

Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 Basada en sus Representaciones de Enfermedad

Taxonomy of Patients With Type 2 Diabetes Based on Their Illness Representations

Constanza J. Letelier, Daniel E. Núñez y Ricardo J. Rey
Universidad de Talca

Se estableció una taxonomía de personas con diabetes tipo 2 basada en sus representaciones de enfermedad. Para ello se realizó un análisis de conglomerados con las respuestas de una muestra de conveniencia de 103 adultos de atención primaria de salud de la zona central de Chile, los que completaron la escala IPQ-R. Este análisis arrojó 3 grupos de pacientes, denominados Preocupado, Desesperanzado y Negador. El primero confía en los procedimientos para atenuar los efectos de la enfermedad. El segundo manifiesta una baja creencia acerca de la posibilidad de controlarla. El tercero no la considera como una enfermedad crónica. Los grupos fueron comparados en respuesta emocional, intención de adherir, percepción de necesidad y preocupación por el tratamiento, para complementar el procedimiento de análisis de conglomerado, utilizando ANOVA o Chi cuadrado. Consistente con sus perfiles, presentan diferencias significativas en sus respuestas emocionales, creencias acerca de los medicamentos, intención de adherir, tiempo de tratamiento, edad y educación. Se discute la utilidad de estas taxonomías para el tratamiento diferencial de los pacientes.

Palabras clave: representación de enfermedad, adherencia, análisis de conglomerados, diabetes

A taxonomy of patients with type 2 diabetes based on their illness representations was developed. To do this a cluster analysis was conducted, using the responses of a convenience sample of 103 adults from primary health care in central Chile, who completed the IPQ-R scale. This analysis led to 3 groups of patients labeled Preoccupied, Hopeless, and Deniers. The first relies on procedures to mitigate the effects of the disease. The second shows a low belief about the possibility to control the disease. The third does not consider diabetes as a chronic disease. The groups were compared on emotional response, intention to adhere, perception of need and concern about the treatment, to complement the cluster analysis procedure, using ANOVA or chi-square. Consistent with their profiles, the groups present significant differences in their emotional response, beliefs about medications, intention to adhere, treatment time, age, and education. The utility of these taxonomies for differential treatment of patients is discussed.

Keywords: illness representation, adherence, cluster analysis, diabetes

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, de naturaleza metabólica, no transmisible y de etiología multifactorial, producida por defectos en la secreción y/o acción de la insulina. Entre 90 y 95% de las personas afectadas por DM presenta la denominada diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que se caracteriza por ser asintomática en sus etapas iniciales y por presentarse preferentemente en personas mayores de 40 años. La DM2 puede producir descompensaciones metabólicas y, con el tiempo, generar complicaciones crónicas, como neuropatía, retinopatía, nefropatía y enfermedad vascular periférica (Chile, Ministerio de Salud, 2006).

Constanza J. Letelier Soto, Daniel E. Núñez Gutiérrez y Ricardo J. Rey Clericus, Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Chile.

Esta investigación fue parte del Programa de Investigación en Calidad de Vida y Ambientes Saludables de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Constanza J. Letelier Soto, Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Avda. Lircay s/n, Talca, Chile. E-mail: conyletelier@gmail.com

Las personas afectadas por DM2 tienen dos a tres veces más riesgo de sufrir un infarto al miocardio o un accidente vascular encefálico (Baechler, Mujica, Aqueveque, Ramos & Soto, 2002). En Chile un 4,2% de la población padecería de diabetes, presentando mayores prevalencias en personas con menor educación y de nivel socioeconómico bajo (Chile, Ministerio de Salud, 2004), lo que corresponde a las características de la población consultante en establecimientos de atención primaria de salud en Chile.

Un aspecto importante en el control de ambos tipos de diabetes es la adherencia al tratamiento. Se ha señalado que la falta de cumplimiento del tratamiento incrementa el riesgo de efectos adversos, como insuficiencia renal, ceguera, amputaciones y muerte súbita (Chile, Ministerio de Salud, 2006). En los estudios se describen cifras cercanas al 46% en el incumplimiento de adherencia en DM2 en México (Durán, Rivera & Franco, 2001) y al 50% en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en Chile (Ortiz & Ortiz, 2005). Estas cifras son similares para la mayoría de las enfermedades crónicas e indican la necesidad de considerar aspectos psicológicos y conductuales, tales como lo que piensa, siente o hace una persona respecto a su situación de salud (Martín & Grau, 2004).

Un factor psicológico determinante en la conducta frente a la enfermedad es la representación que tienen las personas sobre su condición (Aalto, Heijmans, Weinman & Aro, 2005). Según Cameron y Moss-Morris (2004), las representaciones de enfermedad constituyen un conjunto de creencias acerca del grado en que esta afecta al cuerpo, su impacto en la vida diaria y las posibilidades de cura, entre otras. Esta representación influiría en la interpretación de síntomas para el autodiagnóstico, búsqueda de ayuda, relación con otros enfermos (Bishop, 1991), estado anímico (Scharloo et al., 2000), selección de tratamiento (Bishop, 1998) y adherencia al tratamiento médico (Martín & Grau, 2004). Al ser un fenómeno cognitivo, es esperable que las representaciones de una enfermedad varíen entre las personas, lo que hace necesario buscar estrategias que permitan clasificar a los pacientes de acuerdo a la forma de expresar sus creencias en este aspecto y elaborar modelos teóricos que guíen la investigación y la práctica en esta área (Cameron & Moss-Morris, 2004).

Distintos esquemas teóricos utilizan la representación de enfermedad. Uno de los enfoques más recientes es el modelo de sentido común de representación de enfermedad (MSC), propuesto por Leventhal, Meyer y Nerenz (1980). Un supuesto central de esta teoría es que las creencias sobre la enfermedad influyen en la respuesta de afrontamiento de los pacientes y esta influye en resultados tales como calidad de vida y efectividad del tratamiento. Esta teoría integra factores sociales y contextuales con aspectos cognitivos y emocionales en el modelo que propone (Llewellyn, McGurk & Weinman, 2007).

Según el MSC, la respuesta de una persona es producto de un sistema que involucra tres procesos secuenciales (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Primero, se construyen las representaciones de la enfermedad, a partir de la percepción de estímulos internos o externos. Luego, se desarrolla un plan de acción que es consistente con las representaciones que elaboró la persona. Finalmente, los pacientes evalúan los resultados de las estrategias de afrontamiento desarrolladas a partir del plan de acción. Este sistema es autorregulatorio, ya que también considera la retroalimentación luego de los resultados.

El MSC considera la ocurrencia paralela del procesamiento a nivel cognitivo y emocional (Hagger & Orbell, 2003). La representación cognitiva considera cinco dimensiones: causa, consecuencias, identidad, tiempo y cura-control (Hagger & Orbell, 2003). *Causa* representa creencias acerca del origen de la enfermedad. Los pacientes refieren causas genético-biológicas, como virus o deficiencia del sistema inmune (Heijmans, 1998); emocionales, como estrés o depresión (Moss-Morris et al., 2002); ambientales, como contaminación y exposición a químicos (Heijmans, 1998) y psicológicas, como exceso de trabajo o la personalidad (Moss-Morris et al., 2002). *Consecuencias* se relaciona con el impacto atribuido a la enfermedad en la vida de la persona. Generalmente, las afirmaciones de este tipo son comparativas, e.g., “mi vida está peor ahora que estoy enfermo”. *Identidad* se refiere a afirmaciones relacionadas con creencias

acerca de la enfermedad, vinculadas con los síntomas, e.g., “la diabetes hace que me duelan las articulaciones”. *Tiempo* se refiere a creencias sobre la duración de la enfermedad, e.g., “mi enfermedad durará toda la vida”. Finalmente, *Cura-control* se refiere a la representación sobre si la enfermedad es prevenible, curable o controlable, e.g., “tomar estos medicamentos tiene efecto en la disminución de síntomas”.

La estructura teórica de las cinco dimensiones de la representación de la enfermedad del MSC ha generado mucha investigación empírica. Existe evidencia de correlación entre algunas dimensiones del MSC, conformando perfiles de pacientes con rasgos distintivos en cuanto a la forma como perciben su enfermedad (Heijmans & De Ridder, 1998). Otros estudios demuestran que la representación de la enfermedad afecta la calidad de vida de los pacientes (Watkins et al., 2000) y que hay una transmisión transgeneracional que influye en las conductas de autocuidado y afecta los resultados en la salud (Scollan-Koliopoulos, O’Connell & Walker, 2005).

También se ha observado que las ideas que tienen las personas sobre su tratamiento medicamentoso influyen sobre la adherencia (Horne, 1997, 2003; Horne, Weinman & Hankins, 1999). Los pacientes tienen ideas que pueden ubicarse en dos dimensiones, una llamada *necesidad específica* y otra denominada *preocupación específica* (Horne, 2003). En la medida en que los pacientes perciben su tratamiento como más necesario y menos perjudicial, van a estar más dispuestos a adherir al mismo (Horne, 1997).

Como lo sugieren los estudios citados, la representación de enfermedad es uno de los factores críticos que influyen en las conductas que los pacientes seguirán para enfrentar su patología. Sin embargo, esta relación es bastante más compleja que lo propuesto hasta ahora en los modelos, siendo probablemente modulada por un conjunto de factores, tales como sexo, nivel cultural, gravedad de la enfermedad y apoyo social. En este sentido, es importante aportar antecedentes acerca de las distintas representaciones de enfermedad que tienen los pacientes diabéticos y cómo se relacionan estas representaciones con algunos parámetros relevantes, tales como la adherencia al tratamiento y la respuesta emocional. Asimismo, parece aconsejable establecer si determinadas representaciones de la enfermedad están asociadas a ciertos grupos etarios o de género o si surgen en distintas etapas de la evolución de la enfermedad.

El Presente Estudio

Al considerar los antecedentes señalados, la hipótesis que guió la presente investigación es que es posible encontrar diferentes perfiles de representaciones de enfermedad en pacientes con DM2 y que los grupos identificados difieren en variables psicológicas, conductuales y demográficas, tales como adherencia al tratamiento, respuesta emocional, sexo, edad, educación y tiempo de tratamiento.

Para evaluar la hipótesis se aplicó un instrumento de representaciones de la enfermedad y se realizó un análisis de conglomerados para identificar la existencia de distintos grupos de pacientes. Luego, con el fin de comprobar la utilidad de esta taxonomía, se examinaron las diferencias que existen entre los grupos en un conjunto de variables sociales, demográficas, psicológicas y conductuales.

Este procedimiento se ha utilizado con anterioridad en estudios de representaciones de enfermedades crónicas (Clatworthy, Buik, Hankins, Weinman & Horne, 2005). También se ha empleado para agrupar los obstáculos percibidos en pacientes diabéticos para la adherencia, (Schlundt et al., 1994), las características de personalidad asociadas a los estilos de afrontamiento en pacientes con hemodiálisis (Kidahci, Kikuchi, Nishizawa, Hiruma & Kaneko, 2007) o para diferenciar, a partir de la representación de enfermedad, a pacientes hipertensos (Clatworthy, 2004; Clatworthy et al., 2005). Esto último permite plantear la posibilidad de utilizar este método para diferenciar a los pacientes y así desarrollar intervenciones que sean más adecuadas a las características de cada grupo individualizado (Clatworthy et al., 2005).

Método

Participantes

Se solicitó autorización a los directores de dos centros de salud familiar de la Región del Maule, Chile. Para la realización de la investigación se pidió información a las encargadas del Programa Cardiovascular de estos centros sobre un registro de pacientes con DM2. Se obtuvo una muestra de conveniencia de 103 personas, la que se consideró aceptable, dados los tamaños muestrales utilizados en investigaciones similares (Jason & Taylor, 2002). Se buscó encuestar a un número similar según su procedencia urbana o rural, por lo que del total de casos, 55 personas pertenecían al Centro de Salud de Penciahue y 48, al Centro de Salud de La Florida, ambos en la Región del Maule. No se consideraron otras variables en la selección de los participantes.

En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra por sexo y edad. Como se observa en la tabla, predominaron las mujeres y la mayoría de los participantes se encontraba entre los 51 y 60 años de edad.

Tabla 1
Distribución de la Muestra por Sexo y Edad

Edad	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
30-40 años			9	8,7%	9	8,7%
41-50 años	2	1,9%	16	15,5%	18	17,5%
51-60 años	14	13,6%	31	30,1%	45	43,7%
61-70 años	7	6,8%	13	12,6%	20	19,4%
> 70 años	5	4,9%	6	5,8%	11	10,7%
Total	28	27,2%	75	72,8%	103	100,0%

La mayoría estaba casado/a y se encontraba activo/a en su oficio, principalmente como dueña de casa, y había cursado la enseñanza básica o media. Un alto porcentaje padecía, además, hipertensión arterial y, en menor proporción, obesidad.

Instrumentos

Versión revisada del Illness Perception Questionnaire (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002). Esta escala fue creada en el marco del modelo de MSC. El instrumento abarca tres secciones. La primera es la escala de Identidad, que explora los síntomas que las personas atribuyen a su enfermedad. Se presentan un total de 19 síntomas (e.g., dolor, fatiga) que los participantes deben indicar si los han experimentado durante el último mes y reportar si creen que estos síntomas están asociados a la diabetes o a los medicamentos prescritos. El puntaje de esta sección corresponde a la suma de síntomas que las personas han experimentado y atribuyen a la diabetes.

La segunda sección comprende 24 afirmaciones tipo Likert de cuatro niveles (1 = *nada*, 2 = *poco*, 3 = *bastante*, 4 = *mucho*) que buscan evaluar el grado de acuerdo que tienen los participantes con un conjunto de opiniones respecto de la diabetes. Estas constituyen las escalas de Consecuencias, Control del Paciente, Control del Tratamiento, Temporalidad Crónica y Temporalidad Cíclica. Consecuencias comprende cuatro reactivos que buscan evaluar la opinión de los participantes sobre la gravedad del efecto de la diabetes (e.g., "La diabetes provoca serias

consecuencias en su vida”). Valores altos indican acuerdo con la idea de que la diabetes tiene consecuencias serias. Control de la enfermedad por parte del Paciente es abordado con tres reactivos que indagan la opinión sobre la capacidad de los participantes para disminuir los efectos de su enfermedad (e.g., “La evolución de su diabetes depende de usted”). Altas puntuaciones indican acuerdo con que ellos tienen la capacidad para atenuar estos efectos. Los tres reactivos de la escala Control del Tratamiento exploran la percepción respecto de la efectividad del tratamiento para evitar los efectos de la enfermedad (e.g., “Los efectos negativos de la diabetes pueden ser evitados con su tratamiento”). Altos puntajes indican una opinión favorable respecto de la capacidad del tratamiento para controlar la enfermedad. Temporalidad Crónica comprende tres reactivos que evalúan el grado de acuerdo con la opinión de que la enfermedad durará toda su vida (e.g., “Es probable que su diabetes sea más bien permanente que temporal”). Los altos puntajes implican un mayor acuerdo con esta opinión. Por otra parte, los cuatro reactivos de la escala Temporalidad Cíclica miden el acuerdo de los participantes con la idea de que los síntomas de la enfermedad se presentan en períodos de aumento y disminución (e.g., “Pasa por ciclos en que los síntomas aparecen y desaparecen”). Altos puntajes indican un mayor acuerdo por parte de los participantes con esta opinión. Finalmente, en esta sección hay siete reactivos tipo Likert de cuatro niveles (1 = *nada*, 2 = *poco*, 3 = *bastante*, 4 = *mucho*) que exploran los sentimientos que los pacientes experimentan en relación con su enfermedad (e.g., “Se altera cuando piensa en su diabetes”). Altos puntajes en esta escala de Respuesta Emocional indican mayor acuerdo con experimentar sentimientos negativos relacionados con la enfermedad.

La última sección corresponde a la escala de Causa, que presenta 24 antecedentes (e.g., hábitos alimenticios, envejecimiento) que los participantes deben indicar, a través de una escala tipo Likert de cuatro niveles (1 = *nada*, 2 = *poco*, 3 = *bastante*, 4 = *mucho*), en qué medida influyen como posibles causas de su diabetes.

El instrumento arrojó un aceptable nivel de consistencia interna en la presente muestra (α de Cronbach de 0,85), un poco más bajo que el obtenido en la validación española del instrumento ($\alpha = 0,93$; García, Beléndez & Bermejo, 2005). La estructura factorial obtenida fue similar a la observada con pacientes hipertensos en Chile (Rey, 2010) y a la obtenida en la versión original en inglés (Moss-Morris et al., 2002). El análisis factorial confirmatorio indica una mejoría significativa del modelo nulo, $\chi^2(190, N = 103) = 709,35$, $p = 0,000$, CFI < 0,90 RMSEA = 0,164, y un ajuste adecuado de los datos, $\chi^2(143, N = 103) = 181,05$, $p = 0,016$, CFI = 0,926, RMSEA = 0,051, $\chi^2/gf = 1,27$, siguiendo los criterios propuestos por Bentler (1990). Los indicadores de ajuste del modelo son similares a los encontrados en estudios anteriores que han utilizado esta escala (e.g., Cabassa, Lagomasino, Dwight-Johnson, Hansen & Xie, 2008; Hagger & Orbell, 2005).

Cabe señalar que no se utilizó la escala de Causa del instrumento, dado que esta no permitiría generar una taxonomía, al no ofrecer un puntaje único por sujeto. Por otra parte, se eliminaron dos ítems, uno porque el tratamiento no permite curar la diabetes (ítem 8: “Su tratamiento será eficaz para curar la diabetes”) y otro porque presentó dificultades de comprensión por parte de los participantes durante la aplicación (ítem 1: “Tiene bajo control de su glicemia”).

Versión en español del Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ; Rey & Guic, 2007). Originalmente creado por Horne et al. (1999), este instrumento evalúa las creencias de los pacientes sobre los medicamentos para el tratamiento de su enfermedad, a través de 10 reactivos tipo Likert, de cuatro niveles (1 = *nada*, 2 = *poco*, 3 = *bastante*, 4 = *mucho*), agrupados en las escalas de Necesidad y Preocupación Específica. La escala Necesidad Específica abarca cinco reactivos que exploran la opinión sobre la importancia de los medicamentos para mantener una condición de salud estable (e.g., “Su vida normal no es posible sin sus remedios”). Un mayor puntaje en esta escala indica acuerdo con que los medicamentos son necesarios para mantener la salud. Por otro lado, los cinco reactivos de la escala Preocupación Específica evalúan creencias sobre las consecuencias del uso de los medicamentos (e.g., “La mayoría de los remedios son adictivos”). Altas puntuaciones en esta escala sugieren que los participantes consideran que los medicamentos tienen consecuencias negativas.

La consistencia interna del instrumento en esta muestra ($\alpha = 0,81$) superó a la obtenida en el estudio original ($\alpha = 0,77$; Horne et al., 1999).

Cuestionario de Determinantes de la Adherencia (CDA; D'Anello, 2006). De este cuestionario, constituido originalmente por 28 reactivos tipo Likert de cinco niveles (1 = *completamente en desacuerdo*, 2 = *ligeramente en desacuerdo*, 3 = *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, 4 = *ligeramente de acuerdo*, 5 = *completamente de acuerdo*), se utilizó solo el ítem 24 (“Tengo muchas intenciones de seguir con mi tratamiento”). La relación entre la intención de adherir y la conducta de adherencia se basa en la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (Ortiz & Ortiz, 2007).

Cuestionario de antecedentes sociodemográficos. Se elaboró un breve cuestionario destinado a recolectar una serie de variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, núcleo familiar, ocupación) y otras relacionadas con la condición de salud (tiempo de tratamiento por diabetes, presencia de otra enfermedad crónica) de la muestra, con el fin de caracterizarla y evaluar posibles diferencias entre las taxonomías obtenidas en algunas de las variables medidas.

Procedimiento

El estudio fue presentado y aprobado por la Comisión de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca. Para aplicar los instrumentos, uno de los investigadores se contactó con cada paciente cuando asistió a control médico o en su hogar, solicitándole su participación. Antes de la administración se le informó sobre los objetivos de la investigación y el carácter voluntario de su participación, asegurándole confidencialidad de la información. Para formalizar su inclusión en el estudio, las personas firmaron una carta de consentimiento informado. Los cuestionarios fueron auto-aplicados, sin límite de tiempo y contaron con la asistencia de la entrevistadora en el caso de ser requerido.

Plan de Análisis

Primero se calcularon los estadísticos descriptivos para las distintas variables. Luego se realizó un análisis de conglomerados para agrupar a los participantes según sus puntuaciones en seis dimensiones cognitivas de representación de enfermedad (identidad, temporalidad crónica, temporalidad cíclica, consecuencias, control del paciente y control del tratamiento) del IPQ-R. Estos puntajes fueron estandarizados en puntajes z , debido a las diferencias en las unidades de medida de cada dimensión (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999). De este modo, puntajes mayores y menores que cero indican puntuaciones por encima y por debajo del promedio de la muestra, respectivamente. Luego se realizaron análisis de conglomerados jerárquicos, utilizando el método de Ward, con la distancia euclidiana al cuadrado como coeficiente de similitud (Clatworthy et al., 2005; Clatworthy, Hankins, Buik, Weinman & Horne, 2007). Debido a que en este análisis la inclusión de personas a los grupos es secuencial y, por lo tanto, rígida, se optó por combinar el análisis de conglomerado jerárquico con el método K-means (no jerárquico), análisis que se efectúa de manera iterativa en vez de secuencial, de tal manera que los miembros entran y salen de los grupos hasta encontrar una solución óptima. Este método, a su vez, utiliza el número de grupos obtenido en el análisis jerárquico y sus respectivos centroides como puntos de semilla. Para mayores detalles acerca de esta estrategia de agrupamiento mixta se puede consultar a Clatworthy (2004) y Hair et al. (1999).

Finalmente, se realizaron análisis estadísticos inferenciales para comparar a los grupos obtenidos respecto de cada una de las otras variables de interés. Para interpretar el resultado de este análisis se calculó el puntaje promedio de cada grupo en cada una de las seis dimensiones de representación de enfermedad utilizadas para la agrupación. En aquellos casos en los que la variable dependiente fue medida a nivel escalar, se realizó un análisis de varianza, utilizando la prueba de Levene para estimar la homogeneidad de la varianza. Considerando que se comparan solamente tres grupos y siguiendo la recomendación de Myers y Well (1995), se procedió a realizar comparaciones por pares, utilizando las pruebas post-hoc de Tukey o de

Games-Howell, dependiendo de la homogeneidad de la varianza, en todas las variables, independientemente de la existencia de un efecto principal significativo. Por otra parte, en aquellos casos en los que la variable fue medida a nivel nominal se calculó Chi cuadrado para analizar los contrastes.

Resultados

Resultados Descriptivos

En la parte superior de la Tabla 2 se presentan los promedios de las distintas dimensiones medidas por los instrumentos utilizados, las cuales posteriormente se analizaron por separado para cada grupo. En la parte inferior se presenta la distribución porcentual de la muestra en las variables demográficas medidas.

Tabla 2
Estadísticos Descriptivos

Instrumento	Variables		Promedio	DE
	Dimensión	Escala		
IPQ-R	Consecuencias	Consecuencias	2,26	0,95
	Identidad	Identidad	5,28	4,50
	Tiempo	Temporalizad crónica	3,57	0,62
		Temporalidad cíclica	2,66	0,68
	Control-Cura	Control del paciente	3,42	0,57
		Control del tratamiento	2,99	0,66
BMQ	Respuesta Emocional	Respuesta emocional	2,17	0,94
	Necesidad	Necesidad específica	3,19	0,66
	Preocupación	Preocupación específica	2,70	0,76
CDA		Ítem 24	4,58	1,02
			<i>n</i>	%
Sociodemográfico	Estado civil	Soltero	16	15,5
		Casado	70	68,0
		Viudo	16	15,5
		Separado	1	1,0
	Nivel educacional	Sin estudios	9	8,7
		Básico	46	44,7
		Medio	39	37,9
	Lugar de residencia	Universitario	9	8,7
		Urbano	55	53,4
		Rural	48	46,6

Obtención de los Grupos

En la Figura 1 se presentan los valores de disimilitud para soluciones de uno a 10 grupos, de acuerdo a los resultados del análisis de conglomerado jerárquico. Aunque hay un incremento natural de la homogeneidad al aumentar el número de grupos, este no es lineal, por lo que se puede usar un número menor de grupos sin sacrificar la heterogeneidad de estos. La inspección de los cambios en homogeneidad que se producen en la curva, junto a consideraciones prácticas, lleva a proponer una solución de tres grupos.

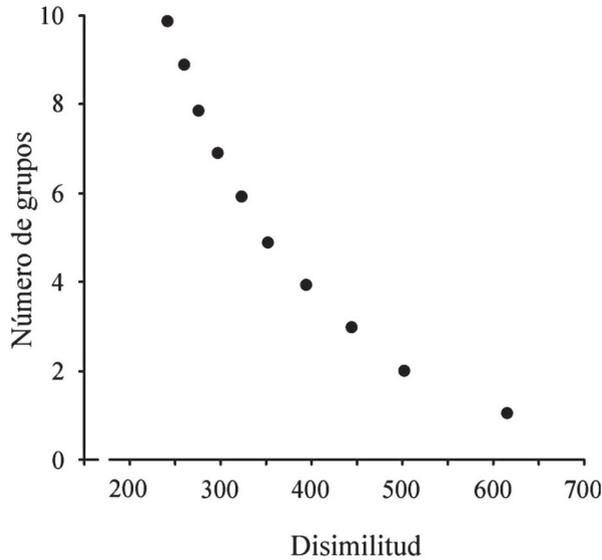


Figura 1. Disimilitud de las distintas soluciones del análisis jerárquico de conglomerados.

Luego se procedió a agrupar a los participantes en tres grupos, de acuerdo a la técnica K-means, conformados por 41, 38 y 24 casos, respectivamente. En la Figura 2 se muestran los perfiles de representación de enfermedad de los tres conglomerados.

El primer conglomerado ($n = 41$) fue denominado Preocupado, ya que se caracteriza por presentar en general puntajes por sobre el promedio en todas las dimensiones del IPQ-R. Esto significa que, comparativamente con los otros, los pacientes preocupados manifiestan una mayor creencia de control sobre su enfermedad, perciben las consecuencias como graves, identifican más síntomas como propios de su condición, confían en el tratamiento, opinan que la enfermedad es cíclica y tienden a creer que su diabetes será para toda la vida.

En el segundo grupo ($n = 38$), llamado Desesperanzado, los pacientes presentan puntuaciones marcadamente por debajo del promedio en las dimensiones Control del Paciente y Control del Tratamiento, lo que significa que se caracterizan por tener, comparativamente, creencias de menor control de la enfermedad y del tratamiento que los otros grupos. Por otro lado, los pacientes de este grupo perciben que las consecuencias son ligeramente graves, experimentan síntomas propios de su condición, perciben y experimentan su diabetes de forma cíclica y señalan que padecerán la enfermedad por el resto de su vida.

El tercer grupo ($n = 24$), denominado Negador, incluye pacientes que se caracterizan por puntuaciones notablemente por debajo del promedio en las dimensiones Consecuencias, Temporalidad Cíclica y Temporalidad Crónica, lo que indica que tienen una representación más pobre de las consecuencias de su enfermedad y tienden a no percibir los ciclos y la cronicidad de esta. Llama la atención que este grupo de pacientes tiene puntuaciones por sobre el promedio en la dimensión Control del Tratamiento, siendo en esto equivalente al grupo Preocupado y superando al grupo Desesperanzado.

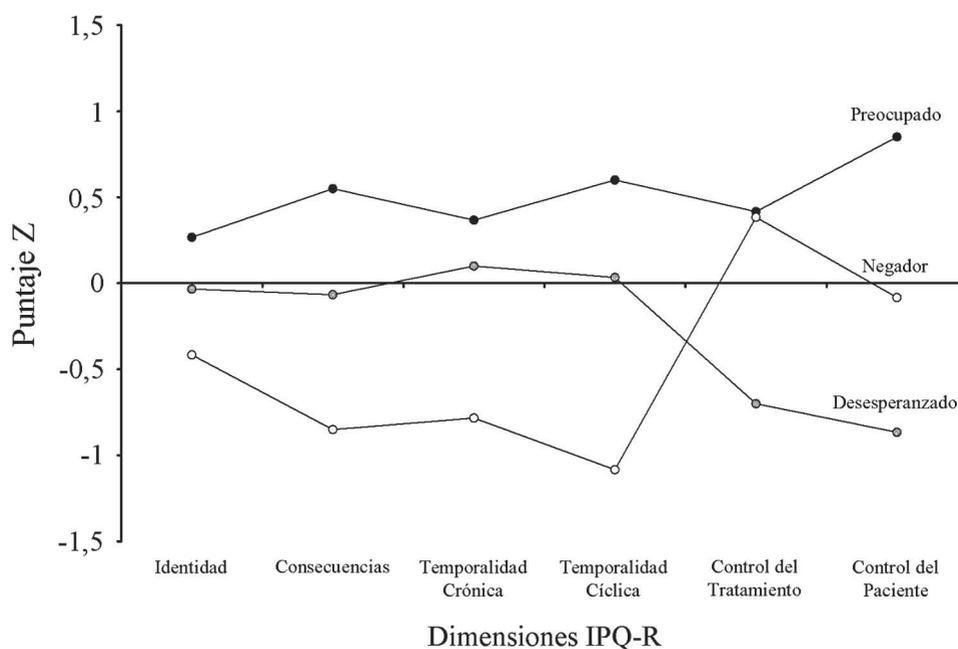


Figura 2. Diferencias en puntajes z en representación de enfermedad entre los tres conglomerados identificados por el análisis K-means.

En la Tabla 3 se presentan las medias y desviaciones estándar en puntajes bruto de las dimensiones, según conglomerado. Los grupos presentan diferencias significativas en Identidad, $F(2, 100) = 3,90, p = 0,023$, pudiendo considerarse sus varianzas iguales, Levene(2, 100) = 2,40, $p = 0,096$. La prueba post-hoc de Tukey indicó que el grupo Preocupado muestra puntajes significativamente mayores que el grupo Negador ($p = 0,024$). Asimismo, presentan diferencias significativas en la dimensión Consecuencias, $F(2, 100) = 20,39, p < 0,001$. También en esta dimensión sus varianzas podrían considerarse iguales, Levene(2, 100) = 2,78, $p = 0,067$, y las comparaciones post-hoc con la prueba de Tukey revelaron que el grupo Preocupado presenta puntajes significativamente mayores que el grupo Desesperanzado ($p = 0,009$) y que el grupo Negador ($p < 0,001$). A su vez, el grupo Desesperanzado supera significativamente al grupo Negador ($p = 0,002$). También los grupos presentan diferencias significativas en la dimensión Temporalidad Crónica, $F(2, 100) = 13,00, p < 0,001$. En esta dimensión las varianzas tendrían que considerarse distintas, Levene(2, 100) = 6,66, $p = 0,002$, y las comparaciones post-hoc con la prueba de Games-Howell mostraron que el grupo Preocupado presenta puntajes significativamente más altos que el grupo Negador ($p < 0,001$). A su vez, el grupo Desesperanzado supera significativamente al grupo Negador ($p < 0,001$). De la misma forma, los grupos presentan diferencias significativas en la dimensión Temporalidad Cíclica, $F(2, 100) = 37,81, p < 0,001$. Con varianzas que podrían considerarse iguales, Levene(2, 100) = 2,90, $p = 0,060$, la prueba post-hoc de Tukey reveló que el grupo Preocupado muestra puntajes significativamente más altos que el grupo Desesperanzado ($p = 0,005$) y que el grupo Negador ($p < 0,001$). A su vez, el grupo Desesperanzado supera significativamente al grupo Negador ($p = 0,001$). Igualmente, los grupos presentan diferencias significativas en la dimensión Control del Tratamiento, $F(2, 100) = 20,25, p < 0,001$. Dado que las varianzas pueden suponerse iguales, Levene(2, 100) = 0,88, $p = 0,417$, las comparaciones post-hoc con la prueba de Tukey revelaron que el grupo Desesperanzado muestra puntajes significativamente más bajos que el grupo Preocupado ($p = 0,001$) y

que el grupo Negador ($p < 0,001$). Por último, los grupos presentan diferencias significativas en la dimensión Control del Paciente, $F(2, 100) = 68,05$, $p < 0,001$. En este caso, las varianzas deberían suponerse distintas, $Levene(2, 100) = 12,38$, $p < 0,001$, y las comparaciones post-hoc con la prueba de Games-Howell revelaron que el grupo Preocupado muestra puntajes significativamente más altos que el grupo Negador ($p = 0,001$) y que el grupo Desesperanzado ($p < 0,001$). A su vez, el grupo Negador supera significativamente al grupo Desesperanzado ($p = 0,001$).

Tabla 3

Comparación de los Conglomerados Según Medias y Desviaciones Estándar en Puntajes Bruto de las Dimensiones Cognitivas de Representación de Enfermedad

Dimensión	Conglomerado						η^2	95% ICs
	Preocupado		Desesperanzado		Negador			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Identidad	6,54	5,00	5,11	4,09	3,42	3,60	0,072	[5,18, 7,89], [3,70, 6,51], [1,65, 5,19]
Consecuencias	2,78	0,94	2,21	0,81	1,46	0,51	0,290	[2,53, 3,03], [1,95, 2,47], [1,13, 1,79]
Temporalidad crónica	3,80	0,46	3,63	0,49	3,08	0,78	0,206	[3,63, 3,98], [3,45, 3,81], [2,86, 3,31]
Temporalidad cíclica	3,07	0,61	2,68	0,47	1,92	0,41	0,431	[2,91, 3,23], [2,52, 2,85], [1,71, 2,13]
Control del tratamiento	3,27	0,59	2,53	0,56	3,25	0,53	0,288	[3,09, 3,44], [2,34, 2,71], [3,02, 3,47]
Control del paciente	3,90	0,30	2,92	0,36	3,37	0,50	0,576	[3,79, 4,02], [2,80, 3,04], [3,22, 3,53]

M = media; *DE* = desviación estándar; ICs = intervalos de confianza de la media.

Comparación de los Grupos con Respecto a Respuesta Emocional, Adherencia y Tiempo de Tratamiento

Los grupos identificados fueron comparados en un conjunto de variables adicionales que permiten una caracterización complementaria de estos. En la Tabla 4 se presentan las puntuaciones promedios de los tres grupos en estas variables.

En primer lugar, presentan diferencias significativas en la dimensión Respuesta Emocional del IPQ-R, $F(2, 100) = 12,31$, $p < 0,001$. Las varianzas deben suponerse distintas, $Levene(2, 100) = 7,02$, $p = 0,001$. Las comparaciones post-hoc de Games-Howell revelaron que el grupo Preocupado muestra puntajes significativamente más altos que el grupo Desesperanzado ($p = 0,007$) y que el grupo Negador ($p < 0,001$). A su vez, el grupo Desesperanzado supera significativamente al grupo Negador ($p = 0,017$).

Los tres grupos de pacientes también fueron comparados de acuerdo a sus creencias acerca de los medicamentos según las dimensiones del BMQ-Specific. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos con respecto a la dimensión Necesidad Específica de Medicamentos, $F(2, 100) = 8,41$, $p < 0,001$. Las varianzas se supusieron iguales, $Levene(2, 100) = 1,07$, $p = 0,346$, y las comparaciones post-hoc de Tukey revelaron que el grupo Preocupado tiene puntajes significativamente más altos que los grupos Desesperanzado ($p = 0,001$) y Negador ($p = 0,001$), los cuales no difieren entre sí ($p = 0,599$). Por otra parte, en la dimensión Preocupación Específica por los efectos de los medicamentos se produjo esencialmente el mismo patrón de resultados, por cuanto los grupos difirieron significativamente, $F(2, 100) = 8,28$, $p < 0,001$. Las varianzas también se supusieron iguales, $Levene(2, 100) = 0,07$, $p = 0,927$, obteniendo el grupo Preocupado puntajes significativamente más altos que los grupos Desesperanzado ($p < 0,001$) y Negador ($p = 0,002$), mientras que estos últimos no difieren entre sí ($p = 0,935$) en las comparaciones post-hoc de Tukey.

También en la Tabla 4 se presentan los resultados respecto de la variable intención de adherir. Si bien en este aspecto no hubo diferencias significativas entre los tres grupos, $F(2, 100) = 2,18$, $p = 0,118$, las varianzas debieron suponerse distintas, $Levene(2, 100) = 6,48$, $p = 0,002$, y las comparaciones post-hoc de Games-Howell indicaron que el grupo Preocupado presenta mayor intención de adherir que el grupo Desesperanzado ($p = 0,044$). Se observaron diferencias significativas entre los grupos en el tiempo de tratamiento, $F(2, 100) = 4,45$, $p = 0,014$, con varianzas distintas, $Levene(2, 100) = 3,36$, $p = 0,039$, apareciendo el grupo Negador con puntajes más bajos que los grupos Preocupado ($p = 0,011$) y Desesperanzado ($p = 0,007$), al hacer las comparaciones post-hoc de Games-Howell. Asimismo, hubo diferencias significativas respecto del tiempo que saben de su problema, $F(2, 100) = 4,61$, $p = 0,012$, con varianzas probablemente distintas, $Levene(2, 100) = 4,52$, $p = 0,013$, difiriendo el grupo Negador significativamente del Preocupado ($p = 0,007$) y Desesperanzado ($p = 0,008$), al hacer las comparaciones post-hoc de Games-Howell. El grupo Negador muestra un promedio de alrededor de 3,6 años en tratamiento y sus integrantes conocen su diagnóstico, en promedio, hace un poco menos de 4 años, mientras que los grupos Preocupado y Desesperanzado muestran promedios cercanos a 8 años de tratamiento y casi 9 años de conocimiento del diagnóstico.

Tabla 4

Comparación de los Conglomerados Según Medias y Desviaciones Estándar de las Variables Estudiadas

Variable	Conglomerado						η^2	95% ICs
	Preocupado		Desesperanzado		Negador			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Necesidad específica	3,50	0,50	3,03	0,70	2,94	0,66	0,144	[3,31, 3,69], [2,83, 3,22], [2,69, 3,19]
Preocupación específica	3,05	0,70	2,47	0,71	2,45	0,74	0,142	[2,83, 3,28], [2,24, 2,70], [2,16, 2,75]
Respuesta emocional	2,61	0,97	2,08	0,87	1,54	0,51	0,198	[2,35, 2,87], [1,81, 2,35], [1,20, 1,89]
Intención de adherir	4,78	0,79	4,32	1,28	4,67	0,87	0,042	[4,47, 5,09], [3,99, 4,64], [4,26, 5,08]
Tiempo de tratamiento (años)	8,17	6,96	8,50	8,26	3,58	3,13	0,082	[6,05, 10,29], [6,30, 10,70], [0,81, 6,36]
Tiempo de conocimiento sobre el problema (años)	8,90	7,32	8,87	8,56	3,83	3,31	0,084	[6,69, 11,12], [6,57, 11,17], [0,94, 6,73]

M = media; *DE* = desviación estándar, ICs = intervalos de confianza de la media.

Las características demográficas de los integrantes de cada conglomerado se presentan en la Tabla 5. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable edad, $\chi^2(8, N = 103) = 17,74$, $p = 0,023$, observándose que los participantes de los grupos Desesperanzado y Negador se concentran fundamentalmente entre los 51 y 60 años, mientras que el grupo Preocupado se distribuye de manera homogénea entre los 41 y 70 años. También se obtuvieron diferencias por nivel educacional, $\chi^2(6, N = 103) = 14,70$, $p = 0,023$, componiéndose el grupo Desesperanzado principalmente por participantes con solo enseñanza básica completa, el grupo Preocupado por participantes con solo enseñanza básica y con enseñanza media y el grupo Negador entre básica, media y universitaria. También los grupos difirieron respecto del lugar de residencia, $\chi^2(2, N = 103) = 48,97$, $p < 0,001$, concentrándose el grupo Preocupado en el área urbana y los grupos Desesperanzado y Negador en la rural. No se observaron diferencias significativas en las variables sexo, $\chi^2(2, N = 103) = 0,37$, $p = 0,830$, y estado civil, $\chi^2(6, N = 103) = 2,16$, $p = 0,905$.

Tabla 5
Distribución de las Variables Demográficas por Conglomerado

Variable	Conglomerado					
	Preocupado		Desesperanzado		Negador	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Hombre	29	70,7	29	76,3	17	70,8
Mujer	12	29,3	9	23,7	7	29,2
Edad						
30-40 años	2	4,9	2	5,3	5	20,8
41-50 años	12	29,3	4	10,5	2	8,3
51-60 años	11	26,8	23	60,5	11	45,8
61-70 años	10	24,4	6	15,8	4	16,7
> 70 años	6	14,6	3	7,9	2	8,3
Estado civil						
Soltero	7	17,1	5	13,2	4	16,7
Casado	27	65,9	26	68,4	17	70,8
Viudo	6	14,6	7	18,4	3	12,5
Separado	1	2,4				
Nivel educacional						
Sin estudios	5	12,2	4	10,5		
Básico	16	39,0	21	55,3	9	37,5
Medio	18	43,9	12	31,6	9	37,5
Universitario	2	4,9	1	2,6	6	25,0
Lugar de residencia						
Urbano	39	95,1	12	31,6	4	16,7
Rural	2	4,9	26	68,4	20	83,3

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar una taxonomía de pacientes con DM2, en función de sus representaciones de enfermedad. El análisis realizado con una muestra de pacientes de dos centros de atención primaria permitió detectar la existencia de tres grupos denominados Preocupado, Desesperanzado y Negador. Estos grupos no solo difieren en sus representaciones de enfermedad, sino también en sus reacciones emocionales, intención de adherir al tratamiento, tiempo de tratamiento, tiempo que conocen su problema de salud, creencias acerca de los medicamentos, edad, nivel educacional y lugar de residencia.

El grupo Preocupado se caracteriza por tener una alta valoración de las consecuencias negativas de la enfermedad, su cronicidad y carácter cíclico. Sin embargo, confía en el tratamiento y en su capacidad personal para atenuar los efectos de la enfermedad. El grupo Desesperanzado es similar al Preocupado, en cuanto a percibir las consecuencias de la enfermedad y reconocer el carácter crónico y cíclico de esta. Sin embargo, manifiesta una baja creencia acerca de su capacidad y la de los medicamentos para controlarla. El grupo Negador subvalora las consecuencias de su condición, declara no experimentar ciclos en relación a sus síntomas, no considera la diabetes como una enfermedad crónica y declara menos síntomas que los otros grupos. Por otro lado, percibe de forma positiva los efectos de su tratamiento y declara tener cierto control sobre su diabetes.

Estos resultados coinciden parcialmente con lo reportado por Clatworthy (2004) en una muestra de pacientes hipertensos. Esta autora también propuso tres grupos para caracterizar su muestra y el denominado Modelo Médico posee características similares a los pacientes del

grupo Preocupado, tales como la percepción de lo crónico de su condición, del control de su enfermedad mediante acciones propias y del seguimiento del tratamiento. Su grupo denominado Bajo Control comparte la principal característica del grupo Desesperanzado, que es una baja creencia de control de los pacientes respecto de su enfermedad. El grupo denominado Pobres Afrontadores presenta un perfil de representación de enfermedad que difiere del grupo Negador de la presente investigación. Sin embargo, es posible plantear que la negación de las características más básicas de la enfermedad, tales como sus consecuencias, ciclos y cronicidad, podría generar menor necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

Resulta esperable encontrar diferencias con el estudio de Clatworthy (2004) en Inglaterra, debido a las diferentes enfermedades estudiadas y a diferencias culturales. Además, la inclusión de otras características, como el nivel socioeconómico y la localidad rural de algunos pacientes del presente estudio, podría estar contribuyendo a la especificidad de los resultados. Pese a lo anterior, existen aspectos comunes en la caracterización de los grupos, lo que podría ser atribuido a la condición de padecimiento de una enfermedad crónica.

Estos resultados permiten suponer que, en el caso de las enfermedades crónicas, a lo menos se podría esperar encontrar un grupo con una representación clara de su enfermedad, requiriendo solo una intervención para confirmar esa representación. También se podría encontrar otro grupo que tenga una postura de negación o rechazo de su enfermedad, requiriendo, entonces, de intervenciones para que se le haga evidente su condición. Por último, se presentaría un tercer grupo que probablemente ha experimentado malos resultados, requiriendo, entonces, de intervenciones para ayudarlo a confiar nuevamente en las posibilidades de mejorar su salud.

Los datos apoyan la validez de la taxonomía, basada en representaciones cognitivas de la enfermedad, debido a que estos grupos difieren también en otras variables. Por ejemplo, los pacientes del grupo Preocupado tienden a manifestar una mayor respuesta emocional negativa ante la enfermedad, seguidos por los Desesperanzados y Negadores. Es razonable pensar que quienes tienen una percepción más clara manifiesten mayor temor por su condición, a diferencia de quienes tienden a negarla. El MSC postula que cada paciente construye su propia forma de experimentar su enfermedad, incluyendo los aspectos cognitivos y emocionales, los que determinan las estrategias de afrontamiento. Es esperable que los pacientes del grupo Negador presenten un estilo más evitativo que aproximativo (Coelho, Amorim & Prata, 2003; Urzúa & Jarne, 2008). Esto explicaría una menor respuesta emocional hacia la enfermedad, ya que la evitación tiende a ser utilizada para evitar sentimientos negativos (Pastor, López & Rodríguez, 1993; Roth & Cohen, 1986).

Al incorporar la representación del tratamiento, los pacientes del grupo Preocupado son quienes expresan mayor necesidad de medicamentos, así como más preocupaciones respecto a sus posibles efectos adversos, que los otros grupos, los cuales no difieren entre sí. También el grupo Preocupado manifiesta mayor intención de tomar el medicamento. Esto confirma lo planteado por Horne et al. (1999), respecto a que los pacientes con mayor probabilidad de adherir son los que declaran mayor necesidad de sus medicamentos. El hecho de que también presenten mayor preocupación puede estar indicando que tienen más presentes los posibles efectos negativos que los remedios pueden producir.

También se observa que el grupo Preocupado está compuesto principalmente por pacientes con residencia urbana, mientras que los grupos Desesperanzado y Negador incluyen más pacientes rurales. Dado que los pacientes con residencia urbana reportan más años de educación que los rurales, estas diferencias podrían atribuirse al nivel educacional. En efecto, la mayoría de los pacientes del grupo Preocupado alcanza estudios de enseñanza media, mientras que la mayoría del grupo Desesperanzado posee solo enseñanza básica. Existen investigaciones previas que reportan una relación directa entre nivel educacional y adherencia, aunque no hay evidencia concluyente (DiMatteo, 2004).

Los resultados que indican que el grupo Negador está compuesto por aquellas personas que llevan menos años de tratamiento y conocen hace menos años su problema, podrían explicar en parte su representación cognitiva “negadora” de su enfermedad. Esto podría estar relacionado con el concepto de etapas descritas para procesos de duelo. Según Kübler-Ross y Kessler (2005),

es común que durante la primera etapa del duelo el sujeto niegue la situación y, siguiendo esta perspectiva, se puede plantear que las personas en etapas iniciales de DM2 no aceptan su diagnóstico.

Existe poca evidencia sobre análisis que hayan utilizado la representación de la enfermedad para caracterizar las muestras (Clatworthy, 2004), pero en este estudio, pese a sus limitaciones, se confirma la utilidad de este procedimiento para identificar grupos de pacientes. Este tipo de procedimientos permite simplificar el análisis de una muestra de entidades heterogéneas, mediante la formación de grupos relativamente homogéneos, para organizar grandes cantidades de información multivariante. Las etiquetas asignadas a los subgrupos hacen más manejable los datos para el investigador y facilitan la comunicación. En consideración a que los resultados en salud son multideterminados, los análisis de conglomerados tienen el potencial de hacer manejable un gran volumen de información, logrando, así, determinar más claramente cómo las variables psicosociales influyen sobre los resultados en salud, toda vez que la evidencia obtenida al estudiar las variables en forma independiente no ha arrojado resultados concluyentes hasta ahora. Al considerar la representación cognitiva de la enfermedad, como perfiles a partir de las variables que propone el MSC, se avanza para representar de mejor forma lo complejo del proceso que realizan las personas para entender y afrontar una enfermedad. Habitualmente las decisiones de salud sintetizan mucha evidencia previa. Cuando alguien evalúa seguir las indicaciones médicas, simplifica en esa decisión una gran cantidad de información disponible, que resulta muy difícil de incorporar en un análisis para determinar cómo influyen en sus resultados de salud. El análisis de conglomerados es una herramienta que permite acercarse a entender de modo integrado el proceso que siguen las personas.

Específicamente, la posibilidad de diferenciar a los pacientes según la representación que tienen de la enfermedad permite a los equipos de salud formular estrategias de tratamiento más adecuadas a las características de los pacientes. En el caso de la diabetes, es muy importante que se cumplan las indicaciones del tratamiento para evitar consecuencias más graves (Baechler et al., 2002). Según lo propuesto por Fowler y Baas (2006), al considerar las percepciones de los pacientes respecto de la enfermedad crónica que experimentan, se pueden desarrollar intervenciones que tengan un mayor impacto en sus conductas de autocuidado. Si consideramos que los pacientes con características de Negadores son quienes tienen mayor riesgo por baja adherencia al tratamiento, son también los que requieren más apoyo de los equipos de salud para asumir su enfermedad crónica.

Los resultados de esta investigación corresponden a pacientes diabéticos de atención primaria de la Región del Maule, en su mayoría mujeres e incluyendo a pacientes rurales, lo que puede constituir una limitación del estudio, pudiendo existir un sesgo de autoselección, por cuanto los que aceptaron responder los instrumentos pueden ser personas más dispuestas a cooperar y podrían poseer un perfil distinto de aquellas que no participaron. También es importante mencionar que la adherencia al tratamiento se ha medido a través de la intención declarada de tomar el medicamento y no observando la conducta de cumplimiento, por lo que es probable que la ausencia de mayores diferencias entre los grupos en esta variable se relacione con las dificultades para medirla. Por último, el tipo de medición utilizado requería un cierto nivel de comprensión de las personas para responder los instrumentos. Tomando en consideración la baja escolaridad de algunos participantes, se sugiere en estos casos complementar la información con entrevistas, para asegurar una clara comprensión.

Referencias

- Aalto, A.-M., Heijmans, M., Weinman, J. & Aro, A. R. (2005). Illness perception in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 393-402. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.03.001
- Baechler, R., Mujica, V., Aqueveque, X., Ramos, L. & Soto, A. (2002). Prevalencia de diabetes mellitus en la VII Región de Chile. *Revista Médica de Chile*, 130, 1257-1264. doi:10.4067/S0034-98872002001100008
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246. doi:10.1037/0033-2909.107.2.238

- Bishop, G. D. (1991). Lay disease representation and responses to victims of disease. *Basic and Applied Social Psychology*, 12, 115-132. doi:10.1207/s15324834basps1201_8
- Bishop, G. D. (1998). Cognitive organization of disease concepts in Singapore. *Psychology and Health*, 13, 121-133. doi:10.1080/08870449808406136
- Cabassa, L. J., Lagomasino, I. T., Dwight-Johnson, M., Hansen, M. C. & Xie, B. (2008). Measuring Latinos' perceptions of depression: A confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14, 377-384. doi:10.1037/a0012820
- Cameron, L. D. & Moss-Morris, R. (2004). Illness related cognition and behaviour. En A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health psychology* (pp. 149-161). Malden, MA: BPS Blackwell.
- Chile, Ministerio de Salud (2004). *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Santiago, Chile: Autor. Extraído de <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm#0>
- Chile, Ministerio de Salud (2006). *Diabetes mellitus tipo 2* (Serie Guías Clínicas MINSAL N° XX, 1ª ed.) Santiago, Chile: Autor.
- Clatworthy, J. (2004). *The theoretical and statistical value of cluster analysis in health psychology: An empirical investigation using artificial and existing data sets* (Tesis de Doctorado no publicada), School of Applied Social Science, University of Brighton, Reino Unido.
- Clatworthy, J., Buik, D., Hankins, M., Weinman, J. & Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology*, 10, 329-358. doi:10.1348/135910705X25697
- Clatworthy, J., Hankins, M., Buik, D., Weinman, J. & Horne, R. (2007). Cluster analysis in illness perception research: A Monte Carlo study to identify the most appropriate method. *Psychology and Health*, 22, 123-142. doi:10.1080/14768320600774496
- Coelho, R., Amorim, I. & Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 44, 312-318.
- D'Anello, S. (2006). Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. *MedULA*, 15, 4-11.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42, 200-209. doi:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9
- Durán, B., Rivera, B. & Franco, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43, 233-236.
- Fowler, C. & Baas, L. S. (2006). Illness representation in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 173-187.
- García, M. D., Beléndez, M. & Bermejo, R. M. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-324.
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184. doi:10.1080/088704403100081321
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology & Health*, 20, 161-173. doi:10.1080/0887044042000334724
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante* (5ª ed.). Madrid, España: Prentice Hall.
- Heijmans, M. J. W. M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: Importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 39-51. doi:10.1016/S0022-3999(97)00265-1
- Heijmans, M. & De Ridder, D. (1998). Structure and determinants of illness representation in chronic disease: A comparison of Addison's disease and chronic fatigue syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3, 523-537. doi:10.1177/135910539800300406
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. En K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perception of health and illness* (pp. 155-188). Amsterdam, Holanda: Harwood Academic.
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. En C. L. Cameron and H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 138-153). New York, NY: Routledge.
- Horne, R., Weinman, J. & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24. doi:10.1080/08870449908407311
- Jason, L. & Taylor, R. (2002). Applying cluster analysis to define a typology of chronic fatigue syndrome in a medically-evaluated, random community sample. *Psychology and Health*, 17, 323-337. doi:10.1080/08870440290029575
- Kidachi, R., Kikuchi, A., Nishizawa, Y., Hiruma, T. & Kaneko, S. (2007). Personality types and coping style in hemodialysis patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 339-347. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01716.x
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York, NY: Scribner.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York, NY: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representation and coping with health threats. En A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Llewellyn, C. D., McGurk, M. & Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17-26. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.01.013
- Martín, L. & Grau, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 89-99.

- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*, 1-16. doi:10.1080/08870440290001494
- Myers, J. L. & Well, A. D. (1995). *Research design and statistical analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista Médica de Chile, 133*, 307-313. doi:10.4067/S0034-98872005000300006
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile, 135*, 647-652. doi:10.4067/S0034-98872007000500014
- Pastor, M. A., López, S. & Rodríguez, J. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 5*(Número Extraordinario 1), 349-372.
- Rey, R. (2010). *Factores psicológicos que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en la atención primaria de salud* (Tesis de Doctorado no publicada), Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Rey, R. & Guic, E. (2007, Noviembre). *Factores cognitivos y emocionales asociados a la hipertensión arterial y su tratamiento: implicaciones para el manejo de la enfermedad*. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Psicología: Aportes y Desafíos, Santiago, Chile.
- Roth, S. & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*, 813-819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J. & Rooijmans, H. G. M. (2000). Patient's illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: A 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology, 142*, 899-907. doi:10.1046/j.1365-2133.2000.03469.x
- Schlundt, D. G., Pichert, J. W., Rea, M. R., Puryear, W., Penha, M. L. I. & Kline, S. S. (1994). Situational obstacles to adherence for adolescents with diabetes. *The Diabetes Educator, 20*, 207-211. doi:10.1177/014572179402000305
- Scollan-Koliopoulos, M., O'Connell, K. A. & Walker, E. A. (2005). The first diabetes educator is the family: Using illness representation to recognize a multigenerational legacy of diabetes. *Clinical Nurse Specialist, 19*, 302-307. doi:10.1097/00002800-200511000-00009
- Urzúa, A. & Jarne, A. J. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología, 42*, 151-160.
- Watkins, K. W., Connell, C. M., Fitzgerald, J. T., Klem, L., Hickey, T. & Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care, 23*, 1511-1515. doi:10.2337/diacare.23.10.1511

Fecha de recepción: Mayo de 2010.

Fecha de aceptación: Octubre de 2011.