

SENTIDO DEL HUMOR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA CIUDAD DE NEIVA

DIANA MARCELA ALDANA ORDOÑEZ
KELLY DEL CARMEN MONTALVO ROQUE
MARÍA FERNANDA OSORIO BELTRÁN
MELVA CRISTINA RODRÍGUEZ SILVA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2011

SENTIDO DEL HUMOR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETESMELLITUS TIPO II EN LA CIUDAD DE NEIVA

DIANA MARCELA ALDANA ORDOÑEZ
KELLY DEL CARMEN MONTALVO ROQUE
MARÍA FERNANDA OSORIO BELTRÁN
MELVA CRISTINA RODRÍGUEZ SILVA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicóloga

Asesora
ANGÉLICA MARÍA HERMOSA RODRÍGUEZ
Psicóloga

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
NEIVA
2011

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 14 de Julio del 2011

DEDICATORIA

A Dios por ser nuestra guía y compañía
A nuestras familias por su paciencia, dedicación y amor incondicional
A nuestros amigos por brindarnos su apoyo sin restricciones
Y cada una de las personas que han confiado en nosotras y han sido nuestro
Sustento en este largo camino.

DIANA MARCELA
KELLY DEL CARMEN
MARÍA FERNANDA
MELVA CRISTINA

AGRADECIMIENTOS

Las autores expresan sus agradecimientos a:

A Dios por darnos paciencia y fuerza para llevar a cabo esta labor.

A nuestros padres, por el apoyo incondicional que nos han ofrecido a lo largo de nuestras vidas. A nuestras parejas y amigos, por su paciencia y compañía, piezas fundamentales para nuestro crecimiento personal y profesional

En especial a nuestra asesora Angélica María Hermosa, por su tiempo y dedicación y al Psicólogo Manuel Sánchez por compartir sus conocimientos con nosotras durante la realización de este trabajo de grado.

A Ronald Javier Gonzáles por ser nuestro amigo y brindarnos su tiempo y apoyo incondicional.

A la doctora Begoña Carbelo, quien a pesar de no conocernos no dudo en brindarnos su valiosa colaboración.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos un extensivo y sincero agradecimiento.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GENERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. ANTECEDENTES	20
4. JUSTIFICACIÓN	23
5. MARCO TEÓRICO	26
5.1 PSICOLOGÍA POSITIVA	26
5.1.1 Emociones Positivas	27
5.2 HUMOR	28
5.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS	32
5.4 DIABETESMELLITUS	32
5.4.1 Definición.	32
5.4.2 Clasificación	33
5.4.3 Etiopatogenia de la DiabetesTipo II	34
5.4.4 Perspectiva global de la diabetes.	35
5.4.5 Condiciones psicológicas en la Diabetes Mellitus Tipo II	36
5.4.6 Diabetes Mellitus tipo II y la salud	38
5.5 PSICOLOGÍA DE LA SALUD	38
5.6 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	39
5.6.1 Actitud hacia la adhesión al tratamiento	40
5.6.1.1 Conductas que caracterizan la adhesión al tratamiento	41
5.6.2 Factores asociados con la no adhesión	42

	pag.	
5.6.2.1	Características del paciente	42
5.6.2.2	Factores de tratamiento	44
5.6.2.3	Factores interpersonales	45
5.7	EL HUMOR Y LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	46
6.	METODOLOGÍA	48
6.1	TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO	48
6.2	HIPÓTESIS	48
6.3	POBLACIÓN	49
6.4	MUESTRA	49
6.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	49
6.6	VARIABLES	50
6.7	INSTRUMENTOS	52
6.7.1	Escala Multidimensional del Sentido del Humor	53
6.7.1.1	Análisis de la dimensionalidad del sentido del humor	55
6.7.1.2	Revisión de confiabilidad de la aplicación del instrumento en la muestra de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva	57
6.7.2	Escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II	57
6.7.2.1	Validez y Confiabilidad	57
6.7.2.2	Prueba Piloto	58
6.7.2.3	Dimensionalidad de actitud hacia la adhesión al tratamiento	58
6.8	FASES DE LA INVESTIGACIÓN	59
6.8.1	Fase Uno: Revisión teórica y elaboración del proyecto	59
6.8.2	Fase dos: Búsqueda y elaboración de instrumentos de medición	59
6.8.3	Fase tres: Selección y contacto de la población y muestra	59
6.8.4	Fase cuatro: Recolección de datos	59
6.8.5	Fase cinco: Análisis y discusión de resultados	60
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
8.	RESULTADOS	65

		pag.
8.1	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS	65
8.1.1	Distribución de frecuencias por sexo	65
8.1.2	Distribución de frecuencias por edad	65
8.1.3	Distribución de frecuencias por tiempo de diagnóstico	66
8.1.4	Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala Multidimensional del Sentido del Humor	66
8.1.5	Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes Diagnosticados con Diabetes Tipo II	67
8.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO	68
8.2.1	Análisis de homogeneidad de la muestra	68
8.2.2	Análisis comparativo para verificación de hipótesis alternativas(Test de Kruskal-Wallis).	69
8.3	ANÁLISIS CORRELACIONAL	70
8.3.1	Correlación de variables	71
9.	DISCUSIÓN	72
10.	CONCLUSIONES	76
11.	RECOMENDACIONES	78
	BIBLIOGRAFÍA	80
	ANEXOS	88

LISTA DE CUADROS

pág.

Cuadro 1.	Operacionalización de variable actitud hacia la adhesión al tratamiento.	50
Cuadro 2.	Operacionalización de la variable sentido del humor	51
Cuadro 3.	Operacionalización de variables socio demográficas	52
Cuadro 4.	Estadísticos descriptivos e índice de fiabilidad para la escala Multidimensional del Sentido del Humor, MSHS	55
Cuadro 5.	Estadísticos de contraste para la variable género	55
Cuadro 6.	Puntuaciones medias en la escala MSHS según variable edad	56
Cuadro 7.	Distribución de frecuencias por Sexo	65
Cuadro 8.	Distribución de frecuencias por edad	66
Cuadro 9.	Distribución de frecuencias por tiempo de diagnóstico	66
Cuadro 10.	Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala Multidimensional del Sentido del Humor.	67
Cuadro 11.	Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes Diagnosticados con Diabetes Tipo II	67
Cuadro 12.	Análisis de homogeneidad de la muestra (Prueba de Mann-Whitney) y Análisis descriptivo de las variables edad, tiempo de diagnóstico, puntuación neta de sentido del humor y puntuación neta de la actitud hacia la adhesión al tratamiento en relación al sexo	69

	pág.
Cuadro 13. Análisis comparativo para verificación de hipótesis alternativas (Test de Kruskal-Wallis).	70
Cuadro 14. Correlación no paramétrica Rho de Spearman	71

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo A.	Escala Multidimensional del Sentido del Humor MSHS Realizado por Thorson y Powell (1993) Validado por Carbelo Baquero Begoña (2005).	89
Anexo B.	Cuestionario para la evaluación de contenido utilizando criterios de expertos.	91
Anexo C.	Prueba piloto. Escala De Actitud Hacia la Adhesión Al Tratamiento En Pacientes Diagnosticados Con Diabetes Mellitus Tipo II.	96
Anexo D.	Consentimiento Informado	98

RESUMEN

Con el propósito de determinar la relación entre el Sentido del Humor y la Adhesión al Tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II de la ciudad de Neiva, se llevó a cabo una investigación cuantitativa, no experimental y se utilizó un diseño transversal correlacional.

La población de estudio estuvo conformada por 1078 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II que habían acudido a tratamiento y controles médicos en la E.S.E Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva entre los años 2010 y 2011 y se encontraban registrados en su base de datos. Para la selección de la muestra se empleó un muestreo no probabilístico, por intencionalidad o conveniencia y se incluyeron todos aquellos pacientes que cumplían a cabalidad los criterios de inclusión, que en este caso fueron 69 pacientes; con el fin de evitar sesgos a la hora de interpretar los datos estadísticos, se realizó un ajuste a la muestra y se realizó el análisis a las puntuaciones de 44 sujetos

La recolección de la información se realizó por medio de la aplicación de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor elaborada por Thorson y Powell en 1991 y traducida al español por Carbelo en el 2005, la segunda escala empleada fue la de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II elaborada por las autoras de esta investigación, estas son escalas autoaplicables que constan de 24 y 22 ítems respectivamente.

Se encontró que en la variable edad las medias estuvieron ubicadas en los 58.41 años para los sujetos de sexo femenino y de 60.68 años para sexo masculino, existiendo sujetos en edades comprendidas entre los 42 y los 78 años. Se encontró que entre los sujetos que fueron evaluados mediante la escala multidimensional de sentido del humor y escala de actitud hacia la adhesión existe una correlación lineal positiva en prueba de coeficiente de correlación de Spearman de 0.3, dando como resultado que la correlación entre sentido del humor y la actitud hacia la adhesión al tratamiento es baja pero significativa. Se infiere entonces que a mayores niveles de humor, mejores y mayores niveles de adhesión terapéutica en los sujetos participantes.

Palabras Claves. Diabetes Mellitus Tipo II, Adhesión al Tratamiento, Sentido del Humor, Correlación.

ABSTRACT

In order to determine the relationship between the Level of sense of humor and the attitude towards the Adherence of treatment in patients diagnosed with Mellitus Diabetes Type II of the city of Neiva, was carried out a quantitative investigation, with a type of non-experimental study and a Correlational Studies.

The study population was conformed by 1078 diagnosed patients to Mellitus Diabetes Type II that have gone to treatment and medical check-ups in the E.S.E Carmen Emilia Ospina of the city of Neiva between 2.010 and 2.011. They were registered in their data base. For the selection of the sample was used a non-probabilistic sampling, by intentionality or convenience and were including 69 patients who fulfilled the selection criterion. With the purpose to avoid mistakes with the processing of statistical data, an adjustment to the sample was realised and the analysis to the scores of 44 subjects was realised.

The harvesting of the information was realised through the application of the Multidimensional Scale of the Sense of the Humor which was created by Thorson and Powell in 1991 and translated to the Spanish by Carbelo in 2005. The second scale which was used was the scale of Adherence of Treatment in patients diagnosed with Mellitus Diabetes Type II created by the authors of this investigation. These are self-report scales that consist respectively of 24 and 22 items.

It was found that the average of the age were located in the 58,41 years old for women and 60,68 years old for men. Also it was found that the people who were evaluated for both of the scales, the multidimensional scale of sense of the humor and the scale of attitude to the adhesion, shown a positive linear correlation of coefficient of correlation of Spearman of 0,3, giving as a result, that the correlation between sense of humor and the adherence of treatment is low but significant. It is inferred that to majors levels of humor, better and majors levels of therapeutic adhesion in the participant subjects.

Key words: Diabetes mellitus type II, Adherence of treatment, Sense of Humor, Correlation.

INTRODUCCIÓN

Por medio del presente trabajo, se buscó brindar un aporte empírico acerca de la relación existente entre el sentido del humor y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II de la ciudad de Neiva.

En el campo de la psicología de la salud, el tema del cumplimiento de las indicaciones médicas en enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus Tipo II, ha sido considerado de gran importancia por la misma debido a las implicaciones sociales y familiares que recaen en el paciente. Además se debe tener en cuenta que la solución a esta problemática se encuentra aún en proceso y que las investigaciones sobre todo a nivel regional en el área de la salud son muy escasas dejando a los profesionales encargados de tratar a estos pacientes con muy pocas herramientas para la realización de esta importante labor.

Es por lo anterior que recae en el campo de la psicología la necesidad de generar investigaciones que ayuden a comprender un poco más la problemática así como el proponer nuevas variables tales como el sentido del humor que posibiliten desde lo subjetivo y comportamental la realización de nuevos planes de intervención para esta población con el fin de mejorar su estado de salud y por consiguiente su calidad de vida.

Es por esto que en el presente estudio se trabajaran las variables sentido del humor y actitud hacia la adhesión al tratamiento a través de la aplicación de dos escalas tipo Likert: "Escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II" y la "Escala multidimensional del sentido el humor (MSHS)", en una muestra de 44 pacientes que reciben tratamiento en la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, con el fin de obtener datos que puedan convertirse en una contribución importante en el desarrollo del campo de la Psicología en la región Surcolombiana.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, la comunidad de profesionales de la salud ha puesto mayor interés en el estudio de la relación existente entre la salud física y mental del sujeto, al tiempo que se han destinado esfuerzos investigativos para determinar cómo esta relación afecta significativamente la prevención, manejo y seguimiento de enfermedades crónicas tales como la Diabetes Mellitus Tipo II, la cual somete también a la persona a numerosas sintomatologías y complicaciones además de ocasionar problemas emocionales y desordenes psicológicos que afectan su calidad de vida y bienestar general¹.

La Diabetes Mellitus Tipo II se presenta como un problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en todo el mundo y cuya prevalencia va en continuo aumento, situación develada por un estudio realizado en Estados Unidos, el cual determinó que “uno de cada tres nacidos en el año 2000 desarrollará Diabetes a lo largo de su vida, motivo por el cual algunos autores creen que la enfermedad ha tomado proporciones epidémicas, existiendo actualmente unos 177 millones de enfermos en todo el mundo, de los cuales más del 90% son pacientes con Diabetes Tipo II. Sin embargo, las cifras globales de prevalencia en adultos oscilan entre el 4% y el 7%, muchos de ellos no diagnosticados”².

Este padecimiento no solamente causa estragos como enfermedad per se, sino que a largo plazo y sin el debido tratamiento es asociada a múltiples complicaciones crónicas como retinopatía (problemas visuales), nefropatía (daño o fallo renal), neuropatía y enfermedades cardiovasculares³. Estas complicaciones reducen la expectativa de vida de los pacientes de forma significativa, al igual que aumenta los costos para el individuo, dado los servicios ambulatorios y quirúrgicos, y para la sociedad misma, debido a la incapacidad que puede generar en los sujetos.

¹ JIMÉNEZ, María. DAVILA, Mariel. Psicodiabetes. En: Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 25, No 1 (2007); p. 126-143

²FRAGOZO, Argemiro; PINZÓN, Juan. Diabetes. En: Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 16, No 3 (2009); p. 118-129

³JIMENEZ, DAVILA, Op. cit., p. 126-143 .

Por lo anterior se puede decir que el objetivo primordial en el manejo y seguimiento del paciente con Diabetes, debe orientarse a reducir el riesgo de las complicaciones crónicas, que se presentan en estados avanzados de la enfermedad⁴. Es por esto, que la importancia del tratamiento, al igual que la actitud que presente el paciente frente a la adhesión al mismo, juegan un papel importante, y es en este sentido que el compromiso, responsabilidad y colaboración activa e intencionada del paciente ante el tratamiento y su nueva condición física y psicológica pueden ser determinantes para la mejora de su salud y por ende de su calidad de vida.

Siguiendo esta línea de pensamiento, es notable y frecuente que la situación del paciente muchas veces tiende a complicarse debido a la baja adhesión que tiene hacia el tratamiento de la Diabetes Mellitus, según Dunbar y Agras en el caso de las prescripciones de ingestión de medicamentos, entre el 33 y el 82% de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento del régimen y entre el 40 y el 50% de los pacientes no acude a la consulta médica para recibir el tratamiento curativo una vez que se ha diagnosticado la enfermedad⁵.

Esta situación en el caso de la Diabetes puede complicarse teniendo en cuenta que esta, es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales, pues somete a la persona que la padece a tratamientos complejos e intensivos que son en un 95% de su entera responsabilidad. Sumado a esto, tanto la enfermedad como su tratamiento interfieren en la vida cotidiana del paciente, produciendo en él estados de estrés y ansiedad que afectan su funcionamiento a nivel social y ocupacional⁶. Estas situaciones que generan cambios en el estilo de vida del paciente pueden producir problemas psicosomáticos que afecten de forma determinante su actitud hacia la adhesión al tratamiento, convirtiéndose esto en un serio problema, dado que se debe tener en cuenta que el no cumplimiento en las prescripciones médicas, puede producir un aumento en los problemas de salud, favoreciendo el progreso de la enfermedad y generando un aumento innecesario en los gastos no solo para el paciente y la comunidad, evidenciado en los altos costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad⁷.

⁴FRAGOZO, PINZON, Op. cit., p. 118-129.

⁵ LIBERTAD, Martín A.; GRAU, Jorge A. La investigación de la Adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. En: Psicología y Salud. Vol. 14, No 001 (2004); p. 89-99

⁶JIMENEZ, DAVILA, Op. cit., p. 126-143.

⁷ LIBERTAD, GRAU, Op. cit., p. 89--99.

Como una forma para minimizar esta problemática, son notables los esfuerzos que los profesionales de la salud han empleado para trabajar con personas diabéticas, al educar y ofrecer seguimiento a sus pacientes, siendo esta una solución que en muchas ocasiones no ha ofrecido los resultados esperados. Esto puede explicarse tanto en investigaciones como en la experiencia clínica, las cuales han revelado que aunque los pacientes tengan conocimiento sobre la Diabetes y su tratamiento, no es suficiente para que en estos se genere un cambio conductual y se aumente así la adhesión terapéutica⁸.

De las líneas anteriores se puede decir que el tema de la Adhesión al Tratamiento, en tanto comportamiento humano y conducta de salud, pese a que ha sido estudiado por la Psicología desde la década de los setenta, es considerado hoy en día como un problema no resuelto. Esto podría deberse principalmente a que “hay pocos estudios que fundamenten científicamente el comportamiento de este fenómeno y que aporten a los sistemas de salud y a la práctica médica las herramientas necesarias para comprender las causas de la falta de adhesión a los tratamientos y para contribuir a disminuirlas. De modo empírico y anecdótico, se reconoce la existencia de grandes dificultades en este proceso por parte de la mayoría de los profesionales de la salud, situación que se corrobora también en los resultados de las exploraciones realizadas sobre el tema, lo que avala la necesidad de proyectar trabajos de investigación en dicha dirección”⁹.

En el campo de la Psicología de la Salud, gran parte de los estudios e investigaciones realizadas en los últimos años y que se relacionan con el manejo de enfermedades crónicas, se han centrado en el tratamiento de la patología y no del sujeto, dejando de lado las potencialidades del individuo que pueden contribuir a la prevención y manejo de las mismas¹⁰. En este sentido, se puede evidenciar la necesidad que tiene la Psicología de explorar e incluir nuevas variables en futuros estudios relacionados con esta problemática, para que de esta forma se pueda generar conocimiento y posibles herramientas innovadoras para el tratamiento y control de enfermedades crónicas tan perjudiciales para el ser humano como es el caso de la Diabetes Mellitus Tipo II.

⁸ JIMENEZ, DAVILA, Op. cit., p. 126-143.

⁹ LIBERTAD, GRAU, Op. cit., 89-99.

¹⁰ VERA, Beatriz. Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la Psicología. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1(2006); p. 3-8

De la mano de estos esfuerzos por promover el estudio, uso y potencialización de estas variables manejadas en términos de fortalezas de ser humano, se encuentra una nueva rama de la Psicología conocida como la Psicología Positiva que tuvo sus orígenes en el año de 1998 en manos del Psicólogo estadounidense Martin Seligman¹¹; ésta cada día cobra mayor relevancia a nivel científico, al mostrar los beneficios que se pueden obtener al trabajar con las Emociones Positivas y no centrarse únicamente en la visión de enfermedad que se ha manejado dentro del campo de acción de la Psicología y otras ciencias.

Dentro de las fortalezas que se estudian en la Psicología Positiva se encuentra el Humor Positivo, que ha sido estudiado en países desarrollados, en diversos campos demostrando que genera beneficios psicológicos, físicos y sociales¹²; al ser esta una rama de estudio tan joven en Colombia, el número de trabajos con esta población es muy limitado, lo cual conlleva a un vacío de conocimiento, que representa nuevas alternativas de estudio de este concepto.

Por lo anterior, con el fin de realizar un aporte científico que ampliase el conocimiento sobre sentido del humor y actitud hacia la adhesión al tratamiento y que a su vez, estos dos factores contribuyan como herramientas innovadoras para el manejo de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el Sentido del Humor y la actitud hacia la Adhesión al Tratamiento de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II en la ciudad de Neiva?

¹¹CARBELO, Begoña.; JÁUREGUI, Eduardo. Emociones Positivas: Humor Positivo. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 18-30

¹² Ibid., p. 18-30

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe relación entre el Sentido del Humor y la Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, de la ciudad de Neiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer la actitud hacia la adhesión al tratamiento y el nivel de sentido del humor en pacientes diagnosticados Diabetes Mellitus Tipo II en la ciudad de Neiva.

Evaluar la relación existente entre Sentido del Humor y Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II en la ciudad de Neiva.

Analizar las posibles relaciones existentes entre las variables demográficas sexo, edad y tiempo de diagnóstico y las variables de estudio Sentido del Humor y Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento.

3. ANTECEDENTES

Para este trabajo de investigación se realizó una exploración teórica con el objeto de hallar estudios que cumplieran la función de línea base para el mismo. A continuación se evidencian los trabajos investigativos que demuestran el cumplimiento de esta labor:

- Estudio realizado en 2009 en la Universidad de Virginia se examinó la relación entre los niveles de glucosa en la sangre y el autorreporte del grado de Humor de 34 pacientes de 19 a 68 años diagnosticados con Diabetes Mellitus, se midió el nivel de Humor mediante una ficha de autorreporte con 40 afirmaciones relacionadas con el Humor, después se hacían tomas para verificar el nivel de glucosa en sangre, la conclusión a la que llegaron los investigadores fue: que los bajos niveles de Humor estaban asociados a los altos niveles de glucosa en sangre.¹³o que podría evidenciar que altos niveles de humor autorreportados, podrían tener un efecto en la disminución de los niveles de glucosa en sangre de los pacientes que participaron en la investigación.
- En el 2004 se publica el libro “El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas” escrito por William F. Fry Doctor en medicina y psiquiatra, profesor emérito de la Universidad de Stanford y Salameh, Waleed A, Psicólogo Clínico y consultor empresarial en San Diego, California, Director del Humor and Health Institute y editor del Humor and Health Journal . William F. Fry, desde los años 50 ha coordinado numerosos estudios psicológicos acerca del humor y la risa, en donde se hace una recopilación de los testimonios y experiencias de destacados profesionales clínicos que han descubierto los beneficios del humor en su práctica clínica, el libro señala que el humor tiene un papel eficaz y beneficioso que desempeñar en las intervenciones clínicas. Su empleo sensato en la psicoterapia presta un buen servicio a esta disciplina, y los

¹³ GONDER-FREDERICKA, Linda. ;COXA, Daniel. ; BOBBITTA, Sharon A. PennebakeraaU Virginia Medical Ctr, Blue Ridge Hosp Behavioral Medicine Ctr, Charlottesville. Mood changes associated with blood glucose fluctuations in insulin-dependent Diabetes Mellitus, 2009

psicoterapeutas y otros profesionales de la salud y de las relaciones humanas pueden mejorar el valor profesional que ofrecen a sus clientes al considerar el humor como un complemento deseable de su trabajo, extendiendo y enseñando el conocimiento que poseen sobre su valor.¹⁴

¹⁴ JAUREGUI NARVAEZ, Eduardo. El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas: Desclée de Brouwer, 2004. 354 p. (Serendipity : no.24) ISBN 8433019082

- Locus de control y actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis, esta investigación fue desarrollada en la universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva , por los estudiantes Jeison Fierro, Andrés Ávila, José Arango y Olga Patricia Tao. se utilizó un diseño de tipo descriptivo correlacional, con una muestra de 52 pacientes mayores de 18 años que reciben tratamiento en la Clínica Medilaser. La intención del estudio consistió en identificar la relación entre locus de control y actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis, para este fin se utilizaron los siguientes instrumentos de medición: Inventario de locus de control de Rotter y la escala tipo Likert de actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Los investigadores observaron a partir de los datos obtenidos que no existe relación significativa entre el locus de control interno y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal que reciben tratamiento de hemodiálisis. Sin embargo se observó una correlación de carácter negativo, lo cual puede sugerir, que a mayor orientación hacia el locus de control interno, la actitud hacia la adhesión al tratamiento será menos favorable en el paciente. Así mismo también se pudo evidenciar en los resultados que no existe relación significativa entre el locus de control externo y la actitud hacia la adhesión al tratamiento pero se observó una correlación de carácter positivo, lo cual puede significar que a mayor orientación hacia el locus de control externo, la actitud hacia la adhesión al tratamiento será favorable.

- 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.¹⁵ Esta investigación tuvo como objetivo probar la Escala de Adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II, versión III (EATDM III) la cual estaba compuesta por factores familiares, organización ,apoyo comunal, ejercicio físico, control médico, higiene, autocuidado, dieta y valoración de la condición física, la investigación se realizó en centros de salud públicos de la zona norte de Costa Rica, se aplicó a una muestra de 59 personas de ambos géneros entre febrero y

¹⁵ VILLALOBOS, PÉREZ, Alfonso; QUIRÓS MORALES, Diego ; LEÓN SANABRIA, Giovanni ; SÁENZ , Brenes, Juan C. 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. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* [en línea] 2007, vol. 3 [citado 2011-05-10]. Disponible: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67930102>>. ISSN 1794-9998

marzo de 2006 El instrumento demostró una confiabilidad alta de (0,92). Se obtuvieron correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre cada factor y en la relación factores-escala total. La EATDM-III.

Se observó que el instrumento es útil para medir la adhesión al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, posee una adecuada consistencia interna y estructura factorial coherente a la literatura especializada. Los coeficientes de correlación entre factores permitieron detectar la relación que existe entre los diversos aspectos vinculados a la adhesión al tratamiento, resaltando la importancia que sobre los demás ejercen la valoración de la condición física y el apoyo familiar, se describió, mediante el uso de índices por factor, cuales aspectos de la adhesión al tratamiento se encontraron por debajo de lo esperado, siendo la organización y apoyo comunal, el ejercicio físico y la valoración de la condición física los más bajos. La relación entre los eventos conductuales vinculados a los controles médicos de la enfermedad, el seguimiento de las dietas y la higiene y el autocuidado, fueron en general bajas, lo cual sugiere que estos factores deberían ser explorados con más detalle en futuras investigaciones.

Cabe anotar que en la búsqueda que se realizó frente a los antecedentes del presente estudio, es poca la información que se encontró sobre investigaciones relacionadas con el sentido del humor, como tampoco aparecen estudios que correlacionen las variables de sentido del humor y adhesión al tratamiento.

4. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo II, al ser catalogada como una enfermedad crónica, afecta aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales lo cual, a su vez, repercute en aspectos biográficos del sujeto y de su personalidad según los recursos psicológicos de los que disponga. En otras palabras, la patología para el paciente no es lo más difícil de afrontar, sino que los estados emocionales suscitados por la enfermedad pueden incidir y alterar la forma como él percibe los cambios en su contexto, generando así, un impacto entre él y su entorno¹⁶.

De igual modo las emociones tienen un claro impacto en la salud y en el bienestar de la persona. Según Fernández Castro¹⁷ algunas tendencias emocionales permanentes pueden llegar a ser factores específicos de riesgo para enfermedades concretas, pues existe una estrecha relación entre el tipo de emoción y el tipo de enfermedad, además refiere que las emociones también pueden incidir en el curso de las enfermedades de manera que pueden llegar a ser decisivas en el estado psicológico y biológico del paciente.

En este sentido, las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo II, pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones tales como, coraje, depresión, ansiedad y pérdida de valor por la vida¹⁸. Estos sentimientos pueden conllevar a que la persona asuma una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una Diabetes descontrolada, con variaciones en los niveles de azúcar, que a su vez pueden producir cambios en su estado de ánimo.

¹⁶ OLVERA MÉNDEZ, Juana. SORIA, Marisela Roció. La importancia de la Psicología de la Salud y el papel del Psicólogo en la Adherencia al Tratamiento en pacientes infectados con VIH. En: Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 11 No 4 (Diciembre de 2008); P. 149-158

¹⁷ FERNANDEZ, Referenciado por PRADA, Eliana Cecilia. Psicología Positiva & Emociones Positivas [en línea]. <<http://www.Psicología-positiva.com/Psicologiapos.pdf>> [citado en 23 de febrero de 2011]

¹⁸ JIMÉNEZ, DAVILA, Op. cit., p. 126-143

Es en este momento donde la Adhesión al Tratamiento empieza a desempeñar un rol fundamental en el curso de la enfermedad, pues las prescripciones médicas están pensadas para que por medio de una serie de conductas y acciones que el paciente debe llevar cabo, mejore su calidad de vida al tiempo que combate los efectos nocivos derivados de la enfermedad, ejerciendo un control adecuado sobre el padecimiento. Esto se traduce en que, “a pesar de no existir una cura para la Diabetes Mellitus Tipo II, existen métodos para mantener la salud de los pacientes, controlando sus niveles de glucosa y mejorando el control de la enfermedad”¹⁹, pero esta serie de seguimientos conductuales pueden conllevar a que el sujeto perciba a la enfermedad como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o como un alivio a responsabilidades y situaciones personales²⁰ según sea la percepción del sujeto.

“El paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus Tipo II correctamente tratado puede disfrutar de una calidad de vida similar a la de personas sanas. Por lo tanto los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de ofrecer ciertos patrones de comportamiento que contribuyan a mejorar su estilo de vida, el cual se ve afectado por la patología”²¹.

Según Begoña Carbelo²² la salud necesita ser cuidada en condiciones óptimas y la adaptación a la enfermedad se facilita desde un estado mental positivo que se desarrolla voluntariamente con el fin de alcanzar cierto grado de felicidad. También afirma que se ha constatado que cierto control sobre las emociones negativas en cada individuo permite llevar una vida más adaptada al entorno y con una mayor percepción sobre la calidad de vida.

Desde esta perspectiva, el Humor resulta ser importante por que brinda una atmosfera que posibilita una mejor comunicación con los pacientes y relaja el ambiente para abordar de manera efectiva los problemas de salud, contribuyendo a optimizar la Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento médico, salud y calidad de vida del paciente.

¹⁹ CORBACHO ARMAS, Kelly.; PALACIOS GARCÍA, Nícida ; VAIZ BONIFAZ, Rosa. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. En: revista de enfermería herediana. Vol. 2, No 1 (2009); p.26-31

²⁰LIBERTAD, GRAU, Op. cit., p. 89-99

²¹CARBELO BAQUERO, Begoña. El humor en la relación de pacientes, una guía para profesionales de salud: Humor y disciplinas relacionadas con la Salud. Barcelona: Masson, 2005. 223 p. ISBN 84-458-1440-0

²²Ibid., p. 223

Es por esta razón que resultó pertinente realizar un estudio que permitiera esclarecer el vacío de conocimiento en esta área de la salud relacionada con el Sentido del Humor, tomando como referente teórico la Psicología Positiva y las Emociones Positivas, con el fin de generar nuevos discernimientos que aportarán información útil para lograr un mejor manejo de los pacientes al intentar aumentar la Actitud hacia la Adhesión en su tratamiento médico, teniendo en cuenta que sobrellevar la Diabetes Mellitus Tipo II resulta difícil para algunos sujetos.

Por lo tanto esta investigación buscó realizar una contribución a los conocimientos relacionados con la Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento y los factores que pudieran contribuir a un mejor manejo de la enfermedad, como lo es el Sentido del Humor, en carácter de promoción y calidad de vida de los pacientes, incorporándolos al tratamiento integral de esta enfermedad, lo que vuelve importante y necesario el tema a investigar.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología desde sus inicios ha tenido en cuenta los aspectos positivos y negativos del funcionamiento humano y ha desarrollado métodos de intervención eficaces para tratar muchos de los problemas psicológicos que afectan al hombre en su diario vivir, no obstante, en cuanto a la mejora de las fortalezas y cualidades del individuo para promover su bienestar, la Psicología no ha tenido mayor avance²³.

Parte de esta situación se debe a que por razones muy complejas, durante muchos años la Psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología, y el estudio de lo positivo ha quedado relegado y reemplazado por el estudio de sus contrarios. Una explicación podría ser, que la “Psicología se ha visto impulsada a cubrir otras demandas más urgentes, ligadas a la lucha contra la enfermedad, el sufrimiento, o la pobreza y sólo recientemente ha podido explorar con sus herramientas terrenos más abandonados como son el estudio de las fortalezas cualidades y Emociones Positivas”²⁴.

Para resolver esta necesidad “la Psicología ha comenzado muy recientemente a aceptar como un objeto relevante de estudio el bienestar subjetivo y afrontar directamente, como un deber programático académico, la exploración de las fortalezas humanas y de los factores que contribuyen a la felicidad de los seres humanos”²⁵, esto teniendo en cuenta que el modelo patológico adoptado por tantos años centrado en evitar o eliminar las emociones negativas, no ha podido dar soluciones satisfactoria a la prevención de trastornos mentales y problemas psicológicos del hombre. En este sentido aparece como una solución la Psicología Positiva centrada en la construcción sistemática de competencias que pueden actuar como barrera o amortiguadores contra los trastornos mentales²⁶.

²³ VÁZQUEZ, Carmelo. La Psicología en perspectiva. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 1-2

²⁴ Ibid., p. 1-2

²⁵ Ibid., p. 1-2

²⁶ VERA, Op. cit., p. 3-8

“El término Psicología Positiva ha sido desarrollado por Martin Seligman, investigador que, habiendo dedicado gran parte de su carrera al trastorno mental y al desarrollo de conceptos como la indefensión aprendida, ha dado un giro radical en su orientación, elaborando y promoviendo una concepción más positiva de la especie humana. La Psicología Positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías”²⁷.

Por lo anterior la Psicología Positiva es entendida como una “rama de la Psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y Emociones Positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la Psicología. El objeto de este interés no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen a los individuos, sino también para alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud”²⁸.

5.1.1 Emociones Positivas. Las Emociones Positivas son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para el sujeto. Estas emociones producen una sensación agradable y placentera a corto plazo, que pueden generar múltiples beneficios más duraderos en la persona que los vivencia; cuando las personas experimentan sentimientos positivos se modifican sus formas de pensamiento y acción, se incrementan sus patrones para actuar en ciertas situaciones mediante la optimización de los propios recursos personales en el nivel físico, psicológico y social, en la actualidad .hay suficientes datos para afirmar que las Emociones Positivas potencian la salud y el bienestar, favorecen el crecimiento personal, permitiendo sentimientos de satisfacción con la propia vida, tener esperanza, ser optimista y percibirse más feliz²⁹.

Dentro del marco de la Psicología Positiva, numerosos Psicólogos como Seligman y Csikszentmihalyi, entre otros, han comenzado a investigar los beneficios y la función adaptativa que posee las Emociones Positivas. En este sentido, el cultivo de estas emociones se está convirtiendo en un valioso recurso terapéutico y

²⁷ VERA, Op. cit., p. 3-8

²⁸ Iblt., p. 3-8

²⁹ CONTRERAS, Françoise; ESGUERRA, Gustavo. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas* [online]. 2006, vol.2, n.2 [citado 2011-05-05], pp. 311-319. Disponible En: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1794-9998.

también en un poderoso recurso para transformar la vida ordinaria de muchas personas en algo pleno y satisfactorio³⁰.

Bárbara Fredrickson ha centrado su búsqueda investigativa específicamente en las Emociones Positivas y en su valor adaptativo. “Recientemente ha planteado la Teoría abierta y construida de las Emociones Positivas, que sostiene que emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis”³¹.

Entre estas Emociones Positivas se encuentra el Humor que es visto desde la Psicología Positiva como un importante pilar de la investigación, gracias a sus innumerables beneficios psicológicos, físicos y sociales.

5.2 HUMOR

El Humor al igual que otros constructos (como la creatividad y la resiliencia) ha sido definido desde diferentes perspectivas y modelos teóricos, por lo que es común encontrar en la bibliografía diferentes definiciones para lo que hace alusión este concepto.

Desde la Psicología Positiva, Martin Seligman³² habla del Sentido del Humor como una de las fortalezas del ser humano, y agrega que es una capacidad para experimentar y estimular una reacción muy específica, la risa (observable o no), y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo. Por otro lado, desde este modelo psicológico, Rod Martin³³, autor que hace sus aportes en la enciclopedia de Psicología Positiva, menciona que el Humor hace referencia a un conjunto bastante amplio de los fenómenos asociados con la creación, percepción

³⁰ VECINA JIMÉNEZ, María Luisa. Emociones Positivas. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 6-17

³¹ FREDRICKSON, Bárbara. Referenciada por VECINA JIMÉNEZ, María Luisa. Emociones Positivas. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 9

³² SELIGMAN, Martin. Referenciado por CARBELO, Begoña. Emociones Positivas: Humor Positivo. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 18-30

³³ MARTÍN, Rod. Humor. En: LÓPEZ, Shane. The Encyclopedia of Positive Psychology. Oxford: Wiley Blackwell, 2009. p. 503-508

y disfrute de las ideas divertidas, cómicas o incongruentes en bromas situaciones o eventos, es decir, que el Humor es la palabra utilizada para referirse a estímulos divertidos, a los procesos cognitivos implicados con la creación o la percepción de la comicidad y a la emoción alegre que se asocia con ella, al tiempo que es una característica de la personalidad que tiene que ver con la tendencia a disfrutar de la incongruencia Humorística o la capacidad para divertir a los demás o hacer reír.

Resulta importante mencionar que, aunque no se puede especificar un consenso entre los diferentes autores respecto a la definición del constructo, todos los aportes teóricos tienen implícita la idea del Humor y la risa como aspectos universales de la experiencia humana, pues estos se producen en todas las sociedades y prácticamente en todas las personas del mundo. “A pesar de las diferentes culturas, existen propias normas sobre el objeto compatible del Humor y los tipos de situaciones en las que la risa se considera apropiada, los sonidos de la risa no se distinguen de una cultura a otra. Los bebés humanos empiezan a reír en respuesta a las acciones de otras personas por cerca de cuatro meses de edad. El carácter innato de la risa ha sido ampliamente demostrado por el hecho de que los niños nacidos sordos y ciegos se han informado debidamente a reír sin haber percibido la risa de los demás”³⁴. Es decir el Humor se puede catalogar como un potencial innato del ser humano teniendo en cuenta que estos infantes con discapacidades visuales y auditivas experimentan el Humor y la risa sin percibirla y aprenderla con anterioridad.

Continuando con las diferentes definiciones del Humor, “Martin, Puhlik, Larsen, Gray y Weir desarrollaron un modelo teórico en el cual diferencian cuatro estilos de Humor según las funciones que cumplen: dos son considerados adaptativos o benignos (Afiliativo y de Mejoramiento personal) y dos desadaptativos o perjudiciales (Agresivo y Autodescalificador). El Humor de Mejoramiento personal es expresado como una visión Humorística de la vida y como un mecanismo para enfrentar el estrés; el Humor Afiliativo refleja la tendencia a compartir con otros contando chistes y siendo cómico, permitiendo el mantenimiento de las relaciones interpersonales y facilitando la evitación de conflictos; el Humor Autodespreciativo se utiliza para divertir a otros a expensas del sí mismo, implica la autoridiculización y el congraciarse con otros mediante la desvalorización personal; y el Humor Agresivo es caracterizado por el uso del Humor Ofensivo, que humilla al otro, el uso del sarcasmo y la diversión para desvalorizar a los demás”³⁵.

³⁴ Ibid., p 504

³⁵ DE ANELLO, Silvana. BARREAT, Yariana. DE ORAZIO, Ana. ESCALANTE, Gregorio. Incidencia del sentido de humor y la personalidad sobre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) en docentes. En: EDUCERE – Investigación arbitrada. Vol. 13, No 45 (2009); p. 439-447

El modelo descrito por Thorson y Powell³⁶, los creadores iniciales de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS), está compuesto por cuatro dimensiones que se implican mutuamente y en consecuencia poseerlas en alto grado sería indicativo de un elevado Sentido del Humor en la persona. Estas dimensiones se caracterizan de la siguiente manera:

- Creación o generación del Humor: Esta dimensión describe a la persona ingeniosa, graciosa, a la que le resulta fácil ver el sentido cómico de las cosas, al tiempo que posee la característica de reír fácilmente. En este caso Humor se explica como la capacidad o conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que inducen a reír a los demás.
- Uso del Humor para hacer frente a la vida: Implica la capacidad para el Humor o el conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que tiene una persona para afrontar los fracasos, problemas y dificultades sin hundirse. Es decir, que a pesar de las circunstancias y preocupaciones, las personas logran encontrar salidas con Humor en situaciones negativas y mostrarse alegres en situaciones difíciles, riendo incluso en los malos momentos.
- Reconocimiento y apreciación del Humor: Se relaciona con un conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que tiene una persona para sentir alegría de vivir, disfrutar de la vida y de las cosas pequeñas. En este caso Humor es la capacidad subjetiva para ver lo positivo de la vida.
- Actitudes hacia el Humor y uso del mismo en situaciones sociales: Se trata de una dimensión que hace referencia a la capacidad para generar Humor fácilmente en compañía de otras personas.

³⁶THORSON, J.A. POWELL, F.C. Referenciados por CARBELO BAQUERO, Begoña. Estudio del Sentido del Humor: Validación de un instrumento para medir el Sentido del Humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Alcalá, 2005, 217 h. Tesis de doctorado (doctora en Psicopedagogía y Educación física). Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación física

“Estas dimensiones tratan de unificar aspectos muy generales del Humor. Por ejemplo, la experiencia de Humor de las personas en sus vidas. No se refieren tanto a preferir un tipo u otro de Humor, o a centrarse en lo que se entiende por el mismo. Con estas dimensiones queda más claro que las personas tienden a percibir, interpretar, crear o disfrutar del Humor en una amplia gama. Estas dimensiones serán aptas siempre que en el futuro estén en permanente contraste entre generaciones y culturas, ayudando a que la investigación arroje más luz al constructo. De hecho, la investigación no ha hecho más que empezar”³⁷.

Es necesario citar a Eysenck, pues su importancia se debe a que fue pionero en teorizar el constructo del Humor por lo cual merece ser citado en este espacio, dado que su aporte es el pilar de este y muchos otros trabajos.

Este autor “explica un modelo basado en tres aspectos básicos del Humor que, posteriormente, han reinterpretado otros autores. Este Psicólogo citó el ingenio, o la capacidad de las personas para interpretar las cosas de una forma divertida, e investigó las posibles dimensiones del Humor y explicó con un sencillo esquema triangular los componentes subyacentes al Humor, que en su vértice afectivo, subyace una emoción básica que es la alegría. Ese componente emocional de alegría de la persona que ríe ante un suceso puede ir acompañado de otras emociones. El tercer vértice al que hacía referencia Eysenck es el conativo, como una especie de adaptación superior en la que el Humor se traduce en fenómeno adaptativo, como si la persona aprendiera a adaptarse a la situación, al experimentarla de manera divertida”³⁸.

Por último, en este recorrido teórico retomaremos el concepto elaborado por Carbelo en el 2005, y que pensamos está incluido en nuestra propia acepción “es el equilibrio dinámico entre lo que sucede y la forma de interpretarlo, e incluye la percepción de la situación por parte del sujeto, la interpretación de lo percibido y una respuesta, en este caso divertida, que capacita a la persona para ser más hábil en adaptarse a lo que le sucede, pero de manera simpática y alegre. El humor se puede integrar en un conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que ayudan a la persona a disfrutar de la vida, a mantener un

³⁷ CARBELO BAQUERO, Begoña. Estudio del Sentido del Humor: Validación de un instrumento para medir el Sentido del Humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Alcalá, 2005, 217 h. Tesis de doctorado (doctor en Psicopedagogía y Educación física). Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación física.

³⁸ EYSENCK, H. J. Referenciado por CARBELO BAQUERO, Begoña. Estudio del Sentido del Humor: Validación de un instrumento para medir el Sentido del Humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Alcalá, 2005, 217 h. Tesis de doctorado (doctor en Psicopedagogía y Educación física). Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación física.

espíritu alegre y a pensar en positivo, transmitiendo confianza, afecto y acercamiento, considerando el mismo como una actitud vital que enriquece las vivencias personales transmitiéndose a los demás”³⁹.

5.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Son muchas las definiciones que se han dado de enfermedad crónica (EC), según un informe de la OMS (Organización Mundial de la Salud) del 2002, en epidemiología se entienden como enfermedades crónicas aquellas de alta prevalencia, larga duración y no curables, siendo estas las principales causas de mortalidad en el mundo⁴⁰.

Otra definición, quizás una de las más acertadas por su sencillez, es la que hace Nobel en 1991 definiéndolas como “un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo. Se trata por tanto de un problema que abarca a todos los grupos de edad... Producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen. Las enfermedades crónicas constituyen un desafío importante que ha debido asumir la salud pública en el último siglo”⁴¹.

5.4 DIABETESMELLITUS

5.4.1 Definición. “La Diabetes Mellitus es una enfermedad glandular causada por un desorden del metabolismo caracterizada por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia con el daño a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos”⁴².

³⁹CARBELO, Op. cit., 83-139

⁴⁰ALDASORO, Ane. Cuidados de enfermería al niño con patología respiratoria crónica. [en línea]. <<http://www.congresoaeop.org/2009/agenda/docs/19384.pdf>>[citado el 30 de abril del 2011].

⁴¹ AVELLANEDA, A.; IZQUIERDO, M.; TORRENT-FARNELL, J. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque socio sanitario. En: An. Sist. Sanit. Navar. Nº 2. Vol. 30, (mayo-agosto 2007); PP 117-190

⁴² DOLGER, Henry. Cómo vivir con la diabetes. edit. Diana. México, 1997. 12 p. ISBN: 9681305841

Esta enfermedad no es curable pero se puede controlar si recibe una atención médica adecuada. La causa real y exacta de esta enfermedad hasta la fecha se desconoce, más en todos los casos que se presenta, muestra problemas con el mecanismo de la insulina, ya sea la ausencia de esta o que no funcione de manera correcta en el organismo. La Diabetes Mellitus se clasifica en: Diabetes Tipo I, Diabetes Tipo II, Diabetes gestacional o de embarazo e Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada⁴³.

5.4.2 Clasificación⁴⁴. En 1997 la Asociación Americana de Diabetes(ADA), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar Diabetes(también tienen mayor riesgo cardiovascular).

- Diabetes Mellitus Tipo I. Caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes).Se distinguen dos sub-grupos:
- Diabetes Autoinmune. Con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos antiisletos (ICAs), antiGADs (*decarboxilasa del ac. glutámico*) y anti tirosina fosfatasas IA2 e IA2 β. Esta forma también se asocia a genes HLA.
- Diabetes Idiopática. Con igual comportamiento metabólico, pero sin asociación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA.
- Diabetes Mellitus Tipo I. Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida

⁴³ *Ibid.*, p. 36-38

⁴⁴ Diabetes Mellitus definición y etiopatogenia. [en línea]. <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/IntegradoTercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/DiabetesMellitus.pdf>> [citado en 8 de septiembre de 2010]

(multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere)

5.4.3 Etiopatogenia de la Diabetes Tipo II⁴⁵. Su naturaleza genética ha sido sugerida por la altísima concordancia de esta forma clínica en gemelos idénticos y por su transmisión familiar. Si bien se ha reconocido errores genéticos puntuales que explican la etiopatogenia de algunos casos, en la gran mayoría se desconoce el defecto, siendo lo más probable que existan alteraciones genéticas múltiples (poligénicas).

El primer evento en la secuencia que conduce a esta Diabetes es una resistencia insulínica que lleva a un incremento de la síntesis y secreción insulínica, e hiperinsulinismo compensatorio, capaz de mantener la homeostasia metabólica por años. Una vez que se quiebra el equilibrio entre resistencia insulínica y secreción, se inicia la expresión bioquímica (intolerancia a la glucosa) y posteriormente la Diabetes clínica. Los individuos con intolerancia a la glucosa y los diabéticos de corta evolución son hiperinsulinémicos y esta enfermedad es un componente frecuente en el llamado Síndrome de Resistencia a la Insulina o Síndrome Metabólico.

Otros componentes de este cuadro y relacionados con la insulina-resistencia e hiperinsulinemia son hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad tóraco-abdominal (visceral), gota, aumento de factores protrombóticos, defectos de la fibrinólisis y aterosclerosis. Por ello, estos sujetos tienen aumentado su riesgo cardiovascular. La obesidad y el sedentarismo son factores que acentúan la insulina-resistencia. La obesidad predominantemente visceral, a través de una mayor secreción de ácidos grasos libres y de adipocitoquinas (factor de necrosis tumoral alfa, interleuquinas 1 y 6) y disminución de adiponectina, induce resistencia insulínica. Si coexiste con una resistencia genética, produce una mayor exigencia al páncreas y explica la mayor precocidad en la aparición de Diabetes

⁴⁵ ESCUELA DE MEDICINA: Curso integrado de clínicas médico-quirúrgicas. Apuntes de la fisiopatología de sistemas: complicaciones agudas de la diabetes mellitus. [en línea]. <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/ApFisiopSist/nutricion/Nutricion3.html>> [citado en 9 de septiembre de 2010]

Mellitus Tipo II que se observa incluso en niños, pero que en su mayoría se presenta en personas mayores de 40 años⁴⁶.

Para que se inicie la enfermedad que tiene un carácter irreversible en la mayoría de los casos, debe asociarse a la insulina-resistencia un defecto en las células beta. Se han postulado varias hipótesis: agotamiento de la capacidad de secreción de insulina en función del tiempo, coexistencia de un defecto genético que interfiere con la síntesis y secreción de insulina, interferencia de la secreción de insulina por efecto de fármacos e incluso por el incremento relativo de los niveles de glucosa y ácidos grasos en la sangre (glucolipototoxicidad).

La Diabetes Mellitus Tipo II es una enfermedad progresiva en que a medida que transcurren los años su control metabólico de va empeorando producto de la resistencia a la insulina y a mayor deterioro de su secreción. Cuando un paciente es diagnosticado con esta enfermedad su deterioro psicológico es notorio debido a los cambios a los cuales se ve enfrentado desde el primer momento de su detección.

5.4.4 Perspectiva global de la diabetes. El diabetólogo Joslin⁴⁷, especifica que el esquema terapéutico de la Diabetes está conformado por tres elementos: la alimentación, el ejercicio físico y los fármacos antidiabéticos (insulina, farmacología oral y ambos). Esta idea ha tenido múltiples y variadas representaciones gráficas, ejemplificadas dentro de un sistema de balanzas.

La Diabetes debe ser atendida como una enfermedad profundamente dinámica, de modo que su tratamiento sea eficaz y flexible, por lo que la rigidez y la inmovilidad no favorecen el desarrollo sintomático del paciente, pues se deben aplicar frecuentes retoques al tratamiento. Además, estas adaptaciones deben llevarlas a cabo las propias personas afectadas, lo cual exige un importante nivel de conocimiento y habilidad en relación con su enfermedad para integrarse a cualquier situación ejercidas por las condiciones del malestar⁴⁸.

⁴⁶ JIMÉNEZ, María; DÁVILA, Mariel. Psicodiabetes. EN: Avances en Psicología Latinoamericana (Bogotá). Vol. 25. p, 126-146

⁴⁷ JOSLIN. Referenciado por FIGUEROLA, Daniel. Enfermedades endocrinológicas. [en línea]. <<http://www.medicinadelcant.com/cast/14.pdf>> [Citado en 9 de septiembre de 2010]

⁴⁸ FIGUEROLA, Daniel. Enfermedades endocrinológicas. [en línea]. <<http://www.medicinadelcant.com/cast/14.pdf>> [Citado en 9 de septiembre de 2010]

El tratamiento de la Diabetes debe ser contemplado desde una perspectiva global o integral, es decir, biomédica, social y psicológica. Esta consideración no obedece solamente a planteamientos éticos o estéticos, sino que es la base de la eficacia elemental⁴⁹.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta cuando se aborda el tratamiento de la Diabetes es la notable capacidad evolutiva de la enfermedad, de modo que a lo largo del tiempo el tratamiento podrá cambiar de forma sustancial. Así, los pacientes diabéticos tipo II a menudo empiezan su dolencia con una primera fase de elevado componente de insulinoresistencia, a la que sigue otra de equilibrio, para terminar con una situación de insulinopenia acusada. Si esta posibilidad no se ha planteado de una forma adecuada desde un buen principio, cuando años después la circunstancia metabólica obliga a proponerle la insulina, el individuo tiene siempre la percepción de que ha empeorado su salud. Lamentablemente, es muy habitual que en el momento del diagnóstico de estos pacientes que su Diabetes es leve y que afortunadamente, podrá tratarse con comprimidos hipoglucemiantes sin necesidad de inyectarse insulina⁵⁰

5.4.5 Condiciones psicológicas en la Diabetes Mellitus Tipo II. Cuando se diagnostica una enfermedad como la Diabetes, se indica parte de la vida que ha llevado la persona enferma, es decir, que hay cierto grado de sufrimiento. El diagnóstico de esta enfermedad genera un impacto psicológico que influye en el progreso de la misma. De acuerdo a la concientización de lo que esto implica, se decide vivir con este padecimiento, de una manera adecuada o inadecuada⁵¹ alterando patrones de comportamiento de la persona que ha sido diagnosticada con Diabetes Mellitus Tipo II.

Es conocido que el diagnóstico de Diabetes se asocia a diversas condiciones psicológicas de índole físicas, personales y sociales, que pueden afectar el grado de control metabólico en dichos pacientes. Según estudios realizados como el de Liczyszyn, Anderson, Talbot y Garard, las personas que padecen Diabetes son dos

⁴⁹ *Ibíd.*, p..

⁵⁰ FIGUEROLA, Daniel. Objetivo del Tratamiento y esquema terapéutico. En: FIGUEROLA, Daniel. Diabetes. Barcelona: Masson S.A., 2003. p. 54-56

⁵¹ SALAZAR, Isabel Cristina. VENTURA DE CHAPAVAL, Mónica. Evaluación y tratamiento psicológico de la Diabetes Mellitus. En: ARRIVILLAGA QUINTERO, Marcela. CORREA SÁNCHEZ, Diego. SALAZAR TORRES, Isabel Cristina. Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Madrid: editorial manual moderno, 2007. 54 p

veces más propensas a sufrir Depresión⁵², por lo tanto enfrentarse a una enfermedad crónica como la Diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado, como en la cotidianidad de la experiencia familiar, dado que los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir.

“En la medida en que resulta imposible curar la Diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta, que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas⁵³ como la Depresión y la Ansiedad que afectan igualmente la calidad de vida y el estado de salud del paciente”⁵⁴.

Estas emociones pueden inmovilizar a las personas en sus esfuerzos por participar activamente en el autocontrol de su enfermedad y a menudo el temor provocado por la falta de conocimientos, es una causa subyacente de la incapacidad para actuar; Los hallazgos de algunas investigaciones confirman la presencia de una relación significativa entre la depresión y las complicaciones crónicas de la Diabetes como la retinopatía, nefropatía, neuropatía, alteraciones vasculares y disfunción sexual. El padecer Depresión no solo afecta el estado anímico del paciente sino que además influye notablemente en su Adhesión al Tratamiento y en la aceptación de la enfermedad⁵⁵.

Por lo tanto, se pueden considerar tres principales factores (ansiedad, depresión y autoeficacia) que no solo afectan en la enfermedad como tal, sino que influyen en la percepción de la misma por parte del paciente, por lo que pueden ser causa

⁵² IICZYSZYN. ANDERSON. TALBOT. GARARD. Referenciado por GAVIRIA, Ana Milena. RICHARD, Camila. VALDERRAMA, María Isabel. Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II. Medellín, 2007, 1 h. trabajo de grado (Psicología). Universidad CES. Facultad de Psicología. Línea de investigación en clínica y salud

⁵³ LANE. Referenciado por GAVIRIA, Ana Milena. RICHARD, Camila. VALDERRAMA, María Isabel. Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II. Medellín, 2007, 1 h. trabajo de grado (Psicología). Universidad CES. Facultad de Psicología. Línea de investigación en clínica y salud

⁵⁴ LUSTRAN. JACOBSON. KOENIG. Referenciado por GAVIRIA, Ana Milena. RICHARD, Camila. VALDERRAMA, María Isabel. Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II. Medellín, 2007, 1 h. trabajo de grado (Psicología). Universidad CES. Facultad de Psicología. Línea de investigación en clínica y salud

⁵⁵ Ibid., p. 1

del no cumplimiento del tratamiento médico y nutricional por parte de los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus⁵⁶.

5.4.6 Diabetes Mellitus tipo II y la salud. La Diabetes Mellitus es considerada desde el área de la salud como una enfermedad crónica, tanto así que es vista como un problema de salud pública. Por tal motivo los profesionales de la salud han puesto su atención tanto en la prevención de su aparición como en la mejora de su control, tratamiento y pronóstico. Esta enfermedad puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante, con aumento de costos tanto a nivel personal como social, no sólo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil⁵⁷. “Por otro lado la Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene Diabetes Mellitus Tipo II. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, cerca del 63% de los diabéticos están sin diagnosticar, por lo tanto se encuentran predispuestos a complicaciones”⁵⁸.

La Diabetes Mellitus Tipo II tiene una especial importancia para el paciente que la padece debido a las dificultades que este debe enfrentar en el manejo y cumplimiento de su tratamiento, teniendo en cuenta que para lograr un adecuado control metabólico y prevenir así complicaciones propias de la enfermedad el paciente además de la ingesta de medicamentos, requiere ajustes en su alimentación, control de peso y una actividad física adecuada. No obstante existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, la escolaridad y el conocimiento que el paciente tenga sobre su enfermedad⁵⁹.

⁵⁶Ibid., p. 1

⁵⁷ VILLALBA. Referenciado por ARIZA, Evelyn. CAMACHO, Nazly. LONDOÑO, Edwin. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. En: Salud Uninorte. Vol. 21 (2005); p. 28-40

⁵⁸ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 00412 del 2000. Referenciado por ARIZA, Evelyn. CAMACHO, Nazly. LONDOÑO, Edwin. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. En: Salud Uninorte. Vol. 21 (2005); p. 28-40

⁵⁹ ARIZA, Evelyn.; CAMACHO, Nazly. ; LONDOÑO, Edwin. ; NIÑO, Clemencia. Claudia, ; SEQUEDA. SOLANO, Carlos y BORDA, Mariela: Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 En :Salud Uninorte, Vol. 21 (2005) p.28-40

5.5 PSICOLOGÍA DE LA SALUD⁶⁰

La psicología de la salud, se define como el área de aplicación de procedimientos de intervención clínica con personas que padecen alguna enfermedad. Esta área se propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar los aspectos psicológicos del enfermo, como sus creencias acerca de la salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que se viven en esta condición. También se plantea problemas de otra índole, tales como el del cumplimiento del tratamiento, el de la preparación para intervenciones médicas, el de los aspectos psicológicos de la hospitalización, y el de las repercusiones de la relación terapeuta-paciente.

Es así como surge el nuevo campo de la Psicología de la Salud, con un horizonte de estudio y de aplicación más amplio que el de la medicina comportamental. Suele atribuirse a Joseph Matarazzo⁶¹ el uso original del término en 1982, con su tradicional definición de psicología de la salud como el "conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias".

En conclusión la psicología de la salud es el área de intervención que trabaja de manera interdisciplinar con profesiones como la enfermería y la medicina en pro de mejores resultados para los sujetos que enfrentan diversas patologías de orden físico y mental y de esta forma busca que el sujeto cree herramientas que le ayuden a seguir un programa de tratamiento y que refuercen los mecanismos de afrontamiento frente a las situaciones que se generan en el transcurso de la enfermedad.

5.6 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

⁶⁰FLORES ALARCÓN, Luis. Psicología de la salud. En: Revista electrónica psicología científica .com. [en línea]<<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>>. (citado el 1 de mayo de 2011)

⁶¹ MATARAZZO, Joseph. Citado por FLORES ALARCÓN, Luis. Psicología de la salud. En: Revista electrónica psicología científica .com. [en línea]<<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>>. (citado el 1 de mayo de 2011).

En la actualidad, el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a una serie de conductas de riesgo y problemas de salud que requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones médicas que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

Uno de los problemas que enfrenta, el abordaje de este tema es la definición conceptual de este fenómeno, en la literatura médica y psicológica se reconoce un conjunto de términos para referirse al mismo aspecto, algunos de ellos aportando matices diferentes. Por consiguiente es de vital importancia esclarecer los conceptos de adherencia, adhesión y actitud con el fin de dar claridad a una de los factores fundamentales en la forma y desarrollo de esta investigación como es el de la actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Adherencia: Según el diccionario de la real academia española⁶² comprende la unión física, pegadura de las cosas.

Adhesión: Según el diccionario de la real academia española⁶³ comprende la acción y efecto de adherir o adherirse, conviniendo en un dictamen o partido, o utilizando el recurso entablado por la parte contraria.

Actitud: Es aquello que ante una determinada situación, nos lleva a actuar de una forma concreta, específica y que normalmente esta forma de actuar es constante. Un concepto de actitud nos viene dado por elementos cognoscitivo; que son todo tipo de información o conocimiento que tiene la persona respecto a algo. Afectivo; sentimientos y emociones que afectan la percepción de la persona hacia una cosa o situación y reactivo; hace referencia a la reacción que tiene la persona ante algún hecho o situación y la forma como este le afecta. Estos factores son inseparables en la actitud y a veces entramos en conflicto; como lo veo – como actúo – como me afecta. Se lucha entre lo que se piensa y lo que se manifiesta⁶⁴.

⁶² Diccionario de la real academia española. [en línea] <[http://buscon.rae.es/draeI/Srvlt Consulta? TIPO_BUS=3&LEMA=adhesi%F3n](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=adhesi%F3n)> (citado el 1 de mayo de 2011).

⁶³ Ibid., p.

⁶⁴ EMOCIONES, SENTIMIENTOS, ACTITUDES, PENSAMIENTO Y SALUD. [en línea] <http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_salud_3.pdf> (citado el 1 de mayo de 2011)

5.6.1 Actitud hacia la adhesión al tratamiento. Es definida según Meichenbaun y Turk⁶⁵ como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre la salud o prescripciones que ha recibido, enfatizando la participación y colaboración voluntaria por parte de la persona enferma.

La actitud hacia la adhesión al tratamiento puede ser tomada como un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un comportamiento humano (o, más bien, un repertorio comportamental) modulado por componentes subjetivos como lo son conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos⁶⁶.

Finalmente el concepto que se tendrá en cuenta para el desarrollo de esta investigación es el que refiere Nockowitz en 1996 en el que define que la actitud hacia la adhesión implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta⁶⁷.

5.6.1.1 Conductas que caracterizan la adhesión al tratamiento. Mejor llamadas conductas de adhesión, fueron descritas por Meichenbaun y Turk⁶⁸ de la siguiente forma: (a) iniciar y continuar un programa de tratamiento, (b) asistir a las consultas y revisiones programadas, (c) tomar de manera correcta la medicación prescrita, (d) cambiar, de ser necesario, el estilo de vida y mantener dichos cambios en el tiempo, (e) realizar de manera correcta las terapias a realizar en casa, y (f) evitar comportamientos de riesgo.

Estas conductas se encuentran bajo el control de una serie de factores que explican su probabilidad de ocurrencia. Dichos factores se han estudiado a través

⁶⁵ MEICHENBAUN, TURK. Citados por NOVOA GÓMEZ, Mónica María. MORALES PALENCIA, Ana María. OSORIO DOMÍNGUEZ, Adriana. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. En: Revista colombiana de psicología. N° 17 (2008); p. 27-41.

⁶⁶LIBERTAD, GRAU, Op. cit., p. 89-99

⁶⁷NOCKOWITZ, R. Adhesión al Tratamiento [en línea]. <[http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs /pro_tocolo3.pdf](http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/pro_tocolo3.pdf)> (citado el 30 de abril de 2010)

⁶⁸ MEICHENBAUN, TURK. Citados por NOVOA GÓMEZ, Mónica María. MORALES PALENCIA, Ana María. OSORIO DOMÍNGUEZ, Adriana. Óp. cit.

de diversas investigaciones, las cuales en su mayoría, según Macia y Mendez⁶⁹ han señalado aspectos relacionados con variables del paciente, tratamiento, trastorno, enfermedad y las variables de relación entre el paciente y el terapeuta.

5.6.2 Factores asociados con la no adhesión.

5.6.2.1 Características del paciente. Se ha logrado identificar las características sociales y personales del paciente no adherente. En general, cuanto menor sea el apoyo social y cuanto más aislados de la sociedad estén los pacientes, será menos probable que sigan las directivas médicas. Por ejemplo, en un estudio sobre Adhesión al Tratamiento en una clínica ambulatoria en las personas con tuberculosis, se encontró que la indigencia era el único factor que notificaba el abandono de la terapia. Además, también se descubrió que los individuos provenientes de familias inestables cumplían menos con el tratamiento médico. Estudios sobre Adhesión entre pacientes diabéticos se observó que la Adhesión al medicamento estaba asociada con altos niveles de apoyo social.

Se han realizado muchos esfuerzos para identificar la personalidad conocida como “de incumplimiento». Sin embargo, como la mayoría de las investigaciones sobre la personalidad en general, es un tema que ha tenido poco éxito. Al revisar la evidencia, no se encontró una relación constante entre la edad, el sexo, el estado civil, la educación, el número de personas, la clase social y la Adhesión. No es que se niegue el hecho de que grupos específicos de pacientes puedan resistirse a aceptar ciertos tipos de tratamiento. Por ejemplo cierto déficit cognitivo o trastornos emocionales pueden reducir la Adhesión. También hay evidencias de que es menos probable que las personas con varios problemas oncológicos se adhieran al tratamiento.⁷⁰

Cuanto más concuerde el medicamento recetado con el sistema de creencias de los pacientes, será más probable que cumplan con el tratamiento. Muchos estudios han afirmado la asociación entre las creencias de salud del paciente y la

⁶⁹ MACIA. MENDEZ. Citado por NOVOA GÓMEZ, Mónica María. MORALES PALENCIA, Ana María. OSORIO DOMÍNGUEZ, Adriana. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. En: Revista colombiana de psicología. N° 17 (2008); p. 27-41.

⁷⁰ , ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos de largo plazo: Pruebas de acción, 2004. p. 202.,

Adhesión. En intento por dar un orden a esta plétora de investigaciones, algunos investigadores han recurrido a los modelos cognitivos sociales populares. Tal vez el modelo usado con la frecuencia es el modelo de creencias de salud (MCS). Este modelo se formuló originalmente para explicar el cumplimiento con las recomendaciones médicas. Afirma que el grado de cumplimiento de una persona depende de la gravedad de la enfermedad percibida, la susceptibilidad ante la enfermedad, los beneficios del tratamiento recomendado y las barreras para seguir el tratamiento⁷¹.

Se han encontrado varios grados de apoyo para este modelo. Por ejemplo, cuanto más perciba el paciente que su condición es grave, será más probable que cumpla con el tratamiento recomendado. No obstante, Glasgow descubrió que la gravedad percibida de la Diabetes no era un predictor de la Adhesión. En un estudio sobre la falta de terapia con medicamentos, Fincham y Wertheimer en 1985 encontraron que la confianza en los beneficios del cuidado médico y bajas barreras en el cuidado, predijeron alta Adhesión. Glasgow dice que la efectividad percibida del tratamiento era un mejor predictor de la Adhesión en la Diabetes que las barreras percibidas.

La teoría del aprendizaje social también se ha empleado con distintos grados de éxito para explicar la no Adhesión. La investigación mostró que a pesar de que el locus interno de control predice la Adhesión a un programa de control de peso para pacientes con Diabetes, su importancia es mínima y depende del grado de apoyo social. En un estudio sobre pacientes con Artritis Reumatoide, se encontró que las predicciones del paciente en torno a la Adhesión (expectativas de auto eficacia) al tratamiento pronosticaban una Adhesión real⁷².

Estos modelos cognitivos sociales de Adhesión describen las creencias que se asocian o predicen la Adhesión. Es posible criticar estos modelos tanto en el plano empírico como en el teórico. En el plano empírico, el principal problema es que se ha descubierto que las creencias predicen sólo una pequeña proporción de la varianza de la conducta de Adhesión. Teóricamente, el principal problema es que estos problemas ratifican el fenómeno. Como tal, caracteriza el comportamiento como algo fijo y abstraído de las relaciones sociales cambiantes y el amplio contexto social en cual la Adhesión tiene lugar. El tratamiento no suele ser un suceso extraordinario sino que se extiende a través de un periodo. En el caso de la enfermedad crónica este periodo puede ser toda una vida. Por lo tanto,

⁷¹Ibid., p. 202.

⁷²BANDURA. A., Social foundations of thought and action. Disponible [en línea] <<http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/effpage1html>> (citado el 20 de enero de 2011)

comprender la Adhesión en su totalidad requiere entender el contexto social y la forma cómo el paciente integra el tratamiento en su vida diaria⁷³.

Se ha descubierto que ciertas características de la enfermedad están asociadas con la Adhesión. Tal vez las características de la enfermedad que se mencionan con más frecuencia sean la gravedad de la enfermedad y la visibilidad de los síntomas. No parecería que la relación con la severidad de la enfermedad es lineal. Varios estudios han encontrado que los pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas a menudo no cumplen con el tratamiento. Cuando los síntomas son obvios e indeseables, es más probable que la persona cumpla con el tratamiento que ofrezca la promesa de eliminarlos. Sin embargo, cuando la prognosis es deficiente, hay evidencias de que el índice de Adhesión se reduce. Por ejemplo, la Adhesión es menor en los pacientes con cáncer cuyos pronósticos de supervivencia son pobres.

5.6.2.2 Factores de tratamiento. Existe una gran cantidad de factores de tratamiento asociados con la Adhesión. Antes de que se le prescriba un tratamiento, él paciente debe hacer una cita con el médico. El carácter de este proceso prepara o establece el escenario para las recomendaciones del médico. Los tiempos de espera prolongados o inconvenientes pueden conducir a una frustración considerable y a una falta de voluntad de cumplir.

Cuanto más complicado sea el tratamiento prescrito, es menos probable que el paciente cumpla totalmente. Se han hecho intentos para simplificar los regímenes de tratamiento al proporcionar a los pacientes información detallada. Sin embargo, las evidencias sugieren que la Adhesión aún es deficiente. Una de las razones es la sobrecarga de información⁷⁴. En un intento por enfrentar un régimen de tratamiento muy complicado, el paciente se confunde o desconoce la mayoría de la información. Aunque los médicos pueden explicar el tratamiento, con frecuencia los pacientes no entienden u olvidan las instrucciones. Ley en 1979 descubrió que los pacientes olvidan por lo menos una tercera parte de la información que les dio su médico. Varios factores influyen en el entendimiento. Básicamente, cuanto más extensas y complejas sean las instrucciones, es menos probable que el paciente las recuerde después.

⁷³ OBLITAS GUADALUPE, Luis A. Psicología de la salud y calidad de vida. México DF: Cengage Learning Editores, S.A., 2010. p.131-132. ISBN 9786074811254

⁷⁴ RAMIREZ CHAMORRO, Miguel, Efecto de la actuación farmacéutica en la Adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular, Granada, 2008, 281 h. Tesis doctoral (Doctor). Universidad de Granada.

Además de la complejidad, una característica importante del tratamiento es la duración real de su régimen. La Adhesión disminuye con un aumento en el número de medicamentos o dosis y con la duración del tratamiento recomendado, y se calcula que la Adhesión a terapias de largo plazo disminuye en casi 50% independientemente de la enfermedad o situación.⁷⁵ Masur sugiere que la duración del tratamiento no es la razón de la disminución en la Adhesión, sino la ausencia de síntomas. La terapia a largo plazo suele recomendarse para condiciones médicas crónicas que tienen pocos síntomas o para las cuales no hay una mejoría definitiva en los síntomas como resultado de la medicación. En estos casos, el paciente no recibe retroalimentación acerca de los beneficios de la medicación. Esta falta de retroalimentación mina cualquier motivación para cumplir con la medicación. Cuando los pacientes con hipertensión son capaces de identificar los síntomas de su enfermedad que la medicación controla, es más probable que cumplan con ella.

El carácter real del tratamiento es también importante. Por ejemplo, a algunas personas con asma les disgusta tomar medicamentos inhalados mientras que otras no siguen el procedimiento correcto de inhalación, lo cual reduce la Adhesión general. Entender cómo se siente el paciente hacia un procedimiento o tratamiento en particular es un paso necesario para mejorar la Adhesión.

Tal vez se esperaría que los medicamentos con pocos efectos secundarios físicos se asociaran con una Adhesión mayor. Parecería que los efectos secundarios sociales, en términos de estigma, son igualmente importantes. Un factor relacionado es el grado al cual el tratamiento altera la vida cotidiana del paciente.

⁷⁵RAMIREZ, Ibid.,p. 281

5.6.2.3 Factores interpersonales. La relación médico-paciente juega un papel importante en la Adhesión al Tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, haciendo referencia a “La forma como se expresa un diagnóstico independiente de la gravedad del padecimiento, puede ser la declaratoria de una sentencia o una esperanza. Si el diagnóstico se comunica en términos que produzcan pánico y depresión, se agotarán los recursos del organismo para defenderse. Por el contrario, si la comunicación se realiza con afecto y calor humano generando esperanza, la reacción por parte del paciente será de aceptación y confianza”⁷⁶ generando una mejor adaptación a los cambios de vida, que se dan por la enfermedad, además de ayudar a la adaptación del paciente a su nueva rutina de vida, las cuales se ve modificadas por el desarrollo de la enfermedad, haciendo más fácil la incorporación de nuevas conductas a su repertorio conductual.

Estudios han demostrado que los pensamientos y actitudes positivas que tenga el paciente tienen efecto sobre la salud y sobre la evolución de la enfermedad, tomando importancia la actitud del paciente en su recuperación, En la actualidad se sabe que las emociones tienen implicaciones en otras estructuras del cuerpo; lo mismo sucede en sentido contrario. Por tanto la esperanza, el propósito y la determinación no son simples estados mentales, tienen conexiones electroquímicas que desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema inmunitario.⁷⁷ Haciendo importante el lapso que hay entre el área física y psicológica de un ser humano.

Por otro lado la importancia “Desde el modelo Trasteórico (Prochaska, DiClemente y Norcross explican el cambio conductual de los pacientes como un progreso a través de varias fases: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. Aunque el modelo fue desarrollado para problemas de adicción, en la actualidad es empleado en otros tipos de problemas. Han proliferado los cuestionarios para evaluar la motivación del cliente o su actitud hacia el cambio y existen abundantes investigaciones que relacionan las fases de preparación con variables como el éxito de la terapia, la tasa de abandono o recaída o la involucración del cliente en la terapia)⁷⁸ que propone etapas de cambios en la adquisición de conductas saludables, los hallazgos han indicado que los pacientes con enfermedades crónicas, como por ejemplo la diabetes,

⁷⁶SAA, Diego. Relación médico paciente, En: Colombia médica [base de datos en línea]. Vol. 39, Nº .3 (julio-septiembre de 2008). p, 288 (citado el 10 de marzo de 2011) Disponible en Colombia Medica Univalle.

⁷⁷Ibid., p. 288.

⁷⁸ FROJÁN, María Xesús. ALPAÑÉS, Manuel. CALERO, Ana. VARGAS, Ivette. Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. EN: Psicothema. Vol. 22 (2010), Nº 4; pp. 556-561

cuando se encuentran en las etapas de acción y mantenimiento; siguiendo regímenes alimentarios y mayores hábitos de salud o que los cambios se hallan establecidos por más de 6 meses, presentan menos problemas psicológicos. Y los aportes brindados desde el modelo de Información Motivación-Habilidades Conductuales señalan que la información es un prerrequisito pero por sí solo no es suficiente para alterar la conducta, siendo además débil la relación entre información y motivación. En tanto que las habilidades conductuales son eficaces cuando se trata de conductas familiares y no complicadas.” Realzando la importancia que puede llegar a tener los integrantes de un núcleo familiar, en la posterior rehabilitación de un paciente diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II y la influencia de hábitos saludables.⁷⁹

5.7 EL HUMOR Y LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

El humor como parte de las emociones positivas se ha visto involucrado con algunas intervenciones médicas como la intervención Patch Adams, en la cual el personal médico utilizaba la risa como un mecanismo para disminuir el estrés, las tensiones, la ansiedad, la depresión, el colesterol, aliviar dolores, el insomnio, los problemas cardiovasculares, respiratorios, y fortalecer el sistema inmunológico⁸⁰, lo interesante es que a medida que ha surgido el interés por trabajar con el humor y sus efectos en la vida de los sujetos que poseen más sentido del humor se observa que las cogniciones, conductas y estado emocional también estarían afectándose de manera positiva, Vera Villarroel, dice que los individuos que experimentan situaciones relacionadas con el humor tienden a asumir conductas más protectoras frente a su salud cuando no enfrentan padecimientos que los obliguen a asistir a un control médico y los sujetos que llegan a desarrollar patologías médicas en el transcurso de sus vidas y que desarrollan niveles más altos de sentido del humor cuentan con más disposición a asistir a sus controles médicos o buscar opinión médica referente a sus padecimientos de salud⁸¹, lo que se traduciría en que aquellos sujetos que experimentan más sentido del humor, bien podrían verse más cercanos al cumplimiento de los factores relacionados con la adhesión al tratamiento como lo son la ingesta de alimentos recomendados,

⁷⁹ GRANADOS, Elodia Elisabeth. ESCALANTE, Eduardo: Estilos de Personalidad y Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. Personality styles and adherence to treatment in patients with Diabetes Mellitus [base de datos en línea]. Vol. 16, No 2; p. 1 <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272010000200010&script=sci_arttext> (citando el 10 de marzo de 2010).

⁸⁰ALCOCER BALLESTAS, BALLESTEROS, Intervención Patch Adams en Calidad de Vida de Niñas con Cáncer. Bogotá, 2005, 91h. trabajo de grado (psicóloga). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología

⁸¹VERA, VILLARROEL, Pablo. Optimismo y salud. En: FLORES, ALARCÓN, Luis. BOTERO, Mercedes. JIMÉNEZ, Bernardo. Psicología de la salud. Barranquilla: kimpres Ltda, 2005. P. 81.

asistir a los controles médicos, tomar los medicamentos según la prescripción médica, así como otros aspectos relacionados con el plan de tratamiento.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Esta investigación se circunscribe dentro del enfoque de investigación cuantitativa, puesto que se empleó la recolección de datos estadísticos para un posterior análisis; se escogió un tipo de estudio no experimental, ya que la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables⁸². El diseño empleado fue transeccional o transversal correlacional en razón a que se describieron relaciones entre dos variables en un momento determinado.

Gráficamente:

X1 -----Y1

6.2 HIPÓTESIS

Hi1: Existe una relación significativa y directamente proporcional entre el nivel de actitud hacia el Sentido del Humor de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II y el nivel de actitud hacia la Adhesión al Tratamiento.

Ho1: No existe una relación entre el nivel de Sentido del Humor de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II y el nivel de actitud hacia la Adhesión al Tratamiento.

Ha1: A mayor edad, menor nivel de actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Ha2: A mayor edad, menor nivel de Sentido del Humor.

Ha3: Existen diferencias significativas respecto al Sentido del Humor entre hombres y mujeres, siendo mayor en el primer grupo mencionado.

⁸²HERNANDEZ, Sampieri Roberto; FERNANDEZ, Collado Carlos y BAPTISTA, Lucio Pilar. Metodología de la investigación. México: McGraw. Hill, 2008. 850 p. 850 ISBN -13: 978-970-10-5753-7

6.3 POBLACIÓN

La población de estudio seleccionada para la investigación fueron 1078 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II que han acudido a tratamiento y controles médicos en la E.S.E Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva entre los años 2010 y 2011.

Para lograr acceder a la población, se solicitó la colaboración de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, los cuales facilitaron la base de datos de los pacientes.

6.4 MUESTRA

Para efectos de la presente investigación se empleó un muestreo no probabilístico, por intencionalidad o conveniencia, que se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos típicos⁸³, se incluyeron todos aquellos que cumplieron a cabalidad los criterios de inclusión, en este caso fueron 69 pacientes.

A la hora de analizar los datos se ajustó la muestra para evitar sesgos a la hora de interpretar los datos estadísticos arrojados por el estudio, se redujo la muestra a 22 sujetos del sexo masculino, pues existían más número de mujeres que de hombres en la muestra, se procedió a eliminar la información de 25 sujetos del sexo femenino, cada tres sujetos era eliminada la información hasta terminar en la base de datos con 22 sujetos del sexo femenino, y con esto tener una muestra de 44 sujetos totales entre sujeto del sexo femenino y masculino equivalentes.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser hombre o mujer residente en la ciudad de Neiva.
 - Estar diagnosticado con Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin mención de complicaciones (E119).

⁸³Ibid., p. 850

- Llevar más de un año diagnosticado con Diabetes Mellitus Tipo II.
- Mayor de 40 años⁸⁴.
- Manifestar participación voluntaria.
- Que su estado de salud actual, físico o mental, no le impida por completo participar en el desarrollo de la investigación.

6.6 VARIABLES

A continuación se refiere la definición tanto conceptual como operacional de las variables incluidas dentro de esta investigación (cuadro 1, cuadro 2 y cuadro 3)

Cuadro 1. Operacionalización de variable actitud hacia la adhesión al tratamiento.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	El concepto de adhesión implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de La salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta. ⁸⁵	FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	Ingerir los medicamentos según la prescripción médica sin ayuda de terceros. Frecuencia con la que se realiza el ejercicio físico indicado en el plan del tratamiento.	Escala Intervalo
		FACTORES RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE	Disminución de las actividades laborales realizadas.	Escala intervalo
		FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATO PERSONAL MEDICO-PACIENTE	Frecuencia con la que se cumplen a cabalidad con las indicaciones ofrecidas por el personal de salud para el tratamiento. Frecuencia con la que	Escala Intervalo

⁸⁴ JIMÉNEZ. Op. cit., p, 126-146

⁸⁵ NOCKOWITZ, Óp. cit.

			interactúa con el personal de salud.	
--	--	--	--------------------------------------	--

Cuadro 2. Operacionalización de la variable sentido del humor.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DEL SENTIDO DEL HUMOR (MSHS)⁸⁶	Definida como la fortalezas del ser humano, y agrega que es una capacidad para experimentar y estimular una reacción muy específica, la risa (observable o no), y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo ⁸⁷	COMPETENCIA O HABILIDAD PERSONAL PARA USAR EL HUMOR	Número de veces que se emplean frases, dichos o palabras graciosas, provocando risa en otra personal	Escala Intervalo
		CONTROL DE LA SITUACIÓN	Número de veces en que una persona utiliza el humor como medio de control y afrontamiento de situaciones.	Escala Intervalo
		VALORACIÓN SOCIAL Y ACTITUDES HACIA EL HUMOR	Frecuencia con la que una persona demuestra aprobación y agrado frente a una situación externa contextualizada en el humor (Risa).	Escala de Intervalo

⁸⁶CARBELO BAQUERO, Begoña. Estudio del Sentido del Humor: Validación de un Instrumento para Medir el Sentido del Humor, Análisis del Cuestionario y su Relación con el Estrés. Alcalá de Henares, 2005, p. 83-139. Trabajo Doctoral. Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación Física.

⁸⁷ MARTIN, Op. cit., p. 503-508.

Cuadro 3. Operacionalización de variables socio demográficas.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
SOCIO-DEMOGRÁFICAS	Datos que permiten conocer información personal, social y económica de una población determinada	Edad	Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento ⁸⁸	Ordinal
		Género	El término distingue los aspectos atribuidos a hombres o mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente. ⁸⁹	Nominal

6.7 INSTRUMENTOS

Para la elaboración de este estudio se emplearon dos pruebas por medio de las cuales se realizó la recolección de la información: la Escala Multidimensional del Sentido del Humor Thorson y Powell y la Escala de Actitud Tipo Likert de Adhesión al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, elaborada por las estudiantes del Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana Diana Marcela Aldana Ordoñez, Kelly Del Carmen Montalvo Roque, María

⁸⁸ EL PAIS. Diccionario Castellano [en línea]. <<http://www.elpais.com/diccionarios/castellano/edad>> (citado el 30 de abril de 2011).

⁸⁹IFAD.Enabling poor rural people to overcome povety.[en línea]. <http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm> (citado el 30 de abril de 2011).

Fernanda Osorio Beltrán, Melva Cristina Rodríguez Silva, quienes realizaron la presente investigación.

6.7.1 Escala Multidimensional del Sentido del Humor⁹⁰ (Anexo A). La Escala Multidimensional del Sentido del Humor “Multidimensional Sense of Humor Scale” (MSHS), fue desarrollada en un intento de valorar el Sentido del Humor desde varias dimensiones. El Humor de cada persona vendría determinado por las puntuaciones alcanzadas en cada uno de los elementos y por la suma total de ellos.

La Escala Multidimensional del Sentido del Humor, Multidimensional Humor Sense Scale (MSHS), contiene 24 ítems, 18 de los cuales están redactados positivamente (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24) y 6 negativamente (4, 8, 11, 13, 17, 20) para reducir el sesgo de respuestas fijas. Los ítems positivos se califican con una escala tipo likert de cinco puntos que va de muy en desacuerdo (0) a muy de acuerdo (4). Los ítems negativos al revés, muy en desacuerdo (4) a muy de acuerdo (0). La menor puntuación es cero y la mayor 96.

Thorson y Powell (1993a) aplicaron en los E.E.U.U. la escala en una primera fase del estudio a 264 participantes con edades comprendidas entre 17 y 77 años, de los que 153 eran mujeres y 111 eran hombres, con una media de edad de 32,3 años. La fiabilidad del instrumento fue medida con el alfa de Cronbach, cuya puntuación obtenida fue de 0,89. Los resultados del estudio incluyeron un primer factor con nueve ítems, generación del humor. Un segundo factor con cinco ítems, actitudes ante el humor, un tercer factor de afrontamiento del humor, con seis ítems y un cuarto factor con dos ítems que incluye disfrutar de la vida. En aplicaciones posteriores con números similares de sujetos, 269 individuos de los que 152 eran mujeres y 117 hombres con edad media de 28.6 años y otro con 234 sujetos de los que 160 eran mujeres y 74 hombres con edad media 26 años. El coeficiente alfa obtenido para la fiabilidad del cuestionario fue de 0.92. Partieron inicialmente de un repertorio de 70 ítems, que depuraron hasta dejar en 29 para finalmente redactar un cuestionario con 24 ítems, que han desarrollado con cuatro factores en un constructo multidimensional para responder al uso de instrumentos inapropiados hasta la fecha acerca de la medida del humor desarrollado para cultura americana. La escala siempre la han presentado susceptible de futuros trabajos que aproximen la investigación a las aplicaciones clínicas.

⁹⁰CARBELO, Op. cit., p. 83-139.

Para la traducción final del cuestionario se siguió el método de traducción-retro traducción con panel de profesionales, y con la ayuda de dos personas bilingües licenciadas en filología inglesa, para determinar las posibles modificaciones e incorporarlas al cuestionario, a partir de las recomendaciones de adaptación de test para su aplicación en diferentes idiomas y culturas

Al igual que en el cuestionario original, se trabajó con 24 ítems y aunque la dificultad en la traducción de los ítems, en general era baja, la primera traducción semántica tuvo desacuerdos en 4 afirmaciones que se corrigieron en las traducciones posteriores.

En función del objetivo de traducción y adaptación del cuestionario se trabajó con una muestra de 539 personas en total, para la adaptación del cuestionario, pertenecientes a los ámbitos educativo y sanitario. En cuanto al objetivo de validar el cuestionario, se extrajeron 81 sujetos de la muestra total, profesionales de la salud, los más expuestos al estrés profesional, que desarrollan su actividad en un Hospital general de la Comunidad de Madrid.

La selección para llevar a cabo el estudio se realizó mediante un muestreo por conveniencia, entrevistando a los sujetos participantes en el área educativa y sanitaria adscrita a la Universidad de Alcalá. Las personas fueron entrevistadas en la Comunidad de Madrid, Campus Universitario de Alcalá de Henares de los que participaron alumnos de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia, alumnos de la Facultad de Ciencias Ambientales, profesores de educación primaria y secundaria de un Centro educativo Público de Las Rozas, distintos profesionales del Hospital General Universitario Príncipe de Asturias y del Hospital Ramón y Cajal, amas de casa, voluntarios de una organización sin ánimo de lucro que prestaban sus servicios en la atención de personas mayores y sin recursos económicos y personas con otras profesiones y jubilados (empresarios, administrativos, auxiliares).

A continuación se presenta una tabla que resume los estadísticos descriptivos de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor, en su adaptación con la muestra de 539 sujetos de la Comunidad de Madrid (Cuadro 4).

Cuadro 4. Estadísticos descriptivos e índice de fiabilidad para la escala Multidimensional del Sentido del Humor, MSHS⁹¹.

	media	Desv. típica	F _{23,516}	P	alpha
MSHS	64,45	11,83	75,49	0,00001	,88

Como puede observarse, los estadísticos descriptivos para la Escala Multidimensional del Sentido del Humor, MSHS, traducida y adaptada, muestran una puntuación media de 64,45 con una desviación típica de 11,83. El análisis estadístico pone en evidencia que las medias de las respuestas a los ítems presentan una diferencia significativa, según el test de Hotelling que contrasta la hipótesis de que las medias son iguales (Hotelling= 1815,60; F_{23, 516} = 75,49; p=< 0,00001). Los resultados de alfa se encuentran entre .87 y .88 (estandarizado).

6.7.1.1 Análisis de la dimensionalidad del sentido del humor. El primer factor, competencia o habilidad personal para utilizar el humor, agrupa los ítems 1, 3, 5, 6, 7, 9,12, 15, 18, 21, 23 y 24.

El segundo factor, el humor como mecanismo de control de la situación, agrupa los ítems 2, 10, 14, 16, 19, 20 y 22.

El tercer factor, valoración social y actitudes hacia el humor, incluye los ítems 4, 8, 11, 13 y 17 que remiten a una valoración de diferentes expresiones del humor (chistes, comics) y de quienes las realizan (cómicos), que podría influir en las relaciones sociales.

Cuadro 5. Estadísticos de contraste para la variable género⁹².

	Puntuación en MSHS muestra total
U de Mann-Whitney	27164,500
Estadísticos de contraste	106964,500

⁹¹ Ibid., p. 117.

⁹² Ibid., p. 130.

Z	-,483
Sig. Asintót. (bilateral)	, 629

Se puede observar que no existen diferencias significativas, ya que la p es muy grande 0.629 y aceptamos la hipótesis de igualdad de medias (Cuadro 5).

Así que podemos afirmar que las puntuaciones obtenidas en la aplicación de la escala traducida no presentan diferencias significativas ni en distribución, ni en tendencia central, ni en dispersión respecto a la variable género. Esto se ha probado haciendo los contrastes de igualdad de varianzas utilizando la F de Snedecor, y de igualdad de medias a través de la T de Student, tras transformar la variable para conseguir la normalidad.

Cuadro 6. Puntuaciones medias en la escala MSHS según variable edad⁹³.

	Casos	Media MSHS	Desv. típica
Grupo 1 =<34 años	278	65,2842	11,1298
Grupo 2 35-59 años	208	65,0817	11,3239
Grupo 3 => 60 años	53	57,6226	15,0029
total	539	64,4527	11,8312

Como se puede advertir en el grupo 1 (igual o menores de 34 años) y el grupo 2 (entre 35 y 59 años) tienen puntuaciones que son similares, sin embargo, los sujetos del grupo 3 (igual o mayores de 60 años) obtienen una puntuación media inferior de 57,6 en la Escala Multidimensional del Sentido del Humor, MSHS, con una dispersión de las puntuaciones o variabilidad, también superior. Intuitivamente, parece que las puntuaciones bajan, a medida que avanza la edad (Cuadro 6)⁹⁴.

Para analizar esta tendencia del grupo 3 (mayores de 60 años) respecto a los otros dos grupos, se estudió si las diferencias son significativas y se encontró con un nivel de confianza del 99% que en esta muestra de población de personas mayores, las puntuaciones en la escala para medir el sentido del humor, son significativamente más bajas que en los demás grupos de población.

⁹³ Ibíd., p. 131.

⁹⁴Ibíd., p. 131

6.7.1.2 Revisión de confiabilidad de la aplicación del instrumento en la muestra de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva. Los estadísticos descriptivos para la Escala Multidimensional del Sentido del Humor, MSHS, traducida y adaptada, muestran una puntuación media de 66.09 con una desviación típica de 17,64; La consistencia interna obtenida por medio del alfa de Cronbach fue de 0.92.

6.7.2 Escala de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II. El instrumento para medir la Actitud hacia la Adhesión Al Tratamiento en Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, se trata de una escala tipo Likert, que inicialmente constaba de 54 ítems, divididos en 3 dimensiones que fueron definidas tanto conceptual como operacionalmente, estas dimensiones son los “Factores Relacionados con el Paciente”, “Factores relacionados con el medio ambiente” y “Factores Relacionados con el Trato Personal Médico-Paciente”.

6.7.2.1 Validez y Confiabilidad. El instrumento, se validó con criterio de dos jueces expertos, cuyos requisitos fueron tener formación en Psicología de la Salud y experiencia en investigación, el primero de ellos fue el Psicólogo Mario Clavijo Bolívar, Docente y Jefe del Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana y Docente de la Universidad Cooperativa de Colombia en el Programa de Psicología; como segundo juez se contó con la colaboración de la Psicóloga Ángela María Méndez docente del Programa Psicología de la Universidad Surcolombiana, jefe de Prepráctica de la asignatura de Psicología de la Salud; a los cuales se les solicitó realizar la evaluación de contenido de la prueba, teniendo en cuenta la pertinencia, relevancia, claridad y redacción de los ítems, debían otorgarle a cada una de estas características una puntuación que iba de cero a cinco (siendo cero el puntaje más bajo y cinco el más alto); las observaciones y sugerencias realizadas por ellos fueron revisadas por el grupo investigador, realizándose la reducción de la escala a 22 ítems que eran los que cumplían con los requerimientos necesarios para medir adecuadamente la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, para llegar a esta reducción, se procedió a eliminar todos los ítems que puntuaran más de 4,5 debido a que su respuesta tendría una alta tendencia a ser obvia para los participantes, también debieron eliminarse los ítems que puntuaban menos de 3,5, debido a que presentaban una alta dificultad para medir la actitud que se requería (Anexo B).

6.7.2.2 Prueba Piloto (Anexo C). Se aplicó una prueba piloto a una muestra de 8 pacientes que reciben tratamiento para la Diabetes Mellitus Tipo II en la E.S.E Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, al realizar el análisis de la información recolectada, se estableció que la Escala de Actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II consta de 22 ítems con una consistencia interna obtenida por medio del alfa de Cronbach de 0.86.

6.7.2.3 Dimensionalidad de actitud hacia la adhesión al tratamiento. Los 22 ítems se encuentran ubicados en las 3 dimensiones de la siguiente manera:

- Factores Relacionados Con El Paciente ítems 1, 4, 7, 8, 9, 10, 16, 22.
- Factores Relacionados Con El Medio Ambiente ítems 2, 3, 13, 14, 15, 17, 19, 21
- Factores Relacionados con el Trato Personal Médico-Paciente ítems 5, 6, 11, 12 y 18.

En el momento de la aplicación, se le presentó a la persona que diligenció este cuestionario las instrucciones en donde se le explicó la manera en que se debía realizar.

La escala contiene 12 ítems redactados positivamente (3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 20, 21) y 10 negativamente (1, 2, 4, 8, 12, 15, 16, 17, 19, 22) para reducir el sesgo de respuestas fijas. Los ítems positivos se califican con una escala tipo likert de cuatro puntos que va de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (4). Los ítems negativos al contrario, totalmente en desacuerdo (4) a totalmente de acuerdo (1). La menor puntuación es de 22 y la mayor 88. Además de solicitar algunas variables sociodemográficas como edad y género, que al igual que los resultados, pueden ser empleadas para un posterior análisis.

El grado de actitud que posee el paciente se calificaría teniendo en cuenta el promedio resultante en la escala mediante la fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT en el número de afirmaciones o ítems)⁹⁵, y entonces la puntuación se analiza en el continuo 1-4 de la siguiente manera: 1

⁹⁵HERNANDEZ, Op. cit., p. 347.

equivaldría a una actitud muy desfavorable hacia la adhesión, 2 una actitud desfavorable, 3 una actitud favorable y 4 una actitud muy favorable.

6.8 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de la presente investigación se recurrió al ejercicio de las siguientes fases:

6.8.1 Fase Uno: Revisión teórica y elaboración del proyecto. En esta etapa se realizó la recolección y verificación de bibliografía alusiva a los conceptos de Sentido del Humor y Adhesión al Tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, al tiempo que se realizó la búsqueda de antecedentes y referencias acerca de la correlación de las variables anteriormente mencionadas. Además de lo anterior esta etapa incluyó la elaboración del proyecto.

6.8.2 Fase dos: Búsqueda y elaboración de instrumentos de medición. Se realizó la creación, validación por jueces expertos y pilotaje del instrumento de medición Escala tipo Likert de Actitud hacia la Adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II y la búsqueda y selección de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor.

6.8.3 Fase tres: Selección y contacto de la población y muestra. Se establecieron los criterios de inclusión para los sujetos objetivo de la investigación y luego de ello se procedió a verificar en la base de datos que fue solicitada previamente a la Institución Prestadora de Servicios de Salud E.S.E Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, todos aquellos pacientes que cumplieran con dichos criterios fueron seleccionados para la participar en el estudio.

Una vez seleccionados los participantes se realizó la invitación formal a la investigación y posteriormente se diligenció el consentimiento informado con cada uno de ellos.

6.8.4 Fase cuatro: Recolección de datos. Se realizó la medición de las variables por medio de la aplicación de la Escala de Actitud Hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II y la Escala Multidimensional del Sentido del Humor en la muestra seleccionada.

6.8.5 Fase cinco: Análisis y discusión de resultados. Durante esta fase se llevó a cabo el análisis de resultados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 con licencia de la Universidad Surcolombiana, con el cual se evaluó la correlación de las variables de estudio. De igual forma se realizó la discusión de resultados en donde se contrastaron los datos obtenidos con la teoría y antecedentes, además se presentaron los aportes de la investigación para el campo de la Psicología.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio cumple con todos los requerimientos de la ley establecida por la Resolución No. 8430 que dictamina y reglamenta el ejercicio de la investigación en las ciencias de la salud en Colombia; de igual manera se encuentra enmarcado en los lineamientos de la Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

En la presente resolución se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Que plantea en el TITULO II DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.

CAPITULO 1. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

En nuestra investigación el sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar como lo contempla el Artículo 5 de la presente resolución.

Ya que la investigación se realizara en seres humanos se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen expresados en el Artículo 6, donde prevalecerá la seguridad de los beneficiarios y expresando claramente los riesgos mínimos, se contara con profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del paciente y la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud. Y se llevara a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realiza la investigación; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la institución.

En esta investigación prevalecerá la protección a la privacidad del individuo y/o sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice como lo dicta el Artículo 8 de la presente resolución.

Este estudio se clasifica en la categoría de sin riesgo como lo contempla el Artículo 11, puesto que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales del individuo que participa en el estudio.

El consentimiento informado se hará por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizara su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y beneficios a que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna como referencian los artículos 14 y 15. Nuestra investigación se reglamentara bajo el ejercicio de la profesión de psicología, reglamentada en la ley 1090 de 2006 donde se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

TITULO II DISPOSICIONES GENERALES en su Artículo 2^o. De los principios generales. Los Psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

1. Responsabilidad
2. Competencia
3. Estándares morales y legales
4. Anuncios públicos
5. Confidencialidad
6. Bienestar del usuario
7. Relaciones profesionales
8. Evaluación de técnicas
9. Investigación con participantes humanos
10. Cuidado y uso de animales

En este estudio se hará énfasis en los puntos 5 y 9 que señalan:

5. Confidencialidad. Los Psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como Psicólogos. Revelaran tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los Psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

9. Investigación con participantes humanos. La decisión de cometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada Psicólogo sobre como contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el Psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración el Psicólogo abordara la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

CAPITULO IV: De los deberes con los colegas y otros profesionales

Se retomó en este estudio el Artículo 39 en el cual se establece que el trabajo colectivo no excluye la responsabilidad profesional e individual de sus actos y en ambos casos se aplicaran los mismos preceptos éticos contemplados en esta ley. Del mismo modo se abstendrá de emitir conceptos profesionales sobre dominios respecto de los cuales no tiene conocimiento fundamentado.

CAPITULO VI: Del uso de material psicotécnico

El Artículo 45 cita “el material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en Psicología. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de Psicología”, además de esto se cumplirá lo establecido en el Artículo 46 “cuando el Psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, valides y confiabilidad”, este hace referencia a la elaboración y validación de la escala denominada Actitud hacia la Adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II.

TITULO VII

CAPITULO 1: De los principios generales del Código deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología.

Los resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, serán conservados durante cierto tiempo, esto se hará bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos, según lo que estipula el Artículo 30.

CAPITULO VII: De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.

En este estudio las investigadoras del proyecto son las únicas responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis, de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización como se establece en el Artículo 49.

Al igual que la resolución 8340 de 1993 el Artículo 50 de la presente Ley se cita “los profesionales de la Psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas se basaran en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”.

Para este estudio los investigadores deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

Se hará hincapié en conservar el derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elaboren en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores

8. RESULTADOS

8.1 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS

Para la investigación se tuvo en cuenta las puntuaciones de 44 sujetos diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, que reciben tratamiento en la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, a los cuales se les aplicaron dos escalas para valorar su nivel de Sentido del Humor y su Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento.

8.1.1 Distribución de frecuencias por sexo. En cuanto al sexo, de los 44 sujetos que se vincularon a la presente investigación, el 50% corresponde al sexo masculino y el 50% restante al sexo femenino, correspondiente cada uno a 22 sujetos (Cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución de frecuencias por Sexo

VALIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Femenino	22	50.0	50.0	50.0
Masculino	22	50.0	50.0	100.0
TOTAL	44	100.0	100.0	

8.1.2 Distribución de frecuencias por edad. La participación de los sujetos según su edad se encuentra distribuida en intervalos, el que presenta mayor número de individuos es el de menor de 54 años con un 38.6%, seguido del intervalo de 55-64 años con un 31.8% y el de menor número de participantes en el intervalo mayor de 65 años con un 29.5% equivalente a 17, 14 y 13 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II respectivamente (Cuadro 8).

Cuadro 8. Distribución de frecuencias por edad

VALIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Menor De 54 Años	17	38.6	38.6	38.6
De 55- 64 Años	14	31.8	31.8	70.5
Mayor De 65	13	29.5	29.5	100.0
TOTAL	44	100.0	100.0	

8.1.3 Distribución de frecuencias por tiempo de diagnóstico. La participación de los sujetos según el tiempo de diagnóstico se encuentra distribuida en intervalos, el que presenta mayor número de individuos es el de 1-6 años con un 50% de la muestra, seguida del intervalo de 7-11 años con un 15% y por último, el de mayor a 12 años con un 7% equivalentes a 22, 15 y 7 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II respectivamente (Cuadro 9)

Cuadro 9. Distribución de frecuencias por tiempo de diagnóstico

VALIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
1 - 6 Años	22	50.0	50.0	50.0
7 - 11 Años	15	34.1	34.1	84.1
Mayor A 12 Años	7	15.9	15.9	100.0
TOTAL	44	100.0	100.0	

8.1.4 Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala Multidimensional del Sentido del Humor. La participación de los sujetos según el puntaje obtenido en la escala se encuentra distribuida en niveles que van de muy bajo (1), bajo (2), medio (3), alto (4) y muy alto(5); el nivel que presenta mayor cantidad de individuos es el alto con un 29.5%, seguido de muy alto con un 25% equivalentes a 13 y 11 individuos respectivamente, el nivel en el que se presenta la menor cantidad de sujetos es el bajo con un porcentaje del 6.8 de la muestra equivalente a 3 sujetos (Cuadro 10).

Cuadro 10. Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala Multidimensional del Sentido del Humor

VALIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Muy Bajo	9	20.5	20.5	20.5
Bajo	3	6.8	6.8	27.3
Medio	8	18.2	18.2	45.5
Alto	13	29.5	29.5	75.0
Muy Alto	11	25.0	25.0	100.0
TOTAL	44	100.0	100.0	

8.1.5 Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes Diagnosticados con Diabetes Tipo II. La participación de los sujetos según el puntaje obtenido en la escala se encuentra distribuida en actitud hacia la adhesión al tratamiento que va de muy desfavorable (1), desfavorable (2), favorable (3) y muy favorable (4); el 75% de la muestra equivalente a 33 sujetos puntuaron favorable, el 9.1% equivalente a 4 sujetos puntuaron con una actitud muy favorable, dentro de la muestra el 15.9 equivalente a 7 individuos puntuó con una actitud desfavorable hacia la adhesión al tratamiento (Cuadro 11).

Cuadro 11. Distribución de frecuencias por puntaje obtenido en la Escala de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes Diagnosticados con Diabetes Tipo II.

VALIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Desfavorable	7	15.9	15.9	15.9
Favorable	33	75.0	75.0	90.9
Muy Favorable	4	9.1	9.1	100.0
TOTAL	44	100.0	100.0	

8.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO

Para realizar los análisis correspondientes, se tuvieron en cuenta las puntuaciones Netas obtenidas por los sujetos en las mediciones que se llevaron a cabo (Escala Multidimensional del Sentido del Humor y la Escala de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II), además de las variables sociodemográficas (Edad y Tiempo de Diagnóstico) incluidas en este estudio, en relación al sexo; de igual manera se realizó el análisis de Homogeneidad de la muestra empleando la prueba de Mann-Whitney.

8.2.1 Análisis de homogeneidad de la muestra. (Prueba de Mann-Whitney) y Análisis descriptivo de las variables edad, tiempo de diagnóstico, puntuación neta de sentido del humor y puntuación neta de la actitud hacia la adhesión al tratamiento en relación al sexo. De acuerdo al análisis de los datos obtenidos, la muestra posee características similares en cuanto a las variables edad, tiempo de diagnóstico, puntaje obtenido en las escala de Sentido del Humor y de Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en relación al sexo; evidenciando una elevada homogeneidad, con valores de 0.404, 0.465, 0.589 y 0.860 respectivamente, lo cual denota que a pesar de que la selección se realizó intencionalmente, no existe una diferencia significativa entre las variables, cumpliendo con esto los criterios de inclusión.

A pesar de que la diferencia entre las variables en relación al sexo no es significativa, por medio del valor de las medias, se denota una tendencia en el sexo masculino a presentar valores de tiempo de diagnóstico y puntuación neta de sentido del humor mayores que el sexo femenino. En contraste, y teniendo en cuenta el análisis de las medias, se encuentra que la puntuación neta de la actitud hacia la adhesión a tratamiento es ligeramente menor en los hombres que en las mujeres (Cuadro 12).

Cuadro 12. Análisis de homogeneidad de la muestra (Prueba de Mann-Whitney) y Análisis descriptivo de las variables edad, tiempo de diagnóstico, puntuación neta de sentido del humor y puntuación neta de la actitud hacia la adhesión al tratamiento en relación al sexo.

VARIABLE	GRUPO	n	X	MEDIANA	MIN	MAX	Mann-Whitney U	Sig
EDAD	Masculino	22	58.41	55.50	43	75	206.500	.404
	Femenino	22	60.68	61.50	42	78		
	TOTAL	44	59.55	58.50	42	78		
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	Masculino	22	8.41	7.00	1	26	211.000	.465
	Femenino	22	6.45	5.00	1	20		
	TOTAL	44	7.43	6.50	1	26		
PUNTUACIÓN NETA SENTIDO DEL HUMOR	Masculino	22	66.82	71.00	36	94	219.000	.589
	Femenino	22	65.36	71.00	23	90		
	TOTAL	44	66.09	71.00	23	94		
PUNTUACIÓN NETA DE LA ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	Masculino	22	66.27	70.00	45	80	234.500	.860
	Femenino	22	66.36	68.50	34	81		
	TOTAL	44	66.32	69.00	34	81		

8.2.2 Análisis comparativo para verificación de hipótesis alternativas (Test de Kruskal-Wallis). Se utilizaron pruebas no paramétricas porque los grupos comparativos estaban compuestos por 22 sujetos cada uno (menor a 30), con lo cual no se cumple una de las condiciones principales para realizar análisis estadísticos con pruebas paramétricas.

A demás de no existir una diferencia significativa (0.83) entre la puntuación neta del sentido del humor y los intervalos de edad, al realizar el análisis comparativo de las medias, se refuta laHa2: A mayor edad, menor nivel de Sentido del Humor, al evidenciar que la media correspondiente al intervalo de edad de mayores de 65 años es menor que las medias de los demás intervalos; dado que la hipótesis postula una relación inversamente proporcional, esto no se cumple a cabalidad debido a que la media del intervalo de edad de 55-64 años presenta un valor superior al intervalo de la edad de menores de 54 años (Cuadro 13).

A pesar de no existir una diferencia significativa (0.27) entre la puntuación neta de la Actitud Hacia La Adhesión Al Tratamiento y los intervalos de edad, al realizar el análisis comparativo de las medias, se confirma la Ha1: A mayor edad, menor nivel de actitud hacia la adhesión al tratamiento, al evidenciar una relación inversamente proporcional entre los valores de las medias y los intervalos de edad (Cuadro 13).

Debido a que no hay una diferencia significativa entre las medias correspondientes a la puntuación neta del sentido del humor y el sexo, se refuta la Ha3: Existen diferencias significativas entre el nivel del Sentido del Humor dependiendo del sexo (Cuadro 13).

Cuadro 13. Análisis comparativo para verificación de hipótesis alternativas (Test de Kruskal-Wallis).

	INTERVALO DE EDAD	N	Media	Sig.
PUNTUACIÓN NETA SENTIDO DEL HUMOR	MENOR DE 54 AÑOS	17	23.06	.083
	DE 55- 64 AÑOS	14	27.43	
	MAYOR DE 65	13	16.46	
	Total	44		
	SEXO	N	Media	Sig.
PUNTUACIÓN NETA SENTIDO DEL HUMOR	FEMENINO	22	21.45	.589
	MASCULINO	22	23.55	
	Total	44		
	INTERVALO DE EDAD	N	Media	Sig.
PUNTUACIÓN NETA DE LA ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	MENOR DE 54 AÑOS	17	25.97	.276
	DE 55- 64 AÑOS	14	22.07	
	MAYOR DE 65	13	18.42	
	Total	44		

8.3 ANÁLISIS CORRELACIONAL

Para realizar los análisis correspondientes, se aplicó la prueba no paramétrica de Spearman para analizar las puntuaciones ordinales de las variables vinculadas al estudio (intervalo de edad, intervalo de tiempo de diagnóstico, nivel de sentido del humor, actitud hacia la adhesión al tratamiento).

8.3.1 Correlación de variables. En el análisis del coeficiente no paramétrico de correlación de Spearman para los datos ordinales, se evidencia una correlación lineal positiva baja entre las pruebas de actitud hacia la adhesión y el nivel de sentido del humor, con una puntuación de coeficiente de correlación de .362 (Cuadro 14), valor con el cual se confirma la hipótesis H_{i1} : Existe una relación significativa entre el nivel de actitud hacia el Sentido del Humor de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II y el nivel de actitud hacia la Adhesión al Tratamiento. Por lo tanto se puede decir que las puntuaciones entre actitud hacia la adhesión al tratamiento tienen una asociación positiva respecto a los niveles de sentido del humor en los 44 sujetos evaluados en la presente investigación. Teniendo en cuenta el análisis de los coeficientes de correlación y los niveles de significancia, no se evidencia ninguna otra correlación entre las demás variables (Cuadro 14).

Cuadro14. Correlación no paramétrica Rho de Spearman.

		INTERVALO DE EDAD	INTERVALO TIEMPO DE DIAGNOSTICO	NIVEL DE SENTIDO DEL HUMOR	ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO
INTERVALO DE EDAD	Coeficiente de Correlación	1.000	-.008	-.175	-.119
	Significancia . (bilateral)	.	.961	.255	.441
	N	44	44	44	44
INTERVALO TIEMPO DE DIAGNOSTICO	Coeficiente de Correlación	-.008	1.000	.115	.092
	Significancia . (bilateral)	.961	.	.458	.553
	N	44	44	44	44
NIVEL DE SENTIDO DEL HUMOR	Coeficiente de Correlación	-.175	.115	1.000	.362*
	Significancia . (bilateral)	.255	.458	.	.016
	N	44	44	44	44
ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	Coeficiente de Correlación	-.119	.092	.362*	1.000
	Significancia . (bilateral)	.441	.553	.016	.
	N	44	44	44	44

9. DISCUSIÓN

En la búsqueda de nuevas alternativas de conocimiento que puedan favorecer la adquisición de elementos cognitivos, volitivos y comportamentales dentro del esquema biopsicosocial de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, para generar impacto, coadyuvar en la adaptación y asimilación de las situaciones y propiedades estresoras de la patología, se presenta la Psicología Positiva⁹⁶ como un enfoque de cambio de visión de la enfermedad, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, tomando como punto de partida sus fortalezas definidas como emociones positivas.⁹⁷

Son estas emociones positivas, y específicamente el sentido del humor, las que se postulan, desde este discurso, como un nuevo elemento que puede tener influencia significativa dentro de la actitud y la toma de decisiones que poseen los pacientes respecto a su tratamiento.

Es importante resaltar que al humor, aunque poco estudiado, “se le atribuyen numerosos beneficios psicológicos (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del estrés, prevención de la depresión), físicos (tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular) y sociales (mejoras en la motivación, la comunicación, el orden y la armonía social)”⁹⁸.

En la presente investigación se tiene como resultado una correlación lineal positiva baja pero significativamente entre los niveles de sentido del humor y la actitud hacia la adhesión al tratamiento. Este resultado permite la comprobación de la hipótesis principal Hi1: Existe una relación entre el nivel de actitud hacia el Sentido del Humor de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II y el nivel de actitud hacia la Adhesión al Tratamiento, esto involucra relacionar aspectos

⁹⁶ VERA, Op. cit., p. 3-8

⁹⁷ Revistas Diversitas Op cit.

⁹⁸ CARBELO, JAUREGUI, Op.cit., p .18

como el inicio y la continuidad del programa de tratamiento, asistir a las consultas y revisiones, tomar adecuadamente la medicación prescrita, evitar comportamientos de riesgo y mantener estas conductas en el transcurso del tiempo⁹⁹. Al reforzar las emociones positivas en las que se encuentra en particular el humor, se ha encontrado que se potencia la salud y el bienestar, debido a que un sujeto con niveles más elevados de humor tiene mayor satisfacción con la vida, esperanzas, es optimista y se percibe como una persona más feliz al comparar esto con las características de personas con un nivel alto de adhesión al tratamiento se encontró que los sujetos que se perciben más adherentes asumen formas más positivas de afrontamiento como lo indica Vera Villarroel¹⁰⁰.

Es necesario precisar que el humor per se no es suficiente para generar una mejora de la salud automáticamente, puesto que para ello la persona con elevado nivel del mismo, realiza esfuerzos y asume comportamientos relacionados con una actitud más favorable hacia la adhesión al tratamiento, pues tiene más expectativas positivas ante las diversas situaciones que pueden ocurrir y que por lo tanto todos los comportamientos relacionados con la mejora de sus condición física, tendrán más consecuencias favorables.¹⁰¹ Esto se puede sustentar con base en la teoría de ampliación y construcción de Fredrickson, la cual afirma que “las emociones positivas como el humor, provocan en la persona un cambio en la actitud cognitiva, las cuales pueden producir cambios en la actividad física o posibilidades de acción; es decir que si se presenta un cambio en el pensamiento, afectara de forma indirecta el comportamiento, esto representado a través de respuestas más creativas y acciones más variadas. En cuanto a recursos sociales también se ven incrementados, ya que las emociones positivas facilitan la creación de relaciones sociales, de cooperación y de amistad, lo cual puede ser un factor importante en el cambio de actitud hacia la adhesión al tratamiento¹⁰². Teniendo en cuenta que mediante el humor se podría conseguir un incremento en los niveles de actitud hacia la adhesión al tratamiento en los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, contribuyendo así con una mejora de su salud generando bienestar físico y psicológico a sus pacientes.

⁹⁹MACIA, MENDEZ. Citado por NOVOA GÓMEZ, Mónica María. MORALES PALENCIA, Ana María. OSORIO DOMÍNGUEZ, Adriana. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. En: Revista colombiana de psicología. No 17 (2008); p. 27-41.

¹⁰⁰ VERA, VILLAROEL, Pablo. Optimismo y salud. En: FLORES, ALARCÓN, Luis. BOTERO, Mercedes. JIMÉNEZ, Bernardo. Psicología de la salud. Barranquilla: kimpres Ltda, 2005. P. 81.

¹⁰¹Ibid., p. 81

¹⁰² FREDRICKSON, Bárbara. Modelo de Ampliación y Construcción. Referenciado por CORREDERA LARIOS, Antonio. Crecimiento Positivo: Psicología Positiva Aplicada [en línea]. <<http://www.crecimientopositivo.es/teoriafredrikson.html>> [citado el 08 de mayo de 2011]

Las puntuaciones de la escala multidimensional de humor no obtuvieron diferencias significativas en cuanto a las variables sexo, edad y tiempo de diagnóstico. En contraste con el estudio realizado para la validación de dicha escala por Thorson y Powell, en donde la variable edad obtuvo diferencias significativas, concluyendo que a mayor edad las puntuaciones netas de la escala disminuían. A pesar de que en el presente estudio no existe una asociación directa entre edad y puntaje de la escala multidimensional de sentido del humor, se observan puntuaciones menores para el intervalo de edad de mayores de 65 años que en los sujetos agrupados en el intervalo de edad de menores de 54 años, lo que podría concluir que se observa una tendencia a disminuir la puntuación cuando aumenta la edad.

Es importante resaltar que no se encontró una correlación inversamente proporcional entre las variable edad y actitud hacia la adhesión al tratamiento como se había señalado en la Ha1: A mayor edad, menor nivel de actitud hacia la adhesión al tratamiento, pero sus medias muestran una disminución en las puntuaciones de nivel de actitud hacia la adhesión en contraste con las variables de edad y sexo. Esto lo referencia la Organización mundial de la salud, en su reporte del año 2004 donde se indagan Las variables que intervienen en la adhesión terapéutica en pacientes diabéticos¹⁰³. La cual argumenta que la edad no es una variable que interviene en la actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Al comparar los resultados obtenidos en el estudio, con el aporte dado por Enrique Barra Almegia¹⁰⁴ titulado Salud, estados afectivos y expresión emocional, en el que se recalca la importancia del estado de ánimo positivo en el mantenimiento y cuidado de la salud física, teniendo en cuenta que las personas con mejor sentido del humor experimentan un estado de ánimo positivo, contribuyendo al aumento de los niveles de adhesión al tratamiento, porque estas están más involucradas con seguir en la búsqueda de un estado de bienestar y por lo tanto estar más dispuestas a buscar atención médica o a evitarla gracias a el mantenimiento de conductas protectoras¹⁰⁵.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente se puede inferir que la importancia de este estudio radica en que al encontrar evidencias para aceptar la hipótesis

¹⁰³ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op .cit; p202

¹⁰⁴BARRA, ALMAGIA, Enrique. Salud, Estados afectivos y expresión emocional En: FLORES, ALARCÓN, Luis. BOTERO, Mercedes. JIMÉNEZ, Bernardo. Psicología de la salud. Barranquilla: kimpres Ltda, 2005. P. 107

¹⁰⁵Ibid., p. 107

principal, se podría contribuir al ámbito clínico y en el personal hospitalario así, como en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad crónica, demostrando que los sujetos necesitan potencializar el humor y otras emociones positivas, con el objetivo de elevar sus niveles de adhesión al tratamiento, para con esto mejorar su calidad de vida, entendida como la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social¹⁰⁶, pretendiendo que el sujeto vaya asumiendo cambios cognitivos, comportamentales y emocionales frente a la enfermedad en busca de una evolución favorable.

¹⁰⁶ CONTRERAS, Françoise.; ESGUERRA, Gustavo.; ESPINOSA, JUAN. y GÓMEZ, Viviana. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. EN: Acta Colombiana De Psicología. Vol. 10, N° 2 (2007); p. 169-179.

10. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el presente estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El notar una relación positiva entre las variables sentido del humor y adhesión a tratamiento, es una fuerte herramienta para direccionar la información obtenida hacia la elaboración de planes de intervención, que promuevan al sentido del humor como alternativa coadyuvante dentro del proceso del plan de recuperación, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo II.

De acuerdo a la experiencia en el trabajo de campo durante la fase de recolección de datos, se intuye que el conocimiento que posea la persona de la enfermedad, las limitaciones físicas y cognitivas que estas posean, son factores que en gran medida pueden condicionar la actitud y las acciones dirigidas a seguir adecuadamente un plan de tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo II.

El hecho de que no se presenten diferencias significativas entre las variables edad y nivel del sentido del humor, puede conllevar a especificar que, la persona cuenta con un sistema que regula de manera homogénea el nivel de esta emoción positiva, inclusive durante el paso de los años, lo cual puede explicar la evidencia de la nula diferencia entre las variables en cuestión.

Los componentes emocionales, cognitivos, físicos y comportamentales que se relacionan con la Diabetes Mellitus Tipo II inciden en el aumento de la frecuencia de pensamientos desfavorables hacia la enfermedad, disminuyendo la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con esta patología.

Aunque no es un objetivo del presente estudio es relevante mencionar la alta confiabilidad obtenida en la Escala Multidimensional del Sentido del Humor para esta muestra, demostrando con esto que el instrumento puede ser empleado en futuros estudios en los que se requiera realizar la medición de esta variable.

De igual forma cabe resaltar que la Escala de Actitud Hacia la Adhesión al Tratamiento es un instrumento con una alta confiabilidad a la hora de medir esta variable y está a disposición de la comunidad científica que pretenda utilizarla y mejorarla en pro de la óptima medición de la adhesión al tratamiento.

11. RECOMENDACIONES

La presente investigación tenía como objetivo investigar la posible relación entre los niveles de sentido del humor y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II de la ciudad de Neiva, se encontró una relación positiva entre las variables, sin embargo se presentaron algunas dificultades en el transcurso de la misma. A continuación se expondrán las siguientes recomendaciones:

Se recomienda que en la realización de futuros estudios, estos se realicen con una muestra más amplia con el fin de ofrecer un mayor grado de generalización de los resultados además de aportar información que permita contrastar la obtenida en el presente estudio.

El siguiente aspecto expone la necesidad de que en futuros estudios se incluyan más variables como por ejemplo las socio demográficas con el fin de obtener mayor información que permita identificar otros aspectos que se podrían relacionar e influenciar tanto el sentido del humor como la actitud hacia la adhesión al tratamiento, entre otras que podrán ser establecidas por los futuros investigadores dependiendo de su objeto e interés de estudio.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio surge la necesidad de realizar nuevas investigaciones que propongan al humor como una herramienta importante para potenciar y promover una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

Se recomienda a las instituciones prestadoras de servicios de salud generar programas alternativos que involucren aspectos como el humor con el fin de crear nuevas intervenciones terapéuticas en pro de la salud de los pacientes, por medio de personal especializado como los psicólogos y personal de la salud, involucrándolos en el manejo de estos pacientes de tal forma que se garantice tanto el bienestar físico como psicológico del paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus Tipo II.

Se realizará la socialización de los resultados obtenidos en este estudio en la institución prestadora de servicios de salud E.S.E Carmen Emilia Carmen Ospina de la ciudad de Neiva, quienes amablemente brindaron su colaboración para la realización de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALÁ, 2005, 217 h. Tesis de doctorado (doctora en Psicopedagogía y Educación física). Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación física.

ALDASORO, Ane. Cuidados de enfermería al niño con patología respiratoria crónica. [En línea]. <<http://www.congresoaeop.org/2009/agenda/docs/19384.pdf>> [citado el 30 de abril del 2011].

ARANGO, José; AVILA, Andrés; FIERRO, Jeison y TAO, Olga. Locus de control y actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis. Trabajo de Grado (Psicólogo) Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Programa de Psicología.

ARIZA, Evelyn; CAMACHO, Nazly; LONDOÑO, Edwin; NIÑO, Clemencia Claudia; SEQUEDA. SOLANO, Carlos y BORDA, Mariela. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 En: Salud Uninorte, Vol. 21 (2005) p.28-40.

AVELLANEDA, A.; IZQUIERDO, M.; TORRENT-FARNELL, J. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque socio sanitario. En: An. Sist. Sanit. Navar. Nº 2. Vol. 30, (mayo-agosto 2007); PP 117-190

BANDURA.A., Social foundations of thought and action. Disponible [en línea] <<http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/effpage1html>> (citado el 20 de enero de 2011)

BARRA, ALMAGIA, Enrique. Salud, Estados afectivos y expresión emocional En: FLORES, ALARCÓN, Luis. BOTERO, Mercedes. JIMÉNEZ, Bernardo. Psicología de la salud. Barranquilla: kimpresLtda, 2005. P. 107

CARBELO BAQUERO, Begoña. El humor en la relación de pacientes, una guía para profesionales de salud: Humor y disciplinas relacionadas con la Salud. Barcelona: Masson, 2005. 223 p. ISBN 84-458-1440-0

CARBELO BAQUERO, Begoña. Estudio del Sentido del Humor: Validación de un instrumento para medir el Sentido del Humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Alcalá, 2005, 217 h. Tesis de doctorado (doctor en Psicopedagogía y Educación física). Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación física.

CARBELO, Begoña; JÁUREGUI, Eduardo. Emociones Positivas: Humor Positivo. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 18-30

CONTRERAS, Françoise; ESGUERRA, Gustavo; ESPINOSA, JUAN y GÓMEZ, Viviana. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. EN: Acta Colombiana De Psicología. Vol. 10, N° 2 (2007); p. 169-179.

CONTRERAS, Françoise; ESGUERRA, Gustavo. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. Diversitas [online]. 2006, Vol.2, n.2 [citado 2011-05-05], pp. 311-319. Disponible En: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1794-9998.

CORBACHO ARMAS, Kelly; PALACIOS GARCÍA, Nícida y VAIZ BONIFAZ, Rosa. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. En: revista de enfermería herediana. Vol. 2, No 1 (2009); p.26-31

DE ANELLO, Silvana; BARREAT, Yariana; DE ORAZIO, Ana y ESCALANTE, Gregorio. Incidencia del sentido de humor y la personalidad sobre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) en docentes. En: EDUCERE – Investigación arbitrada. Vol. 13, No 45 (2009); p. 439-447

Diabetes Mellitus definición y etiopatogenia. [En línea].<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/IntegradoTercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/DiabetesMellitus.pdf>> [citado en 8 de septiembre de 2010]

Diccionario de la real academia española. [en línea] <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=adhesi%F3n> (citado el 1 de mayo de 2011).

DOLGER, Henry. Cómo vivir con la diabetes. edit. Diana. México, 1997. 12 p. ISBN: 9681305841

EL PAIS. Diccionario Castellano [en línea]. <<http://www.elpais.com/diccionarios/castellano/edad>> (citado el 30 de abril de 2011).

EMOCIONES, SENTIMIENTOS, ACTITUDES, PENSAMIENTO Y SALUD. [en línea] <http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_salud_3.pdf> (citado el 1 de mayo de 2011)

ESCUELA DE MEDICINA: CURSO INTEGRADO DE CLÍNICAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS. Apuntes de la fisiopatología de sistemas: complicaciones agudas de la diabetes mellitus. [en línea]. <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/ApFisiopSist/nutricion/Nutricion3.html>> [citado en 9 de septiembre de 2010]

EYSENCK, H. J. Referenciado por CARBELO BAQUERO, Begoña. Estudio del Sentido del Humor: Validación de un instrumento para medir el Sentido del Humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Alcalá, 2005, 217 h. Tesis de doctorado (doctor en Psicopedagogía y Educación física). Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación física.

FROJÁN, María Xesús. ; ALPAÑÉS, Manuel. ; CALERO, Ana. y VARGAS, Ivette. Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. EN: Psicothema. Vol. 22 (2010), Nº 4; pp. 556-561

GONDER-FREDERICKA, Linda. COXA, Daniel. BOBBITTA, Sharon A. PennebakeraaU Virginia Medical Ctr, Blue Ridge Hosp Behavioral Medicine Ctr, Charlottesville. Mood changes associated with blood glucose fluctuations in insulin-dependent Diabetes Mellitus, 2009

FIGUEROLA, Daniel. Enfermedades endocrinológicas. [en línea].<<http://www.medicinadelcant.com/cast/14.pdf>> [Citado en 9 de septiembre de 2010]
FIGUEROLA, Daniel. Objetivo del Tratamiento y esquema terapéutico. En: FIGUEROLA, Daniel. Diabetes. Barcelona: Masson S.A., 2003. p. 54-56

FLORES ALARCÓN, Luis. Psicología de la salud. En: Revista electrónica psicología científica .com. [En línea]<<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>>. (Citado el 1 de mayo de 2011)

FRAGOZO, Argemiro.; PINZÓN, Juan. Diabetes. En: Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 16, No 3 (2009); p. 118-129

FREDRICKSON, Bárbara. Referenciada por VECINA JIMÉNEZ, María Luisa. Emociones Positivas. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 9

FREDRICKSON, Bárbara. Modelo de Ampliación y Construcción. Referenciado por CORREDERA LARIOS, Antonio. Crecimiento Positivo: Psicología Positiva Aplicada [en línea]. <<http://www.crecimientopositivo.es/teoriafredrikson.html>> [citado el 08 de mayo de 2011]

HERNANDEZ, Sampieri Roberto.; FERNANDEZ, Collado, Carlos.; BAPTISTA, Lucio Pilar. Metodología de la investigación. México: McGraw. Hill, 2008. 850 p. 850 ISBN -13: 978-970-10-5753-7

IICZYSZYN. ANDERSON. TALBOT. GARARD. Referenciado por GAVIRIA, Ana Milena. RICHARD, Camila. VALDERRAMA, María Isabel. Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II. Medellín, 2007, 1 h. trabajo de grado (Psicología). Universidad CES. Facultad de Psicología. Línea de investigación en clínica y salud

IFAD.Enabling poor rural people to overcome povety.[en línea]. <http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm> (citado el 30 de abril de 2011).

JAUREGUI NARVAEZ, Eduardo. El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas: Desclée de Brouwer, 2004. 354 p. (Serendipity : no.24) ISBN 8433019082

JIMÉNEZ, María.; DAVILA, Mariel. Psicodiabetes. En: Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 25, No 1 (2007); p. 126-146

JOSLIN. Referenciado por FIGUEROLA, Daniel. Enfermedades endocrinológicas. [En línea]. <<http://www.medicinadelcant.com /cast/14.pdf>> [Citado en 9 de septiembre de 2010]

LANE. Referenciado por GAVIRIA, Ana Milena. RICHARD, Camila. VALDERRAMA, María Isabel. Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II. Medellín, 2007, 1 h. trabajo de grado (Psicología). Universidad CES. Facultad de Psicología. Línea de investigación en clínica y salud

LIBERTAD, Martín A.; GRAU, Jorge A. La investigación de la Adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. En: Psicología y Salud. Vol. 14, No 001 (2004); p. 89-99

LUSTRAN. JACOBSON. KOENIG. Referenciado por GAVIRIA, Ana Milena. RICHARD, Camila. VALDERRAMA, María Isabel. Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II. Medellín, 2007, 1 h. trabajo de grado (Psicología). Universidad CES. Facultad de Psicología. Línea de investigación en clínica y salud

MACIA. MENDEZ. Citado por NOVOA GÓMEZ, Mónica María. MORALES PALENCIA, Ana María. OSORIO DOMÍNGUEZ, Adriana. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. En: Revista colombiana de psicología. N° 17 (2008); p. 27-41

MARTÍN, Rod. Humor. En: LOPEZ, Shane. The Encyclopedia of Positive Psychology. Oxford: WileyBlackwell, 2009. p. 503-508

MATARAZZO, Joseph. Citado por FLORES ALARCÓN, Luis. Psicología de la salud. En: Revista electrónica psicología científica .com. [en línea]<<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>>. (Citado el 1 de mayo de 2011).

MEICHENBAUN. TURK. Citados por NOVOA GÓMEZ, Mónica María. MORALES PALENCIA, Ana María. OSORIO DOMÍNGUEZ, Adriana. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. En: Revista colombiana de psicología. N° 17 (2008); p. 27-41.

MEICHENBAUN. TURK. Citados por NOVOA GÓMEZ, Mónica María. MORALES PALENCIA, Ana María. OSORIO DOMÍNGUEZ, Adriana. Óp. Cit. p.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 00412 del 2000. Referenciado por ARIZA, Evelyn. CAMACHO, Nazly. LONDOÑO, Edwin. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. En: Salud Uninorte. Vol. 21 (2005); p. 28-40

NOCKOWITZ, R. Adhesión al Tratamiento [en línea]. <[http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs /pro_tocolo3.pdf](http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/pro_tocolo3.pdf)> (citado el 30 de abril de 2010)

OBLITAS GUADALUPE, Luis A. Psicología de la salud y calidad de vida. México DF: CengageLearning Editores, S.A., 2010. p.131-132. ISBN 9786074811254

OLVERA MÉNDEZ, Juana.; SORIA, Marisela Roció. La importancia de la Psicología de la Salud y el papel del Psicólogo en la Adherencia al Tratamiento en pacientes infectados con VIH. En: Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 11 No 4 (Diciembre de 2008); P. 149-158

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos de largo plazo: Pruebas de acción, 2004. p. 202.,

PRADA, Eliana Cecilia. Psicología Positiva & Emociones Positivas [en línea]. <<http://www.Psicología-positiva.com/Psicologíaapos.pdf>> [citado en 23 de febrero de 2011]

VÁZQUEZ, Carmelo. La Psicología en perspectiva. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 1-2

VECINA JIMÉNEZ, María Luisa. Emociones Positivas. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 6-17

VERA, Beatriz. Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la Psicología. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1(2006); p. 3-8

VERA, VILLAROEL, Pablo. Optimismo y salud. En: FLORES, ALARCÓN, Luis. BOTERO, Mercedes. JIMÉNEZ, Bernardo. Psicología de la salud. Barranquilla: kimpresLtda, 2005. P. 81.

VILLALBA. Referenciado por ARIZA, Evelyn. CAMACHO, Nazly. LONDOÑO, Edwin. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. En: Salud Uninorte. Vol. 21 (2005); p. 28-40

VILLALOBOS, PÉREZ, Alfonso. ; QUIRÓS MORALES, Diego,; LEÓN SANABRIA, Giovanni y SÁENZ , Brenes, Juan C. 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. Diversitas: Perspectivas en Psicología [en línea] 2007, Vol. 3 [citado 2011-05-10]. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67930102>. ISSN 1794-9998

RAMIREZ CHAMORRO, Miguel, Efecto de la actuación farmacéutica en la Adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular, Granada, 2008, 281 h. Tesis doctoral (Doctor). Universidad de Granada.

SAA, Diego: Relación médico paciente, En: Colombia médica [base de datos en línea]. Vol. 39, N° .3 (julio-septiembre de 2008). p, 288 (citado el 10 de marzo de 2011) Disponible en Colombia Medica Univalle.¹GRANADOS, Elodia Elisabeth.

ESCALANTE, Eduardo. Estilos de Personalidad y Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. Personality styles and adherence to treatment in patients with Diabetes Mellitus, [base de datos en línea].Vol. 16, No 2; p. 1 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272010000200010&script=sci_arttext (citando el 10 de marzo de 2010).

SALAZAR, Isabel cristina.; VENTURA DE CHAPAVAL, Mónica. Evaluación y tratamiento psicológico de la Diabetes Mellitus. En: ARRIVILLAGA QUINTERO, Marcela. CORREA SÁNCHEZ, Diego. SALAZAR TORRES, Isabel Cristina. Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Madrid: editorial manual moderno, 2007. 54 p

SELIGMAN, Martín. Referenciado por CARBELO, Begoña. Emociones Positivas: Humor Positivo. En: Papeles del Psicólogo. Vol. 27, No 1 (2006); p. 18-30

THORSON, J.A. POWELL, F.C. Referenciados por CARBELO BAQUERO, Begoña. Estudio del Sentido del Humor: Validación de un instrumento para medir el Sentido del Humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Alcalá, 2005, 217 h. Tesis de doctorado (doctora en Psicopedagogía y Educación física). Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación física

ANEXOS

Anexo A. Escala Multidimensional del Sentido del Humor MSHS Realizado por Thorson y Powell (1993) Validado por Carbelo Baquero Begoña (2005)

Instrucción:

Estamos realizando un cuestionario para valorar actitudes y necesitamos su colaboración. El cuestionario es sencillo y se tarda aproximadamente cuatro minutos en diligenciarlo.

Por favor debe contestar a cada afirmación que se hace en el cuestionario de manera rápida y marcando con una X si está:

MUY DE ACUERDO con la misma, **DE ACUERDO**, le es **INDIFERENTE**, está **EN DESACUERDO** o **MUY EN DESACUERDO** con cada una de las afirmaciones del cuestionario. Además indique por escrito en los espacios que se encuentran a continuación su nombre, edad y sexo. Muchas gracias por su colaboración.

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO: M () F ()

	1	2	3	4	5
1. A veces invento chistes o historias graciosas.					
2. El uso de chistes o del Humor me ayuda a dominar situaciones difíciles.					

3. Sé que puedo hacer reír a la gente.					
4. No me gustan las lecturas de tipo “cómic”.					
5. La gente dice que cuento cosas graciosas.					
6. Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones.					
7. Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso.					
8. La gente que cuenta chistes es insoportable.					
9. Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían.					
10. Me gusta un buen chiste.					
11. Denominar a alguien “cómic” es un insulto.					
12. Puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría.					
13. El Humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida.					
14. Aprecio a la gente con Humor.					
15. La gente espera que yo diga cosas graciosas.					
16. El Humor me ayuda a hacer frente a la vida.					
17. No me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes.					
18. Mis amigos me consideran chistoso.					
19. Hacer frente a la vida mediante el Humor es una manera elegante de adaptarse.					
20. Tratar de dominar situaciones mediante el uso del Humor es estúpido.					
21. En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste.					
22. Usar el Humor me ayuda a relajarme.					
23. Uso el Humor para entretener a mis amigos.					
24. Mis dichos graciosos entretienen a otras personas.					

Anexo B. Cuestionario para la evaluación de contenido utilizando criterios de expertos

Cordial saludo.

Estamos elaborando un cuestionario para evaluar la Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento médico en personas con Diabetes Mellitus Tipo II. Usted por su experiencia y conocimientos en el tema ha sido seleccionado, por el equipo de investigadores, como experto para realizar una evaluación de contenido al cuestionario propuesto.

Si está de acuerdo en colaborar le pedimos lea detenidamente las indicaciones que se le dan y responda según considere.

Su ayuda será de gran utilidad y le damos las gracias de antemano.

A continuación usted encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con la Actitud hacia la Adhesión al Tratamiento médico en personas con Diabetes Mellitus Tipo II, por favor lea cada una de ellas y califique de cero a cinco (siendo cero el puntaje más bajo y cinco el puntaje más alto) cada una de las siguientes dimensiones:

- Pertinencia
- Relevancia
- Claridad
- Redacción

ÍTEM	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Redacción
Yo creo que si cumplo mi tratamiento evitare enfermarme de nuevo				
Mis amigos más cercanos piensan que es mejor dejar el tratamiento que seguirlo				
Necesito ayuda para seguir mi plan de tratamiento.				
El personal médico resuelve las dudas que tengo sobre mi enfermedad				
Demasiadas cosas se interponen para poder seguir mi tratamiento				
Los doctores y otros profesionales de la salud no responden a mis preguntas				
Mis parientes me brindan apoyo desde el inicio de mi tratamiento				

Mi esposa(o) piensa que debo seguir el tratamiento.				
No consumo los alimentos que son establecidos en el plan de tratamiento				
Siento que a veces no cuento con las fuerzas necesarias para continuar con el tratamiento				
Mi familia no se encuentra interesada en mi enfermedad				
Algunas veces los doctores utilizan términos médicos sin explicar su significado				
Siento que mi familia me motiva para continuar con el tratamiento				
Los costos de los alimentos impiden que pueda seguir la dieta recomendada para mi enfermedad				
Cumplir con el tratamiento no está entre mis planes				
Yo confío que los doctores y otros profesionales se interesan en mi salud				
Las instrucciones que me dan los médicos y el resto de personal de salud son claras y oportunas				
Pienso que cumplir con mi tratamiento es mejor que no cumplirlo				
Tomo mis medicamentos diariamente				
Es difícil creer que el				

tratamiento me ayudara				
Los doctores y otros profesionales de la salud escuchan lo que les digo				
Me siento motivado/a a seguir con el tratamiento				
Mi tratamiento es demasiado problemático para poder seguirlo				
Los doctores y otros profesionales de la salud me tratan amablemente				
Mi relación de pareja se ha visto afectada después de haber empezado el tratamiento				
Sigo las instrucciones del tratamiento para estar más saludable				
Yo estaría igualmente saludable sin seguir el plan de tratamiento				
Conozco los detalles de la enfermedad que padezco				
Siento que soy capaz de manejar cualquier problema para seguir mi tratamiento				
Realizo algún ejercicio físico que me permita mejorar mi estado de salud				
Mi actitud frente a mi familia es adecuada				
Tomo precauciones fuera de las establecidas por mi tratamiento medico				
Algunas veces consumo alimentos que no son adecuados para mi salud				
Conozco los riesgos que				

implica tener esta enfermedad				
El desgaste del tratamiento me hace menos atractivo(a) físicamente				
Acudo a mi citas médicas puntualmente				
Con frecuencia desobedezco órdenes del médico que está a cargo de mi tratamiento				
Mi trabajo no se ha visto afectado a raíz de la enfermedad				
Siento que en mi trabajo ya no obtengo el mismo rendimiento a causa de mi enfermedad				
Mi familia conoce los factores de riesgo de la enfermedad				
A causa del tratamiento no puedo realizar las mismas actividades físicas que hacía antes				
Las personas me tratan diferente al enterarse de mi enfermedad				
Mis hijos ayudan al cuidado de mi enfermedad				
Mi familia realiza conmigo las actividades físicas que incluye el tratamiento				
Mis compañeros de trabajo son comprensivos con mi enfermedad				
Siento que no hay mejoría desde que fui				

diagnosticado				
Pienso que soy menos atractivo/a para las demás personas cuando saben de mi enfermedad				
Me siento excluido de las actividades familiares a causa de mi enfermedad				
No obtengo el dinero necesario para mis medicamentos				
Acudo solo/a a mis controles médicos				
Siento que por mi tratamiento soy una carga para mi familia				
Mantengo una buena relación con el personal de salud que atiende mi enfermedad				
Pienso que el personal de salud que me atiende está capacitado				
He obtenido resultados con el tratamiento medico				

Agradecemos puntualice las observaciones que crea pertinentes en la realización de la prueba:

Anexo C. Prueba piloto. Escala De Actitud Hacia la Adhesión Al Tratamiento En Pacientes Diagnosticados Con Diabetes Mellitus Tipo II.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Instrucción:

Estamos realizando un cuestionario para valorar actitudes y necesitamos su colaboración.

Respecto a cada una de las siguientes afirmaciones, usted deberá señalar marcando con una X el grado de acuerdo o de desacuerdo teniendo en cuenta la siguiente escala:

TA: Totalmente de acuerdo

PA: Parcialmente de acuerdo

PD: Parcialmente en desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO: M () F ()

ÍTEM	TA	PA	PD	TD
1. Necesito ayuda para seguir mi plan de tratamiento.				
2. Demasiadas cosas se interponen para poder seguir mi tratamiento				
3. Mi familia piensa que debo seguir el tratamiento.				
4. Cumplir con el tratamiento no está entre mis planes				
5. Yo pienso que los médicos y otros profesionales de esta área se interesan en mi salud				
6. Las instrucciones que me dan los médicos y el resto de personal de salud son claras y oportunas				
7. Tomo mis medicamentos diariamente				
8. Yo estaría igualmente saludable sin seguir el plan de tratamiento				
9. Siento que soy capaz de manejar cualquier problema para seguir mi tratamiento				
10. Realizo algún ejercicio físico que me permita mejorar mi estado de salud				
11. Tomo precauciones fuera de las establecidas por mi				

tratamiento medico				
12. Con frecuencia desobedezco órdenes del médico que está a cargo de mi tratamiento				
13. Mi familia realiza conmigo las actividades físicas que incluye el tratamiento				
14. Mis compañeros de trabajo son comprensivos con mi enfermedad				
15. Pienso que soy menos atractivo/a para las demás personas cuando saben de mi enfermedad				
16. El desgaste del tratamiento me hace menos atractivo(a) físicamente				
17. Siento que en mi trabajo ya no obtengo el mismo rendimiento a causa de mi enfermedad				
18. Los médicos y otros profesionales de la salud escuchan lo que les digo				
19. Las personas me tratan diferente al enterarse de mi enfermedad				
20. Acudo solo/a a mis controles médicos				
21. He obtenido resultados con el tratamiento medico				
22. Siento que a veces no cuento con las fuerzas necesarias para continuar con el tratamiento				

Anexo D. Consentimiento Informado

Yo _____ identificado con C.C. No _____ expedida en la ciudad de _____, doy constancia de que he sido informado(a) de que la presente investigación es conducida por las estudiantes del programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana **DIANA MARCELA ALDANA ORDOÑEZ, KELLY DEL CARMEN MONTALVO ROQUE, MARÍA FERNANDA OSORIO BELTRÁN y MELVA CRISTINA RODRÍGUEZ SILVA** y que la meta de este estudio es investigar la **RELACIÓN ENTRE EL SENTIDO DEL HUMOR Y LA ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II LA CIUDAD DE NEIVA**, me han indicado también que tendré que responder 2 cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos de igual manera me fue explicado que esto no representará ningún riesgo para mí integridad física o psíquica, que recibiré un trato digno y se respetará mi privacidad, además de que seré notificado por las investigadoras de los resultados que arroje el estudio, estos podrán ser publicados con fines académicos y no se utilizarán para fines diferentes a los objetivos propuestos para la misma; en caso de que decida retirarme de la investigación tendré la libertad de hacerlo informando con anterioridad a las investigadoras a los teléfonos 3218150629, 3104827239, 3130012008634 o 3138170073 .

Firma del Participante
C.C

Fecha _____

