf>.
- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez A., E. y Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16, 85-112.

- Pouwer, F., Beekman, A.T.F., Lubach, C. y Snoek, F.J. (2006). Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 60, 235-240.
- Pozo, C., Alonso, E., Martos M., J., Salvador C., M. y Martínez M., J. (2009). Adherencia al tratamiento en trabajadores de la Administración Pública: factores relacionados con la salud y el bienestar. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(215), 63-71.
- Riveros, A., Cortázar P., J., Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3) 445-462.
- Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 1-9.
- Roupa, Z., Koulouri, A., Sotiropoulou, P., Makrinika, E., Marneras, X., Lahana, I. y Gourni, M. (2009). Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Science Journal*, 3(1), 32-40.
- Sacco, W.P., Morrison, A.D. y Malone, J.I. (2004). Brief, regular, proactive telephone "coaching" intervention for diabetes: Rationale, description, and preliminary results. *Journal of Diabetes and its Complications*, 18(2), 113-118.
- Salvador, M. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé*, 13(1), 21-31.
- Samaniego, R. y Álvarez, J. (2007). Tipo de alimentación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Una muestra de Monterrey (México). *Psicología y Salud*, 17(2), 277-282.
- Sebastiani, R.W., Pelicioni, M.C.F. y Chiattonne, H.B.C. (2002). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 153-172.
- Secretaría de Salud (2009). *Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2007 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. México: Secretaría de Salud.
- Snoek, F., Weinger, K. y Van der Ven, N. (2002). Terapia cognitivo-conductual: cómo mejorar el autocontrol en la diabetes. *Diabetes Voice*, 47(3).
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P., Kempen, G.I., Speckens, A.E. y Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Talbot, A. y Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults. *Diabetes Care*, 23, 1556-1562.

- Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Belanger, A. y Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 18, 537-542.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Toobert, D.J. y Glasgow, R.E. (1991). Problem solving and diabetes self-care. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 71-86.
- Torres, A. y Piña, J. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, 28, 45-53.
- Trower, P., Casey, A. y Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral counselling in action*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Turk, D. y Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens. The patient's perspective. En J. Sweet y A. M. Tavian (Eds.): *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum Press.
- Umaña, V. y Mejía, A. (2008). *Tratamiento cognitivo conductual de la diabetes tipo 2 y la obesidad*. San José (Costa Rica): Legado.
- Vara A., A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Lima: Asociación por la Defensa de las Minorías (ADM).
- Villalobos, A., Quirós, D. y León, G. (2007). Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Perspectivas en Psicología*, 3(1), 25-36.
- Vinaccia, S., Hamilton-Fernández, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13, 15-31.
- Walker, E.A., Schechter, C.B., Caban, A. y Basch, C.E. (2008). Telephone intervention to promote diabetic retinopathy screening among the urban poor. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), 185-191.
- Wing, R.R., Epstein, L.H., Nowalk, M.P. y Scott, N. (1988). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Behavior Therapy*, 19(1), 11-23.
- Yost, E., Beutler, L., Corbishley, M. y Allender, J. (1991). *Terapia cognoscitiva de grupos. Tratamiento para personas de edad avanzada con depresión* (Trad. C. Ardisson). México: Limusa.
- Zigmond, A.S. y Snaith, P.R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

