

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009.

Las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad crónica.

Bail Pupko, Vera, Azzollini, Susana Celeste y Benvenuto, Analía.

Cita:

Bail Pupko, Vera, Azzollini, Susana Celeste y Benvenuto, Analía (2009). *Las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad crónica. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/212>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/8Vo>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LAS ACTITUDES DE LOS PACIENTES HACIA LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Bail, Pupko Vera; Azzollini, Susana Celeste; Benvenuto, Analía

Ministerio de Salud, Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

En el marco de una investigación mayor, se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de conocer las actitudes hacia la enfermedad crónica y la influencia de la relación con el médico y el nivel educativo sobre los componentes de las mismas, en pacientes que concurren a hospitales públicos de Capital Federal. Para llevarlo a cabo se administraron una serie de instrumentos, algunos estandarizados y otros elaborados ad hoc, a una muestra no probabilística accidental de 210 pacientes que concurrían a los hospitales públicos seleccionados durante el año 2008. Para el presente trabajo se analizaron estadísticamente los datos correspondientes a la escala de actitudes hacia la enfermedad y los relativos a la relación con el médico. Se encontró que los tres componentes de la actitud están significativamente correlacionados, pero especialmente el cognitivo y el comportamental. El nivel de estudios de los pacientes explica el componente cognitivo, el tiempo de consulta el comportamental y la percepción de que el médico busca la comprensión del paciente sobre sus indicaciones, el componente afectivo. Se concluye que la relación con el médico es uno de los factores principales que incide sobre la actitud de los pacientes hacia la enfermedad crónica que padecen.

Palabras clave

Enfermedad crónica Actitudes Médico

ABSTRACT

CHRONIC ILLNESSES ATTITUDES DOCTOR

In the frame of a larger research, it has been made a descriptive and transversal study with the aim of knowing attitudes toward chronic illnesses, the influence of the patient-doctor's relationship on them so as the study level in patients who attempt in public hospitals of Buenos Aires city. Some standardized tests and other ones built ad-hoc were taken to a non probabilistic accidental sample compose by 210 patients interviewed in hospitals during 2008. The data from the Illness' Scale Attitudes to the was statistically analyzed so as those about patient -doctor relationship. Results: The three attitudes' components are significantly related among them, specially cognitive and behavioural ones. The study level explained the cognitive component. The med consultation lasts and the patient's understanding perception explained affective one. In conclusion, one of the most important factors in patients' attitudes to their chronic illnesses is their relationship with the doctor.

Key words

Chronic illness Attitudes Doctor

I. INTRODUCCIÓN

Las personas construyen representaciones sobre la enfermedad que padecen y éstas definen las actitudes que toman frente a la misma. Estas representaciones y actitudes se expresan en las conductas de cuidado, que los individuos llevan a cabo (García-Silberman, 2002). Comprender la formación de actitudes permite entender y predecir conductas, así como la posibilidad de generar cambios en ambas (Fishbein y Ajzein, 1975). Es así que resulta importante indagar las actitudes que las personas tienen hacia su enfermedad crónica.

Para Fishbein (1975) las actitudes están conformadas por una estructura de tres componentes: cognitivo, afectivo y comportamental. El componente afectivo está constituido por las emocio-

nes y sentimientos que produce el objeto; involucra actitudes positivas o negativas hacia la enfermedad. El componente conativo o comportamental abarca la tendencia a actuar, a traducir en acto su predisposición y sus intenciones. El componente cognitivo abarca las creencias y pensamientos sobre la enfermedad. Estas creencias están influenciadas por las interpretaciones sociales y culturales sobre las enfermedades (Jodelet, 1984). Es así que la pertenencia a determinado grupo marca la construcción de diversas representaciones, que se asientan sobre creencias normativas y valores. Por ejemplo, el nivel de estudios de las personas marca una diferencia notable en cuanto a las estrategias de afrontamiento ante una crisis, como puede ser la irrupción de una enfermedad (Seidmann, 2002).

Cuando aparece una enfermedad crónica en la vida de una persona, la primera información acerca de la misma: el diagnóstico, la explicación causal, el pronóstico y el consiguiente tratamiento, son recibidos en los contactos iniciales con el médico. Para Rolland (2000) ese primer contacto con el médico y la relación médico-paciente que se va construyendo, son fundamentales en cuanto a la adhesión a los tratamientos. Entre las distintas características de esta relación, el tiempo de atención brindado incide en la calidad y la cantidad de la información dada, permitiendo o dificultando la comprensión del padecimiento y de las pautas del tratamiento (Mishel, 1988).

II. OBJETIVO

Conocer las actitudes hacia la enfermedad crónica y la influencia de la relación con el médico y el nivel educativo sobre los componentes de las mismas en pacientes que concurren a hospitales públicos de Capital Federal.

III. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: descriptivo de tipo transversal.

Sujetos y Muestra: 210 pacientes con una enfermedad crónica que concurrían a Hospitales públicos de Capital Federal durante el año 2008. El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental.

Técnicas e instrumentos: En el marco de una investigación mayor se aplicaron una serie de instrumentos (cuestionario de datos personales, escala de actitudes y creencias sobre la enfermedad, inventario de valoración y afrontamiento, escala de "otros significativos", escala de locus de control y cuestionario de conocimientos sobre la diabetes y prácticas de autocuidado (para el caso de pacientes con esa patología). Para este trabajo se utilizaron los datos de la escala de actitudes, y algunos del cuestionario de datos personales, donde se incluyeron preguntas sobre la relación con el médico.

Análisis de datos: Los datos fueron analizados estadísticamente con el software SPSS. Se utilizaron análisis bivariados, aceptándose un error menor al 5%.

IV. RESULTADOS

Al analizar los componentes de la actitud hacia la enfermedad, se observa que están correlacionados entre sí. El mayor coeficiente de correlación, que es positivo y significativo, corresponde al componente cognitivo y al comportamental ($r = .381$ y $p < 0.01$), lo que significa que cuanto más saben las personas sobre la enfermedad que padecen, mejor resulta su comportamiento en cuanto a la adherencia a los tratamientos, y viceversa. También existen correlaciones significativas aunque en menor medida entre estos componentes y el afectivo (cognitivo y afectivo: $r = .136$; comportamental y afectivo: $r = .160$ y $p < 0.05$).

Resulta razonable suponer que el componente cognitivo (lo que las personas saben) está relacionado con el nivel de estudios de los pacientes y; efectivamente, al realizar un análisis de varianza Anova, se observó que las personas con estudios primarios presentaron una media menor (6,45) que quienes tenían estudios secundarios o más (7,84); siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($F = 3,014$ y $p = 0.05$). De todas formas, la variable nivel de estudios explica apenas un 3% de la varianza del citado componente.

Respecto al componente comportamental, en cambio, dicha variable no explica su variabilidad siendo similares las medias para los grupos considerados ($F = 0,453$ y $p > 0.05$). En cambio, sí está relacionado con el tiempo habitual de consulta con el médico.

Quienes dijeron que el médico los atiende habitualmente durante 10 minutos o menos presentaron un peor nivel de comportamiento (promedio: 5,3) en cuanto a la adhesión a los tratamientos que quienes manifestaron que eran atendidos durante un lapso de entre 11 minutos y media hora (promedio: 6,88) o más de media hora (promedio: 6,83). Estas diferencias resultan estadísticamente significativas ($F = 6,620$ y $p < 0.01$), por lo que puede inferirse que el tiempo de consulta es lo que mejor explica el componente comportamental de la actitud hacia la enfermedad, es decir, la adhesión a los tratamientos. De hecho, la mayoría (88,6%) de quienes manifestaron que su médico los atendía más de media hora, consideraron que éste era suficiente, mientras que la mayoría de quienes expresaron que la atención era durante 10 minutos o menos, lo consideraron escaso (34,9%) o muy escaso (27,9%) ($\chi^2 = 40,901$ y $p < 0.001$). Es decir, que la estimación de la duración de la consulta coincide con la percepción de suficiencia del tiempo dedicado por el médico. Justamente, quienes consideraron que el tiempo de consulta era muy escaso presentaron una media del componente comportamental significativamente menor (4,28) que quienes dijeron que el tiempo les resultaba algo escaso o suficiente (6,71 y 6,79, respectivamente) ($F = 8,133$ y $p < 0.001$).

Finalmente, respecto al componente afectivo de la actitud hacia la enfermedad, se observó que éste se explica por la percepción de que el médico busca la comprensión del paciente sobre las indicaciones que le da (la pregunta era: El médico, cuando le dice que tiene que hacer algo (ej: no comer sal o hacer ejercicios físicos) ¿le explica por qué debe hacerlo además de decirle que le hará bien?). Quienes dijeron que esto ocurría siempre o a veces presentaron una media superior (6,88 y 6,73, respectivamente) que quienes expresaron que no ocurría nunca (5,90), resultando estas diferencias estadísticamente significativas ($F = 3,099$ y $p < 0.05$).

Es decir que cuando las personas sienten que el médico se preocupa en darle explicaciones, el componente afectivo de la actitud hacia la enfermedad resulta más positivo (sienten que la misma resulta más controlable).

V. CONCLUSIONES

Considerando que, la adhesión a los tratamientos implica que los pacientes asuman un rol activo y voluntario en el tratamiento (Meichenbaum y Turk, 1987), entender la enfermedad es un requisito fundamental para su logro. Y la comprensión depende necesariamente de la calidad de la información recibida (Cole, 1993). Para que la misma sea relevante, debe ser coherente y comprensible, y -en el caso de los enfermos crónicos- la relación de confianza y de afecto positivo con el médico es el dispositivo que lo permite. Cuando los pacientes perciben como satisfactorio el tiempo que el médico se toma con ellos para atenderlos y explicarles temas relacionados con su enfermedad, mejora el componente afectivo hacia la enfermedad. Esto quiere decir que aumenta la aceptación hacia la enfermedad que se padece. Estos datos son congruentes con los aportes de Mishel (1988) acerca de la reducción de la incertidumbre en la enfermedad crónica. La incertidumbre es la ausencia de significados, y es el resultado de no poder categorizar correctamente un evento por falta de señales. Para dar significado se necesita un esquema cognitivo que depende de dos variables: la capacidad cognitiva que tenga la persona (vinculada al nivel de estudios), y los proveedores de estructura. Estos últimos son los recursos de los que dispone una persona para interpretar los estímulos que percibe. Es aquí donde intervienen el nivel educativo del paciente y la credibilidad en el médico. Es decir que la relación médico - paciente es una piedra angular en la predisposición que los enfermos tienen para adherir a los tratamientos. No se trata solo de una cuestión de buen trato, sino de considerar que el médico tiene conocimientos sólidos sobre la enfermedad que lo afecta y el tratamiento a seguir.

En síntesis, la creación de un espacio de confianza promueve una actitud más positiva hacia la enfermedad crónica, que incluye una mayor aceptación de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- COLE, Ch. (1993) Shannon revisited: information in terms of uncertainty. *Journal of the American Society for Information Science*, 44(4): 204-211.
- FISHBEIN, M. y AJZEN, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, Mass. Addison-Wesley; 1975.
- GARCÍA-SÍLBERMAN S. (2002) Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Publica Mex* ; 44:289-296.
- JODELET (1984) The representations of the body and its transformations. En: R. Farr and Moscovici (eds.) *Social Representations*. Cambridge University Press
- MEICHENBAUM, D. y TURK, D.C. (1987) *Facilitating treatment adherence: a practitioners guidebook*. Nueva York. Plenum Press.
- MISHEL, M. (1988) Uncertainty in Illness. En: *Image: Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 20, No. 4: 225 - 232.
- ROLLAND J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. Madrid: Gedisa.
- SEIDMANN S.; STEFANI, D.; BAIL PUPKO, V. y otros. (2002). "El efecto de la educación sobre el afrontamiento de la enfermedad crónica en cuidadores familiares". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol.XI N° 2: 27-38.