

Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil*

Relationship between parental behavior and adherence to treatment in children's diabetes

MÓNICA MARÍA NOVOA GÓMEZ**

ANA MARÍA MORALES PALENCIA

ADRIANA OSORIO DOMÍNGUEZ

Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

ROCHY M. VARGAS GUTIÉRREZ

Universidad de Almería. Almería, España

Resumen

En este artículo, enmarcado en la psicología de la salud, se pretende identificar la relación que existe entre la conducta parental y la adherencia al tratamiento a partir de un diseño no-experimental de tipo transversal descriptivo correlacional, en una muestra de niños con diabetes tipo I, entre 8 y 11 años de edad, con un tiempo desde el diagnóstico de entre uno y tres años. Los resultados analizados señalan la relación que existe entre los comportamientos que engloba la variable de conducta parental y adherencia al tratamiento, pudiendo incluso diferenciar aquellos comportamientos más representativos para cada categoría; así por ejemplo, se encontró que la comunicación afectiva es el comportamiento parental que más está correlacionado con las conductas de adhesión. Con respecto a las conductas de adhesión al tratamiento, la dieta fue la conducta de este tipo que más se correlacionó con comportamientos parentales.

Palabras clave: características parentales, comportamiento de salud, diabetes tipo I, adherencia al tratamiento

Abstract

In this article, framed in the context of health psychology, we aim to identify the relationship between parental behavior and adherence to treatment using a non-experimental descriptive cross-relational design. It was used a sample of children with diabetes type I, between 8 and 11 years old, with a time from diagnosis of between one and three years. The results indicate the relationship between behaviors that include parental behavior and adherence to treatment, and may even differentiate those behaviors most representative for each category. For example, it was found that emotional communication is the parental behavior most correlated with adherence behaviors. Regarding the behavior of adherence to treatment, diet was the behavior with the highest correlation with parental behavior.

Keywords: parental behavior's features, health's behavior, type I diabetes, adherence to treatment

RECIBIDO 28 DE ABRIL DE 2008 ACEPTADO 24 DE JULIO DE 2008

* Los autores agradecen a Julio César Molano (Universidad Nacional de Colombia) su colaboración en la edición de la versión final de este artículo.

** mmnova@javeriana.edu.co

EN EL CAMPO de la psicología de la salud se ha estudiado ampliamente la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. Una de las que ha suscitado mayor interés para la psicología de la salud es la diabetes, entre otras razones, por su alta incidencia —especialmente en relación con la infancia— sus características idiosincrásicas —que la convierten en un paradigma de enfermedad conductual— y la complejidad de su tratamiento, el cual precisa de la instauración y mantenimiento de complejas conductas de adhesión al mismo. En la actualidad, la diabetes representa uno de los problemas de salud más frecuente e importante debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas por su tratamiento y por las complicaciones degenerativas asociadas (ceguera, nefropatías, cardiopatías, etc.). Se presenta en un porcentaje de 1-3% de la población aunque en los individuos adultos de más de cuarenta años el porcentaje se eleva hasta un 5-10% (Fernández & Pérez-Álvarez, 1996).

La diabetes mellitus es un síndrome caracterizado por una alta cantidad de glucosa en el torrente sanguíneo (hiperglucemia crónica) y, frecuentemente, está asociado con otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico relacionado con un defecto en la secreción de la hormona insulina. La diabetes mellitus puede clasificarse en: (a) diabetes mellitus insulino dependiente (DMID), (b) diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID), (c) intolerancia a la glucosa (IG), y (d) diabetes mellitus gestacional (DMG).

La DMID, también conocida como diabetes mellitus tipo I, se produce por un déficit en la secreción de insulina debido a un proceso destructivo de las células que la producen. Debido a este déficit, es necesaria la administración diaria de insulina (Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993). Este tipo de diabetes afecta fundamentalmente a niños y jóvenes adultos por presentarse en plena etapa de desarrollo (Mella & García, 1997).

La DMNID, o llamada también diabetes mellitus tipo II, se debe a una resistencia periférica a la acción biológica de la insulina, por lo que no requiere de la administración diaria de la misma, aunque en algún momento pueda necesitarse para normalizar la glicemia.

La intolerancia glúcida (IG) se aplica a individuos cuyos niveles de glicemia están entre los valores normales y los valores correspondientes al diagnóstico de diabetes mellitus.

La diabetes gestacional (DMG) es aquella que afecta a las embarazadas y cuyo riesgo de morbilidad fetal es alto debido a que la hiperglucemia materna atraviesa la barrera fetoplacentaria y produce hiperglucemia fetal (Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993).

En cuanto a su etiología, se asume que la diabetes está condicionada por factores genéticos y ambientales (Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993). Según la Organización Mundial de la Salud (1989, citado en Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993) la diabetes infantil comienza entre los 0 y 14 años de edad y se caracteriza por la rapidez con que se instauran los síntomas y la intensidad de los mismos.

Ahora bien, los componentes básicos del cuidado y tratamiento de la diabetes mellitus se centran en cuatro aspectos fundamentales, entre los que se encuentran, tratamiento dietético, ejercicio físico, tratamiento con medicamentos (insulina, hipoglucemiantes

orales y otros) y control del tratamiento (Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993). En el caso de la diabetes infantil se cita también, como parte del tratamiento, la educación de los padres (Mella & García, 1997).

Para el tratamiento dietético es necesario realizar una planificación de la dieta particular para cada individuo que tenga en cuenta las características individuales y que sea atractiva para el mismo (Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993). Específicamente, las restricciones de ciertos alimentos apetecidos por los niños pueden tener una repercusión desfavorable desde el punto de vista psicológico.

La dieta controlada, bien balanceada, evita los desniveles de la glucemia y las variaciones de la glucosuria que se producen en la dieta normal: por ello, se sugiere una alimentación, tanto en niños como en adultos, que contemple el 55% de carbohidratos, ya que son rápidamente absorbidos, 30% de grasas y 15% de proteína (Kaplan, 1982).

El ejercicio físico como componente básico del tratamiento es importante instaurarlo en el estilo de vida del sujeto diabético ya que incrementa el rango de absorción de la insulina, sobre todo cuando se ejercita la zona en donde ésta fue aplicada (Kaplan, 1982). Los ejercicios más aconsejados para los pacientes diabéticos son aquellos que tiene una intensidad moderada, que son aeróbicos y son realizados de forma continua (Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993). En el caso de los niños se recomienda incentivar juegos más activos después de las comidas y administrar mayor cantidad de carbohidratos antes de las actividades deportivas (Mella & García, 1997).

Respecto al tratamiento de la diabetes por medio de medicamentos es importante resaltar que el uso de la insulina y de los hipoglucemiantes orales está determinado por los objetivos de control glucémico a lograr según el caso clínico particular de cada paciente. Se debe tener en cuenta que la aplicación de la insulina deberá ser entre 0,5 y una unidad de insulina por kilo de peso distribuida en tres o cuatro dosis diarias (Gil Roales-Nieto & Vilchez, 1993).

El control de tratamiento incluye el análisis periódico de glucosa en la sangre y en la orina, así como ciertos cuidados generales de salud, y requiere la adquisición por parte del paciente de ciertas habilidades con distinto grado de complejidad que, muchas veces, exigen la modificación de sus hábitos de vida anteriores (Fernández & Pérez-Álvarez, 1996).

Sumada a la alimentación, el ejercicio, los medicamentos y el control del tratamiento, se encuentra en la diabetes infantil que la educación a los padres es fundamental, ya que son ellos los que, sobre todo al comienzo de la enfermedad, deben encargarse de su control para posteriormente, a medida que el niño crece, educarle en el autocontrol de su tratamiento, evitando así una relación de dependencia entre padre e hijo respecto a la enfermedad (Mella & García, 1997).

Teniendo en cuenta la complejidad del tratamiento mencionado, resulta necesaria la adhesión activa del paciente al mismo, para lograr su eficacia y mantenimiento, así como la prevención de complicaciones de la enfermedad, más aún si se está hablando de niños que desde temprana edad padecen esta enfermedad. Por esto es importante considerar los aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento.

El concepto de adherencia o adhesión al tratamiento ha sido definido por Epstein y Cluss (1982) como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre la salud o prescripciones que ha recibido. Un concepto semejante es el de Meichenbaun y Turk (1987) que contempla la adherencia desde un papel más activo respecto al concepto anterior, enfatizando la participación y colaboración voluntaria por parte de la persona enferma.

La adherencia al tratamiento ha sido una de las líneas de investigación tomadas en cuenta en la medicina conductual, siendo estudiada como un fenómeno complejo que incluye la entrada al tratamiento, el seguimiento estricto de las prescripciones y el seguimiento y finalización del mismo (Macía & Méndez, 1996). La adhesión debe ser entendida como una conducta sujeta a las mismas leyes del aprendizaje; por esto es importante el conocimiento y control de las variables o factores que pueden afectar o regular la aparición de las conductas de adhesión, para así mismo, incidir en el ámbito de la salud física del individuo desde una aproximación psicológica (Macía & Méndez, 1996).

Las conductas que caracterizan la adherencia al tratamiento, o mejor llamadas conductas de adhesión, fueron descritas por Meichenbaun y Turk (1987) 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 de diversas investigaciones, las cuales en su mayoría, según Macía y Méndez (1996) han señalado aspectos relacionados con variables del paciente, tratamiento, trastorno, enfermedad y las variables de relación entre el paciente y el terapeuta.

En cuanto a las variables del paciente se encuentra que la satisfacción del sujeto con su proceso terapéutico, las percepciones acerca de su enfermedad y las actitudes y expectativas frente a esta, son factores altamente relacionados con la conducta de adherencia al tratamiento y con el éxito del mismo (Macía & Méndez, 1996).

Estos autores señalan, con respecto a las variables del tratamiento, que el nivel de complejidad y la duración del mismo está estrechamente relacionado con la capacidad del sujeto de aferrarse o no a él; entre más complicadas sean las rutinas a seguir y más tiempo dure el tratamiento habrá mayor posibilidad de que la tasa de adherencia se deteriore.

Las variables relacionadas con el síntoma incluidas en las variables de trastorno y enfermedad son especialmente importantes ya que, por ejemplo, si el seguimiento de la prescripción médica provoca una disminución notoria y casi inmediata del síntoma, seguramente las conductas de adhesión al tratamiento aumentarán, lo contrario sucederá si el sujeto no observa ningún cambio después de llevar a cabo lo recetado, o si dicha conducta de salud trae consigo una molestia inmediata (Macía & Méndez, 1996).

Por último, se encuentran las variables de la relación entre paciente y terapeuta, ya que dependiendo de la buena comunicación y empatía con el terapeuta, la satisfacción

del sujeto aumentará, así como la adherencia del mismo al procedimiento médico (Macía & Méndez, 1996).

Entre las razones que pueden llevar a una falta de adherencia se encuentran las siguientes: el paciente no sabe cómo realizar el tratamiento, no posee los recursos necesarios para llevar a cabo el tratamiento, no cree tener la capacidad para la realización de los mismos, dudas sobre la efectividad del tratamiento, exigencias de la terapia demasiado altas comparadas con los beneficios, consecuencias agresivas inmediatas (dolor, mareo, etc.) del tratamiento, y por último, relación pobre del paciente con el terapeuta y con problemas de comunicación (Meichenbaum & Turk, 1987).

En la misma línea, otros factores relacionados con la adherencia al tratamiento, resaltados en una investigación realizada por Voils, Steffens, Flint y Bosworth (2005), fueron las características demográficas (sexo, edad, estado civil, educación). De igual manera, estos autores afirman que la adherencia puede estar también asociada con la percepción de control de la enfermedad, si esta es de locus interno, es decir del control y manejo del individuo, o de locus externo, según el cual el individuo pone todo el control de su enfermedad en terceras personas o situaciones del medio.

Otros autores, respecto a las variables o factores asociados a la adherencia al tratamiento, afirman que las conductas de adhesión son el resultado de una interacción compleja entre el ambiente social, el paciente y los abastecedores de salud (Pladevall, Williams, Potts, & Divine, 2004).

Específicamente en la diabetes, el tema de la adherencia al tratamiento representa un problema común entre la mayoría de los pacientes, ya que a muchos de ellos se les dificulta cambiar el estilo de vida que llevaban antes del diagnóstico de la enfermedad, así como lograr los cambios exigidos en los hábitos o rutinas cotidianas gratificantes ya establecidas. De igual forma, la complejidad y cronicidad del tratamiento, expresada en que las particularidades del mismo cambien con frecuencia según los niveles glucémicos, hace que los pacientes estén en una continua toma de decisiones sobre la dosis de insulina, los alimentos y el ejercicio (Fernández & Pérez-Álvarez, 1996).

Otra dificultad para el mantenimiento de conductas de adhesión en la diabetes es el estado asintomático que el individuo confunde con un estado saludable que tiene repercusiones en el metabolismo del organismo que a largo plazo puede llevar a complicaciones de la enfermedad. Otras barreras para la adhesión al tratamiento diabético están en la ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento, en la carencia de consecuencias aversivas inmediatas del incumplimiento, y en el carácter punitivo inmediato que tiene el seguimiento correcto del tratamiento para el paciente (Fernández & Pérez-Álvarez, 1996).

La adherencia al tratamiento es el mayor problema enfrentado en la diabetes infantil. Por muy bueno que sea el régimen establecido, sólo será aceptable si la familia y/o el individuo son capaces de implementarlo. Por tanto, los proveedores de cuidados médicos deberán ser capaces de evaluar los factores de comportamiento, emocionales y psicosociales que puedan interferir con la implementación, y luego deberán trabajar con el paciente y con su familia para resolver los problemas que puedan ocurrir y/o

modificar los objetivos cuando ello sea apropiado. Igualmente, debe facilitarse información al colegio sobre los cuidados diarios necesarios de tal forma que el personal esté al corriente sobre la diabetes y sobre los signos, síntomas y tratamiento de una posible hipoglucemia (American Diabetes Association, 2001).

De acuerdo con lo anterior y con los obstáculos encontrados por Fernández y Pérez-Álvarez (1996), en la adhesión al tratamiento de la diabetes, estos autores enumeran una serie de requisitos que el paciente debe tener para poder lograr una buena adherencia y mantener conductas de adhesión en el tiempo. Estos requisitos son, en primer lugar, los criterios válidos de evaluación de la glucemia como indicadores analíticos y conductuales fiables acerca de las condiciones propioceptivas (glucemia, síntomas hipo o hiperglucémicos, ansiedad) y ambientales (falta o exceso de alimentos, olvido o errores en la medicación) que puedan descompensar la glucemia. En segundo lugar, están las competencias necesarias para realizar autocontrol de glucemia (tomar muestras de sangre, manipulación del instrumental, lectura y evaluación de la glucemia). En tercer lugar, está la información acerca de las posibles alternativas de ajuste glucémico y competencia para su correcta ejecución (consumir o no cierto alimento, aumentar o disminuir el ejercicio o la insulina, etc.).

En síntesis, con respecto a la adherencia al tratamiento, este elemento depende en gran medida de la educación que reciba el paciente para el conocimiento y manejo de su enfermedad, adquiriendo especial importancia en el paciente infantil quien depende de la orientación de sus padres o cuidadores que influyen en el manejo que el niño/niña le dé a su enfermedad y las conductas de adhesión que siga. Por tanto, resulta importante que la medicina cada vez más tenga en cuenta el ámbito familiar del niño/niña enfermo, y no conciba al paciente como una unidad individual de tratamiento, separado de su núcleo familiar y de las prácticas de crianza de la familia.

Este artículo plantea un campo de acción e indagación en conducta parental que no ha sido abordada hasta el momento bajo la perspectiva aquí considerada, ya que si bien existen avances teóricos en torno a la conducta parental ninguna de ellas ha establecido relaciones entre este tópico y la adherencia al tratamiento en Colombia, encontrándose que la mayoría de los avances investigativos en este tema han sido realizados en otros países, manifestándose un vacío investigativo de la relación de conducta parental y adherencia al tratamiento diabetológico infantil en nuestro contexto.

La conducta parental ha sido ampliamente estudiada por Baumrind (1971) quien define el estilo o la conducta parental como un aspecto central del rol de los padres en la socialización del niño que apunta a la satisfacción de demandas de terceros que lo rodean.

En su investigación, Baumrind (1971) estudió cuatro dimensiones del comportamiento parental, a saber, el control, demandas de madurez, claridad de la comunicación padre-hijo/hija, y la calidez parental. Basada en estas cuatro dimensiones, ella definió tres categorías jerárquicas del comportamiento parental: autoritativo, autoritario y permisivo.

Las investigaciones realizadas por Ballesteros (2001), como parte de un estudio mayor sobre factores de riesgo de la conducta agresiva y violenta en la población infantil en estratos 1 y 2 de la ciudad de Bogotá, evaluaban la conducta parental de los padres

y madres de dicha población, definiendo las conductas parentales como las interacciones existentes entre cada uno de los padres y sus hijos, las cuales cumplen distintas funciones tanto en la dinámica familiar como en el desarrollo infantil y juvenil, siendo una de las funciones más importantes la de regulación y control del grupo familiar.

Ballesteros (2001) categorizó las conductas parentales como el manejo de contingencias, las conductas de monitoreo y supervisión, el establecimiento de reglas y la comunicación afectiva. Así, el manejo de contingencias hace referencia a las consecuencias que los padres dan a determinadas conductas de sus hijos con el ideal de que estas cumplan un papel de premio o castigo. El monitoreo como conducta parental incluye los comportamientos que tiene que ver con el conocimiento que tienen los padres de las actividades de sus hijos y sus hijas. En referencia al establecimiento de reglas Ballesteros (2001) incluye todas las conductas relacionadas con imposición de reglas o normas de comportamiento de una manera explícita o de una manera indirecta, por ejemplo en las críticas a los amigos se comunican reglas acerca de las amistades que el padre desea.

En la comunicación afectiva se incluyen expresiones de afecto positivo (decir que lo quiere) o negativo (quejas) tanto a nivel verbal como no verbal; también se incluyen las demostraciones de interés y de confianza de los padres hacia sus hijos/hijas.

Una vez realizada la revisión conceptual pertinente sobre el tema de conductas parentales, es fundamental relacionar este concepto con el de adherencia al tratamiento en niños con diabetes por medio de los antecedentes registrados en el artículo realizado por Anderson (2004), mencionado con anterioridad.

Miller-Johnson *et al.* (1994), con respecto a la relación entre conflicto familiar y adherencia al tratamiento, presentó resultados que indicaron que niveles más altos del conflicto en la familia están correlacionados con niveles más bajos de la adherencia del niño al tratamiento diabetológico. Además se demostró que los grados del conflicto creciente fueron relacionados directamente con los problemas de la adherencia de la diabetes y un control más pobre de la glucosa de la sangre.

Igualmente, Anderson (2004) expone en su artículo investigaciones sobre la relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil cuyos resultados muestran que la calidez parental fue relacionada con una adherencia mejor en niños de 4 a 10 años; también se encontró que el estilo parental autoritario fue asociado a un peor control de la glicemia en niños y adolescentes con diabetes de tipo I.

Dentro de las revisiones realizadas por Anderson (2004) se encuentra que se ha explorado la relación entre la adherencia al tratamiento, el control glicémico, las medidas generales de conflicto de la familia y los comportamientos parentales. Además encontró que una cohesión más alta de la familia, un calor parental (definido como ayuda y afecto), y un estilo parental autoritativo están relacionados con niveles más altos de la adherencia del niño o el adolescente al tratamiento de la diabetes y con un control glicémico mejor. Igualmente se encontró que un conflicto general más alto en la familia y un estilo parental autoritario están relacionados con niveles más bajos de la adherencia del niño o el adolescente con las tareas del manejo de la diabetes y con un control glicémico más pobre.

Otra de las investigaciones citada por Anderson (2004), en donde se comparan dos grupos de niños, organizados por categorías de edad, (de 8 a 12 años y de 13 a 17 años) mostraron que la implicación del padre en el manejo de la diabetes y en la supervisión de tareas propias del cuidado de la enfermedad estuvo fuertemente relacionada con una adherencia mejor al tratamiento y un control mejor de la glicemia.

Igualmente, Anderson (2004) concluye que el control parental no coercitivo es el más eficaz para alcanzar cambios deseados en el comportamiento del niño, para los niveles de la glucosa en la sangre, para las metas del comportamiento de la adherencia de su niño, y para su propio comportamiento como padres.

La conducta parental también ha sido estudiada por Amato y Frieda (2002) quienes encontraron que el apoyo, el monitoreo y la disciplina son dimensiones centrales en el comportamiento parental y que están relacionadas con la adaptación de los hijos, su desarrollo y su bienestar. Un importante cuerpo de investigación indica, además, que la combinación óptima de comportamiento parental involucra un alto grado de apoyo, un alto grado de monitoreo y la evitación de duros castigos (Darling & Steinberg, 1993; Maccoby & Martín, 1983; Rollins & Thomas, 1979). Pese a que en estas investigaciones la relación entre estilo parental y adherencia al tratamiento en diabetes no es el eje central, estos artículos sí logran ilustrar sobre dicha relación de una manera inicial e indirecta.

Teniendo en cuenta lo anterior, nuestro propósito es examinar si existe o no relación entre la conducta parental y la adherencia al tratamiento en niños con diabetes tipo I entre 8 y 11 años de edad con diagnóstico de más de un año y menos de tres años.

Para tal fin, se espera caracterizar la conducta parental de padres de niños entre 8 y 11 años de edad con diagnóstico de un año y menos de tres años de diabetes tipo I, la adherencia al tratamiento de niños entre 8 y 11 años de edad con diagnóstico de un año y menos de tres años de diabetes tipo I y comparar en función de características sociodemográficas la conducta parental y la adherencia al tratamiento de niños entre 8 y 11 años de edad.

Método

Diseño

Este estudio de corte cuantitativo y enmarcado en el paradigma asociativo (Arnau, 1998) es un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo-correlacional.

Participantes

Veinticinco niños y niñas, y sus respectivos padres o cuidadores quienes tienen un nivel de escolaridad que les permite leer y escribir. Entre los 25 menores, hubo 12 niños y 13 niñas, entre los 8 y 11 años de edad; de los estratos socioeconómicos uno, dos, tres, cuatro y cinco; con un diagnóstico de diabetes tipo I de hace más de un año y menos de tres años, y que reciben tratamiento en la Asociación Colombiana de Diabetes.

El tipo de muestra de esta investigación fue no probabilística o dirigida, ya que la selección de los participantes de la muestra se realizó de manera arbitraria sin la existencia de una probabilidad equitativa de los sujetos de ser elegidos. Se tuvo un muestreo intencional de sujeto-tipo en el cual la selección dependió de las decisiones de los

investigadores de acuerdo con condiciones específicas necesarias para el estudio como edad, tiempo de diagnóstico de la diabetes, y tipo de diabetes (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003).

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario diseñado *ex profeso* para este estudio. Con el fin de recoger información pertinente, se construyó una entrevista estructurada que fue validada por tres jueces expertos con base en los indicadores que se buscaban evaluar y, según sus conceptos se realizaron las modificaciones a la entrevista estructurada inicial. Esta entrevista estructurada incluyó aspectos tales como edad, género, estrato socioeconómico, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, parentesco con el paciente y el o los tipo(s) de tratamiento(s) actuales.

Para la evaluación de la conducta parental se utilizó el Cuestionario Sobre Conductas Parentales en el formato de padres y el formato de niños (Ballesteros, 2001). Este instrumento mide la conducta parental desde el manejo de contingencias, las conductas de monitoreo y supervisión, el establecimiento de reglas y la comunicación afectiva. El formato para padres está constituido por 35 ítems, los primeros 22 ítems dan cuenta de las conductas de los padres, y los 13 ítems restantes dan cuenta de las conductas de los hijos percibidas por los padres; 10 ítems miden las conductas relacionadas con las reglas, 8 ítems miden las conductas de monitoreo, 8 ítems miden contingencias y 9 ítems que miden conductas de comunicación afectiva. El formato para niños está compuesto por 28 ítems de los cuales 7 ítems miden las conductas relacionadas con las reglas, 5 ítems miden las conductas de monitoreo, 6 ítems miden contingencias y 10 ítems que miden conductas de comunicación afectiva. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta que van en una escala de 1 a 4 (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre).

Para la evaluación de la adherencia al tratamiento se utilizó una adaptación del cuestionario titulado Summary Of Diabetes Self-Care Activities, construido y validado psicométricamente por Toobert, Hampson y Glasgow (2000). El instrumento fue traducido al idioma español por un experto bilingüe en psicología clínica; para la traducción del instrumento se tuvo en cuenta no alterar el significado original de los ítems y preservar el contenido semántico en el uso habitual del lenguaje logrando una equivalencia de significados entre la cultura en que originalmente se realizó y la cultura colombiana (Badía, Salamero, & Alonso, 2002). Posteriormente, esta traducción fue validada por un juez experto quien diligenció un formato de calificación; de acuerdo con esta calificación se realizaron las modificaciones pertinentes del instrumento final. En el apartado de instrucciones se agregó la forma en que debía ser diligenciado el cuestionario para lograr una mayor claridad para quien contestara el mismo.

Los ítems fueron adaptados para niños y padres respectivamente, dando como resultado dos formatos distintos: uno para padres y otro para el paciente infantil. Este instrumento tuvo como fin medir la adherencia al tratamiento de la diabetes y se centró principalmente en la evaluación de la dieta, el ejercicio, la prueba de nivel de azúcar en sangre, la medicación diabetológica y el cuidado del pie.

Tanto el formato de padres como el de niños estuvo conformado por 17 ítems, de los cuales 5 ítems indagaron sobre el auto-cuidado respecto a la dieta, 2 ítems indagaron

sobre el auto-cuidado respecto al ejercicio, 2 ítems indagaron sobre el auto-cuidado respecto a la prueba de azúcar en la sangre, 3 ítems indagaron sobre el auto-cuidado respecto a la medicación diabetológica y 5 ítems indagaron sobre el auto-cuidado respecto al cuidado del pie. La respuesta a estos ítems se dio en una escala de 1 a 7 que representó el número de días en que el paciente cumplió con la actividad propuesta en el enunciado.

Procedimiento

El procedimiento de este estudio se llevó a cabo en seis fases consecutivas, tal como se expone a continuación:

Fase 1. Para comenzar el proceso de evaluación, se realizó la búsqueda de instrumentos que midieran las variables a tratar y que cumplieran los requisitos psicométricos necesarios. Estos instrumentos han sido descritos en la sección anterior.

Fase 2. A continuación se realizó la selección de los pacientes aptos para participar en la investigación de la siguiente manera:

Con la colaboración de los médicos tratantes y las directivas de la Asociación Colombiana de Diabetes se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1, así se realizó una primera selección de aquellos que cumplen con los requisitos de edad, diagnóstico y tratamiento definidos.

Fase 3. Posterior a esto, se estableció contacto telefónico con aquellos pacientes que cumplieran con los criterios mencionados y se invitaron a participar en el estudio. Se logró el contacto telefónico con 40 sujetos, pero el día de la convocatoria sólo se presentaron 30 de estos.

Fase 4. En la población seleccionada, padres y pacientes, y con previa firma del consentimiento informado, se recogieron los datos de información sociodemográfica por medio de la entrevista estructurada diseñada para tal objetivo.

A continuación se realizó la explicación detallada de la forma en que los instrumentos debían ser diligenciados y se dio comienzo a la aplicación de los cuestionarios, la entrevista estructurada y la realización de los cuestionarios fue autoaplicada tanto por niños como por padres. Los participantes la realizaron de forma simultánea en un lugar donde tuvieron las condiciones necesarias que propiciaron privacidad y se evitó el mayor número de interferencias.

Fase 5. Una vez terminada la fase de evaluación se procedió a calificar las respuestas dadas por los participantes en cada cuestionario y a tabularlas en las bases de datos correspondientes a cada variable.

Fase 6. Para el análisis de los resultados se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y del comportamiento de cada variable en los participantes. Posteriormente se aplicó el coeficiente de correlación no paramétrico de Rho Spearman.

Resultados

Para el análisis de los resultados se hizo uso de estadísticos descriptivos y del coeficiente de correlación Rho de Spearman. La descripción de estos resultados puede ser vista en las Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1. Datos sociodemográficos generales de la muestra (n= 25)

VARIABLES sociodemográficas	n
Edad	
8 años	4 (16%)
9 años	3 (12%)
10 años	6 (24%)
11 años	12 (48%)
Sexo	
Femenino	13 (52%)
Masculino	12 (48%)
Estrato socioeconómico	
1	3 (12%)
2	13 (52%)
3	9 (36%)
Cuidador principal	
Madre	19 (76%)
Padre	4 (16%)
Otro	2 (8%)
Tiempo de diagnóstico	
1-2 años	10 (40%)
2,1- 3 años	15 (60%)

Respecto al tipo de diabetes diagnosticada y el tipo de tratamiento utilizado, la totalidad de los participantes coincidió en tener diabetes mellitus tipo I (insulinodependiente) y en usar la insulina como tratamiento.

Los resultados relacionados con la variable de adherencia al tratamiento se pueden observar en la Tabla 3. En general, los datos obtenidos muestran una distribución uniforme de los datos con respecto a los componentes de adherencia al tratamiento de dieta, ejercicio y cuidado de pie. El componente de prueba de azúcar mostró un porcentaje alto para quienes puntuaron en un rango medio bajo.

Por otra parte, se aplicó el procedimiento de análisis divariado Rho de Spearman para establecer las correlaciones entre las variables de conducta parental y adherencia

Tabla 2. Distribución de acuerdo con características de Conducta Parental

Características	n
Monitoreo	
Bajo	1 (4%)
Medio Bajo	19 (76%)
Medio Alto	5 (20%)
Establecimiento de reglas	
Bajo	1 (4%)
Medio bajo	21 (84%)
Medio alto	3 (12%)
Comunicación afectiva	
Bajo	1 (4%)
Medio bajo	4 (16%)
Medio alto	20 (80%)
Manejo de contingencias	
Bajo	1 (4%)
Medio bajo	18 (72%)
Medio alto	6 (24%)

Tabla 3. Distribución por componentes del tratamiento y adherencia

Componente	n
Dieta	
Bajo	8 (32%)
Medio bajo	5 (20%)
Medio alto	6 (24%)
Alto	6 (24%)
Ejercicio	
Bajo	7 (28%)
Medio bajo	8 (32%)
Medio alto	10 (40%)
Cuidado pie	
Bajo	8 (32%)
Medio bajo	7 (28%)
Medio alto	10 (40%)
Prueba de azúcar	
Bajo	4 (16%)
Medio bajo	21 (84%)

al tratamiento. Este procedimiento estadístico arrojó correlaciones significativas para algunas de las subescalas de las variables y correlaciones no significativas para otras. Las correlaciones significativas encontradas pueden verse en la Tabla 4.

En los resultados puede observarse una correlación positiva entre las siguientes variables: (a) dieta en el reporte del hijo y reglas reportadas por su padre (conductas de dieta saludable asumidas por el hijo/conductas parentales del establecimiento de reglas), (b) dieta en el reporte del hijo y la subescala de comunicación afectiva reportada por el padre (conductas de dieta saludable asumida por el hijo/conductas parentales de esta-

blecimiento de comunicación afectiva y/o expresión afectiva), (c) dieta en el reporte del hijo y el establecimiento de contingencias en el reporte del padre (conductas de dieta saludable/conductas parentales de establecimiento de contingencias), (d) promedio de ejercicio en el reporte del hijo y la comunicación afectiva, (e) promedio de prueba de azúcar en la sangre y la comunicación afectiva, (f) conductas del cuidado del pie reportadas por los niños y comunicación afectiva, (g) conducta de toma de medicamentos reportadas por los niños y conductas parentales de monitoreo y (h) tiempo de diagnóstico de la diabetes en el niño y promedio de ejercicio en el reporte del hijo.

Las dos correlaciones de variables más significativas fueron la (d) con un valor de 0,568 con un nivel de significancia de 0,003, y la (e) con un valor de 0,586 con un nivel de significancia de 0,002.

En cuanto a las correlaciones no significativas es importante mencionar que las únicas variables sociodemográficas correlacionadas con las variables de investigación fueron tiempo de diagnóstico y estrato socioeconómico, las cuales fueron relacionadas con las subescalas de las variables de conducta parental y adherencia al tratamiento, resultando todas estas correlaciones no significativas. Las variables sociodemográficas no mencionadas no fueron incluidas en el análisis estadístico ya que no se consideró que tuvieran un papel importante en cuanto a las variables manejadas en este estudio y su única función en el instrumento fue regular las condiciones ya establecidas para la muestra.

Discusión

Los hallazgos obtenidos en esta investigación respaldan la idea de que una enfermedad crónica como la diabetes presenta una relación importante con aspectos psicológicos, no sólo individuales sino también del grupo primario de apoyo, en este caso de los padres o cuidadores quienes, con las conductas asociadas a las prácticas de control parental en general y las que aplican con respecto al manejo de la enfermedad con sus hijos en particular, tienen un papel orientador y educativo en la adherencia al tratamiento de esta enfermedad.

Específicamente, los resultados evidenciaron cómo la conducta parental de comunicación afectiva es el comportamiento que más está correlacionado con conductas de

Tabla 4: Correlaciones significativas entre variables (Rho de Spearman)

Variable Conducta Parental	Variable Adherencia tratamiento	Correlación y nivel de significación estadística
Establecimiento de reglas	Dieta	0,401 p=,04
Comunicación afectiva	Dieta	0,443 p=,03
	Ejercicio	0,568 p=,00
	Prueba de azúcar	0,586 p=,00
	Cuidado de pie	0,478 p=,02
Manejo de contingencias	Dieta	0,431 p=,03
Monitoreo	Toma de medicamentos	0,502 p=,01
Tiempo de Diagnóstico	Ejercicio	0,397 p=,05

adhesión al tratamiento en la diabetes infantil, específicamente en aquellos componentes como la dieta, el ejercicio, la prueba de azúcar en la sangre y el cuidado del pie, lo cual es congruente con investigaciones citadas por Anderson (2004) donde la correlación entre calidez parental y adherencia al tratamiento fue alta, entendiendo el concepto de calidez parental como un concepto cercano a la definición hecha por Ballesteros (2001) de comunicación afectiva.

La comunicación como un factor asociado al aumento de las conductas de adhesión ha sido también trabajada teóricamente por Macía y Méndez (1996), aunque estos autores enfocan la importancia de la comunicación entre terapeuta y paciente, este argumento es válido en este estudio en lo referente a la comunicación entre el niño y su cuidador ya que en la diabetes infantil el cuidador puede asumir un papel de orientador semejante al del terapeuta.

Igualmente, los resultados mostraron cómo las conductas de manejo de reglas, establecimiento de contingencias y monitoreo están correlacionadas, de manera individual e independiente, con un solo aspecto de la adherencia, a diferencia de la alta correlación que tuvo la comunicación afectiva con casi la totalidad de las conductas de adhesión.

Específicamente, respecto al monitoreo, este comportamiento estuvo correlacionado con los comportamientos dirigidos a la toma de medicamentos, como ya lo señalaban otras investigaciones donde Anderson (2004) citaba estudios que mostraron que la implicación de los padres en el manejo y establecimiento de rutinas y supervisión de tareas propias del manejo de la enfermedad están relacionados con una mejor adherencia al tratamiento en la diabetes.

Es importante resaltar que al medir la adhesión al tratamiento, la dieta resultó ser la conducta de adherencia que más se relacionó con comportamientos parentales tales como el establecimiento de reglas, el manejo de contingencias y la comunicación afectiva; esto puede deberse a que la población con la que se trabajó daba gran importancia al tratamiento de la dieta por encima de otros cuidados que también resultan importantes en el control y manejo de la enfermedad.

Al observar los porcentajes en los análisis estadísticos realizados para describir las conductas parentales, se evidenció que de las cuatro conductas (monitoreo, establecimiento de reglas, manejo de contingencias y comunicación afectiva), aquella que es mayormente practicada por los padres participantes es la de comunicación afectiva, mientras que las tres restantes están en un rango notablemente menor de ejecución. Estos resultados muestran cómo esta población privilegia entre las conductas parentales las conductas de comunicación afectiva dejando de lado otras conductas de igual importancia para la regulación del contexto familiar del menor como son el establecimiento de reglas, el manejo de contingencias y el monitoreo. Lo anterior podría estar favorecido por la cronicidad de la enfermedad de los niños, los efectos de la enfermedad en la dinámica familiar y las creencias asociadas a tener un niño enfermo que los padres pueden tener. Sin embargo, esto excede los propósitos y alcances de esta investigación si bien abre la puerta a futuras investigaciones en esta ruta relacionadas con las conductas parentales y sus efectos en la salud de los hijos.

Por otra parte, el comportamiento estadístico de la variable de adherencia al tratamiento refleja que las conductas de adhesión más practicadas por los niños participantes fueron las de ejercicio y cuidado del pie, mientras que las conductas de dieta y de prueba de sangre no son altamente practicadas por los mismos. Esto puede deberse a que en la población existan algunas de las barreras de adhesión nombradas por Fernández y Pérez-Álvarez (1996) como son la ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento, la carencia de consecuencias aversivas inmediatas del cumplimiento y el carácter punitivo inmediato que tiene el seguimiento correcto del tratamiento para el paciente.

Los resultados obtenidos permitieron observar cómo los comportamientos que caracterizan cada una de las variables están relacionados significativamente entre sí. Así, se puede concluir que los comportamientos e interacciones existentes entre padres e hijos están altamente correlacionados con el comportamiento de los niños y las prescripciones sobre la diabetes que han recibido. Por otro lado, autores como Voils, *et al.* (2005) encontraron en sus estudios relación entre la variable de adherencia al tratamiento y características sociodemográficas (género, edad, estado civil y educación). Sin embargo, en la presente investigación no fue posible comparar, en función de características sociodemográficas, la conducta parental y la adherencia al tratamiento ya que las correlaciones no fueron significativas para cumplir este objetivo.

La realización de este estudio y sus resultados finales trae consigo fortalezas y debilidades que sirven para reconocer los alcances y limitaciones de esta investigación. Entre las fortalezas se enuncian el poder cumplir a cabalidad con los criterios de selección necesarios y exigidos para llevar a cabo la comprobación de la pregunta de investigación planteada; igualmente se logró indagar la percepción tanto de padres e hijos respecto a cada una de las variables trabajadas, haciendo más exhaustivo el proceso de medición. La recolección de datos puede ser enunciada también como una fortaleza ya que el análisis de los mismos se hizo por medio de estadísticos pertinentes para el tipo de estudio y muestra trabajados. Una de las debilidades de esta investigación tiene que ver con las limitaciones en el tamaño de la muestra debido a la dificultad para poder contar con la participación de muchos de los convocados.

Por último, es importante señalar futuras líneas de investigación que este trabajo pueda inspirar y sustentar, como pueden ser la realización de estudios similares con cambios a nivel del tamaño de la muestra y de inclusión de correlación de otros factores que permitan un estudio más riguroso y hallazgos más amplios respecto al tema estudiado. Así mismo, resultaría de interés investigar acerca de la direccionalidad y causalidad de la relación encontrada entre las variables de adherencia al tratamiento y conducta parental por medio de un estudio experimental en el que se hagan uso de grupos experimental y de control. Tales resultados permitirían realizar talleres con los padres de niños con diabetes que permitan influir positivamente en el aumento de las conductas de adherencia de sus hijos, realizando constantemente un seguimiento a dichos procesos de intervención y a sus resultados.

Referencias

Amato, P., & Frieda, F. (2002). Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of marriage and family*, 64, 703-717.

- American Diabetes Association. (2001). Standard of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes care*, 24, 33-44.
- Anderson, B. (2004). Family conflict and diabetes management in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. *Diabetes Spectrum*, 17, 22-27.
- Arnau, J. (1998). *Diseños experimentales en psicología y educación*. México: Trillas.
- Badia, X., Salamero, M., & Alonso, S. (2002). *La medida de la salud: guías de escalas de medición en español*. Barcelona: Fundación Lilly.
- Ballesteros, B. (2001). Conductas parentales prevalentes en familias de estrato 1 y 2 de Bogotá. *Revista Summa Psicológica*, 8, 95-142.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 41, 1-103.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Epstein, L. & Cluss, P. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 960-971.
- Fernández, C. & Pérez-Álvarez, M. (1996). Evaluación de las implicaciones psicológicas en la Diabetes. En G. Buela Casal, V. Caballo, & J. C. Sierra, (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 873-888). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Gil Roales-Nieto, J., & Vilchez, R. (1993). *Diabetes: intervención Psicológica*. Madrid: Eudema.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-hill.
- Kaplan, S. (1982). *Clinical pediatric and adolescent endocrinology*. Los Angeles: W. C. Saunders Company.
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of family: Parent-child interaction. En E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. IV). New York: Wiley.
- Maciá, D. & Méndez, F. J. (1996) Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buela Casal, V. Caballo, & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 43-59). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A Practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Mella, G., & García, B. (1997). Trastornos del metabolismo de la glucosa. En J. Meneghelo, R. Fanta, N. Paris, & M. Puga. *Pediatría* (5ª ed), pp. 1969-1979. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Miller-Jhonson, S., Emery, R., Marvin, R., Clarke, W., Lovinger, R., & Martin, M. (1994). Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 603-610.
- Pladevall, M., Williams, L., Potts, L., & Divine, G. (2004). Clinical outcomes and adherence to medications measure by claims data in patients with diabetes. *Diabetes care*, 27, 2800-2806.
- Rollins, B. & Thomas, D. (1979). Parental support, power and control techniques in the socialization of children. En W. R. Burr, R. Hill, I. Nye, & I. L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (Vol. I). New York: Free Press.
- Toobert, D., Hampson, S., & Glasgow, R. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23, 943-950.
- Voils, C., Stiffens, D., Flint, E., & Bosworth, H. (2005). Social Support and Locus of Control as Predictors of Adherence to Antidepressant Medication in an Elderly Population. *The American journal of geriatric psychiatry*, 13, 157-166.

