

## Creencias y adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2

### Beliefs and adherence to treatment in Type 2 Diabetes Mellitus

Sandra Juárez-Pacheco <sup>a</sup>, Rebeca M. E. Guzmán-Saldaña <sup>b</sup>, María L. Escamilla-Gutiérrez <sup>c</sup>,  
Abel Lerma-Talamantes <sup>d</sup>, Marcos M. Galván-García <sup>e</sup>

---

#### Abstract:

The adherence to treatment (TA) maintained by patients with Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) is influenced by many internal and external factors; among which are the beliefs associated with the disease. The objective of this documentary review is to present the main beliefs that affect TA of people suffering from this disease. Taking as results of studies from various countries of the world, where beliefs towards medicines were explored, insulin use and its possible adverse effects, self-efficacy beliefs, control beliefs, beliefs about diabetes in general that affect how patients perceive the context of what they are experiencing. Where the decrease in self-care behaviours was observed consequently. It is concluded that beliefs are an important factor for which more research is still needed on the relationship they have with TA in people with DM2, to provide information to support more effective interventions to increase patient self-management and better levels of glycaemic control.

#### Keywords:

Type 2 Diabetes Mellitus, health beliefs, therapeutic adherence

---

#### Resumen:

La adherencia al tratamiento (AT) que mantienen los pacientes con DM2 está influenciada por diversos factores internos y externos, entre los cuales se encuentran las creencias asociadas a la enfermedad. El objetivo de esta revisión documental es presentar las principales creencias que inciden en la AT de personas que padecen esta enfermedad. Teniendo como resultados de estudios de diversos países del mundo, en donde se exploraron las creencias hacia los medicamentos, el uso de insulina y sus posibles efectos adversos, creencias de autoeficacia, creencias de control, y creencias sobre la diabetes en general que afectan la manera en que los pacientes perciben el contexto de lo que están viviendo. En donde se observa como consecuencia la disminución de conductas de autocuidado. Se concluye que las creencias son un factor importante para el cual aún hace falta mayor investigación sobre la relación que tienen con la AT en personas con DM2, para así aportar información que respalde intervenciones más eficaces para incrementar el autocuidado en los pacientes y mejores niveles de control glucémico.

#### Palabras Clave:

Diabetes Mellitus Tipo 2, creencias en salud, adherencia al tratamiento

---

<sup>a</sup> Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0009-0004-9876-8268>, Email: [ju262878@uaeh.edu.mx](mailto:ju262878@uaeh.edu.mx)

<sup>b</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0003-0877-4871>, Email: [rguzman@uaeh.edu.mx](mailto:rguzman@uaeh.edu.mx)

<sup>c</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0002-6318-4519>, Email: [maria\\_escamilla@uaeh.edu.mx](mailto:maria_escamilla@uaeh.edu.mx)

<sup>d</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0001-7212-641X>, Email: [abel\\_lerma@uaeh.edu.mx](mailto:abel_lerma@uaeh.edu.mx)

<sup>e</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0002-3254-4470>, Email: [marcos\\_galvan3112@uaeh.edu.mx](mailto:marcos_galvan3112@uaeh.edu.mx)

## Introducción

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce [1].

Cabe mencionar que la diabetes genera complicaciones si no se encuentra controlada en el paciente. Dentro de las más graves están las neuropatías y las retinopatías; asimismo, es una de las principales causas de insuficiencia renal y proporciona un riesgo dos o tres veces mayor para sufrir un infarto al miocardio o un accidente cerebrovascular, entre muchas otras. Si los sistemas de salud pudieran promover eficazmente la adherencia al tratamiento de la diabetes, se podría lograr una prevención notable que logre evitar en lo posible las complicaciones que esta enfermedad suscita, y así mismo los beneficios individuales, sociales y económicos serían considerables [2].

La Federación Internacional de Diabetes (FID) declaró en 2021 que en el mundo existen 537 millones de adultos en edades entre los 20 y 79 años que viven con diabetes, mientras que en México es la tercera causa de muerte [3]. Destacando entre las entidades federativas mexicanas con mayor prevalencia de diabetes se encuentra a Campeche con un 14.01%, Hidalgo con 12.83% y Tamaulipas con 12.77% [3].

Ahora bien, uno de los elementos clave en el control en la diabetes es la llamada “adherencia al tratamiento”. Al respecto, existen diversos factores psicosociales que se han considerado de importantes para el estudio de la DM2; dentro de estos se encuentran las creencias asociadas a la adherencia terapéutica.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión documental sobre las creencias que inciden en la adherencia al tratamiento (AT) de personas que padecen DM2

En este reporte, primero, se conceptualiza lo que es la adherencia al tratamiento, posteriormente se definen las creencias y su asociación entre estos factores y la DM2. Al finalizar, se describen conclusiones y sugerencias sobre el uso de esta información tanto en la promoción de la salud como en la prevención de la enfermedad.

### La adherencia al tratamiento de la diabetes

En el año 2003, la OMS definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” [2].

Con respecto al término “adherencia al tratamiento”, algunos autores como Ortego et al. han señalado que la adherencia o cumplimiento es en principio “la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido” [4].

La AT es un fenómeno múltiple y complejo lo cual hace necesario crear un sistema para su evaluación considerando diversos ángulos que van desde solicitar al paciente responder ciertos cuestionarios de autoinformes, pedir información de personas cercanas al paciente como un complemento de la veracidad de las respuestas dadas por el mismo, resultados de análisis clínicos u observación en la mejoría notable en los síntomas del padecimiento, la medición del consumo de medicamentos ingeridos al pedirle al paciente que traiga consigo la cantidad de medicamento sobrante en un periodo de tiempo que transcurre entre una cita médica y otra. Con todo ello se sugiere el uso combinado de varios métodos de evaluación con el fin de tener resultados más confiables [4].

El enfoque terapéutico que se maneja en la DM2 se ha modificado a lo largo del tiempo, actualmente no solo se centra en el uso de fármacos para el control de ésta, sino también en modificaciones que tiene que realizar el paciente al estilo de vida por medio del cambio de conductas más saludables. Bajo este enfoque se puede entender la adherencia al tratamiento de la DM2 vinculada a la adquisición y mantenimiento de un estilo de vida caracterizado por el uso de hipoglucemiantes (orales y/o insulina) con una dosis y frecuencia indicada por el médico, el monitoreo de la glucosa de manera constante, acudir a citas médicas, un aumento en la actividad física y seguir una dieta indicada por un profesional y ajustada a los requerimientos del paciente que ayude a un mejor control de la glucemia [5].

Respecto al tema del estudio de la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, específicamente a la DM2, la OMS [2] en 2013 destacó que la adherencia representa la principal estrategia para mantener los niveles de glucemia lo más cerca posible de la normalidad y, así mismo, para evitar las complicaciones agudas y crónicas que desarrolla la enfermedad. Además, la OMS [2] ha agrupado los factores correlativos de la adherencia en cinco grupos: *a) factores socioeconómicos*: en los que se destaca la importancia de un soporte, emocional, social y económico para afrontar la enfermedad; *b) factores relacionados con el tratamiento*: consisten en lo complicado que puede llegar a ser el tratamiento, número de dosis, la duración, y los efectos adversos del mismo; *c) factores relacionados con la enfermedad*: la severidad de la patología, así como el impacto de los síntomas en

la calidad de vida del paciente, y el pronóstico de mejora clínica; d) *factores relacionados con el sistema sanitario*: la relación médico-paciente y las implicaciones que puede provocar al ser deficiente; y por último e) *factores relacionados con el paciente*: los cuales son los factores que describen al paciente, que pueden ir desde datos que lo definen como sexo, edad, estado civil, hasta factores como el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, las creencias sobre la misma y el estilo personal de afrontamiento. Todos estos factores apuntan como barreras o facilitadores dentro de la AT.

Por otra parte, como señala Mendoza-Reyes [6], existen causas de la falta de adherencia, intencionales y no intencionales. Las causas de manera inintencional o de manera no voluntaria aparecen cuando el paciente desea seguir el comportamiento adherente, pero carece de capacidad o recursos, tal es el caso del olvido del tratamiento o que no es capaz de comprender las instrucciones en su momento; por otro lado, las causas de manera intencional o voluntaria refieren a que el propio paciente decide no seguir el tratamiento por cuestión de la percepción que tiene de las recomendaciones, creencias sobre el tratamiento y preferencias para iniciar o mantener las indicaciones del personal sanitario que lo atiende.

### ¿Qué son las creencias?

Para Ortega y Gasset, “las creencias son ideas ya asumidas por la sociedad y con las que el sujeto en su desarrollo se encuentra y adopta como interpretación de la realidad” [7]. De igual manera, Martínez-Licona et al. [8] mencionan que las creencias son generadas a partir de los escenarios socioculturales y aquellas experiencias que el mismo escenario propicia, se crean y se arraigan de forma no consciente como consecuencia de las experiencias vividas, de otros o de la transmisión cultural. Las creencias son los componentes principales que determinan las actitudes, las conductas ante las demandas del entorno.

Existen dos tipos de creencias de acuerdo con la Terapia Racional Emotiva enmarcada dentro de las terapias cognitivo conductuales y propuesta por Albert Ellis [9]:

a) Creencias racionales: Son pensamientos realistas que conducen a una emoción equilibrada, a un comportamiento adaptativo y productivo.

b) Creencias irracionales: Son ideas distorsionadas, exageradas, desastrosas, son afirmaciones y exposiciones sin fundamento. Este tipo de creencias pueden causar malestar emocional y conductas desadaptativas.

Al respecto, uno de los modelos que intenta explicar cómo la percepción de las personas sobre su salud tendrá efecto en el desarrollo de conductas saludables o no saludables es el llamado modelo de creencias en salud (MCS). A continuación se ahonda sobre este.

### Modelo de Creencias en Salud (MCS):

Becker [10] en 1974 hizo el intento de identificar las características psicológicas modificables asociadas a comportamientos saludables, por lo cual desarrolló este modelo con el propósito de predecir la intención de realizar conductas enfocadas a la salud a través de cuatro dimensiones: 1) Percepción de severidad, que indica la impresión subjetiva que tiene una persona sobre la seriedad de una enfermedad o sus consecuencias 2) Susceptibilidad percibida que es la percepción de la persona sobre su propia vulnerabilidad a llegar a contraer una enfermedad o cierta condición de salud, 3) Beneficios percibidos, esta dimensión se caracteriza por la valoración de las ganancias que puede la persona al tomar medidas preventivas o seguir el tratamiento cuando ya se visibiliza la enfermedad; y la última dimensión son las 4) Barreras percibidas las cuales son referidas como obstáculos o dificultades que pueden impedirle a una persona tomar medidas preventivas o buscar tratamiento para cierta enfermedad.

El MCS explica que el comportamiento de una persona está determinado por la presencia de las creencias sobre el hecho de que al no llevar a cabo ciertas conductas aparecerá alguna enfermedad y las creencias sobre sentirse en riesgo de padecer dicha enfermedad aunado a los costos y beneficios que la conducta saludable tendrá. La interacción de estas creencias según Rosenstock en una persona puede decidir moverse en dirección a las creencias internas que desarrolle; por lo cual con ello se remarca la importancia de identificar cuáles son las creencias que están propiciando que las personas mantengan o no conductas de AT, sobre todo en enfermedades crónicas, tal como lo es la DM2. [11].

Desde ésta revisión abierta de la literatura se muestra la relación de las creencias dentro de las conductas de adherencia de la DM2.

### Creencias y adherencia al tratamiento de la diabetes

Con relación a la asociación entre las creencias y la AT, se encontraron diversos textos que consideran principalmente temáticas como las creencias sobre la enfermedad y las creencias sobre la medicación.

En la región de Europa y Asia, se han realizado diversas investigaciones sobre esta relación. Un ejemplo es un estudio publicado en Australia por Dhippayom y Krass

[12], el cual cumplió con el objetivo de determinar la adherencia a la medicación en DM2 y describir las actitudes y creencias de los encuestados acerca de los medicamentos y las barreras para la adherencia que estos podrían causar. Como instrumentos de evaluación se utilizaron la escala para puntuación de adherencia a la medicación de *Morisky (MMAS-8)* y para evaluar las creencias sobre la medicación se empleó el *Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos* en una muestra de 543 pacientes con DM2, obteniendo como resultados que entre las barreras de la adherencia al tratamiento farmacológico sobresale la preocupación por los efectos adversos de la medicación y el uso de la insulina y considerando que las personas de mayor edad se adhieren mejor al tratamiento.

Ahora bien, los medicamentos juegan un papel crucial en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, sin embargo es un reto que los pacientes mantengan los mismos índices a lo largo del tiempo, lo que demuestran Lemay et al. [13] al estudiar la relación entre las creencias y la AT farmacológico en una muestra de 783 pacientes que tenían en promedio dos enfermedades comórbidas, entre ellas la DM2, indicaron tomar una media de cuatro medicamentos recetados para tratarlas. Como resultado se obtuvo que tener creencias negativas sobre el uso de medicamentos (por ejemplo: efectos adversos considerados mayores que los beneficios) además de la creencia que evalúa a los medicamentos como algo dañino si se consume constantemente y sin descanso a lo largo de un cierto periodo del tiempo, disminuyen notablemente la adherencia de los pacientes a su tratamiento.

Es notable la preocupación acerca del uso de ciertos medicamentos entre las creencias que modifican los niveles de AT en la DM2, ejemplo de ello es el estudio realizado por Lim [14] en Corea del Sur, quien menciona que existe una relación entre la resistencia psicológica al uso de la insulina y el autocuidado en personas con DM2 mayores de 65 años. Esta resistencia psicológica se define por emociones asociadas con el tratamiento como la culpa, la pérdida y el fracaso en la enfermedad. Asimismo, las personas que no usan insulina en su tratamiento presentan una mayor tendencia a rechazarla y este rechazo está asociado a pensamientos de baja autoeficacia y poca confianza en sí mismos, al creer que no podrían lograr la conducta de auto-inyección y, a su vez, la presencia de sentimientos de dependencia sobre sus familiares al creer que podrían necesitar apoyo para continuar su tratamiento en caso de no lograr llevarlo a cabo por su propia cuenta.

Siguiendo el mismo tema de las creencias sobre el uso de insulina y cómo es que éstas influyen en la aceptación de este tipo de tratamiento farmacológico, tal como lo mencionan Liu et al. [15] en un estudio de corte cualitativo aplicado en clínicas de salud de atención primaria de Singapur, de acuerdo con los resultados obtenidos sobresalieron cuatro temas principales que impactan en la aprobación del tratamiento con insulina, los cuales fueron: preocupación acerca de que el tratamiento de la insulina sea de por vida, miedo al dolor físico de las inyecciones, creencias erróneas sobre la insulina y el miedo percibido acerca de las complicaciones de la diabetes mellitus; además, hubo otros dos temas que impactan en la AT con insulina. El primero fueron las creencias relacionadas con los efectos adversos: el dolor esperado en las inyecciones constantes y los episodios de hipoglucemia, y el segundo trató sobre las cuestiones socioeconómicas explicadas a partir del costo del medicamento, el uso diario de agujas o la complicación de las aplicaciones interferidas por largas jornadas de trabajo.

Un grupo de personas en particular son los inmigrantes. En una investigación de tipo cualitativo llevada a cabo en E.U.A. por Baghikar et al. [16], cuyo propósito fue obtener información acerca de las barreras y facilitadores de la adherencia a la medicación entre los pacientes mexicanoamericanos con DM2, se encontró que las barreras importantes para la adherencia eran la insatisfacción en la comunicación con el personal de salud, la imposibilidad de pagar los medicamentos, las preocupaciones sobre la eficacia y el impacto negativo de la medicación para la diabetes (algo similar a los estudios previamente revisados). Las preocupaciones que tienen los pacientes sobre el impacto de los medicamentos a su salud y bienestar, es un gran reto a vencer para lograr una mayor adherencia, para lo cual se necesita el trabajo del personal de salud para atender las inquietudes y miedos en ellos.

La influencia de las creencias en la dieta nutricional también es un rubro importante para verificar si se cumplen o no las prescripciones en el tratamiento. Al respecto, Rao et al. [17] exploraron cualitativamente las percepciones de los afroamericanos residentes en Estados Unidos de América que padecían DM2, en los comportamientos de autocontrol tanto de la dieta como farmacológico. Entre los factores psicosociales se encontraron las actitudes y creencias respecto a la diabetes y la influencia sociocultural. Algunas de las creencias más marcadas en cuanto a la enfermedad eran: creer que la diabetes es curable afectando así la percepción que tenían de la enfermedad y del uso de medicamentos. También expresaron creencias

científicamente erróneas sobre los medicamentos, lo que afectó igualmente su adherencia farmacológica y sus conductas de control de la glucosa en sangre. Un ejemplo de estas creencias discutidas en esta investigación fue que los medicamentos de mantenimiento actuaban de la misma manera que la insulina y debían solo tomarse cuando los niveles de glucosa fueran elevados; esto permite observar la importancia de actuar en la modificación de éstas percepciones para aumentar los niveles de adherencia en los pacientes con DM2. El aspecto más desafiante para los participantes fue cumplir con las limitaciones dietéticas; esto fue especialmente problemático cuando estas limitaciones iban en contra de las tradiciones socioculturales de preparación de alimentos y tipos de comidas. Algunos de los participantes informaron de la ayuda de nutricionistas, que conocían su cultura que les apoyaron para modificar las prácticas de preparación para que sea más saludable. Por lo tanto, el apoyo personalizado que aborde estos factores podría ser eficaz para promover el cumplimiento de la dieta prescrita al igual que la administración correcta de los medicamentos.

En América Latina también se han estudiado estos fenómenos de relación en torno a la adherencia. Un ejemplo es el estudio de tipo mixto realizado por Freire-Jannuzzi et al. [18] en Brasil con el objetivo de identificar las creencias que tienen los pacientes con DM2 sobre la medicación y, a su vez, cómo éstas influyen en la adherencia a los fármacos orales, basándose en la Teoría de la Conducta Planificada anteriormente desarrollada por Ajzen y Fishbein en 1980. En dicha teoría se explica que las creencias de las personas pueden influir en seguir o no comportamientos de salud. Asimismo, explican diversos tipos de creencias. Las primeras son las *creencias conductuales*, que se refieren a las valoraciones de las consecuencias de la conducta y que crean actitudes favorables o desfavorables hacia la realización de la misma; posteriormente, las *creencias normativas* son definidas como la percepción de referencias sociales en comportamientos específicos, y conducen a seguir normas subjetivas; y por último, las *creencias de control*, que surgen de la presencia de factores percibidos por los sujetos que pueden facilitar o dificultar un comportamiento en particular. Para Ajzen y Fishbein, también las creencias en torno a la autoeficacia tienen un impacto, ya que se refieren a la percepción que tiene el propio individuo sobre su capacidad de realizar determinada conducta. Para ello en este estudio se evaluaron las creencias por medio de las entrevistas realizadas a pacientes. En sus relatos se destacan creencias sobre la percepción de reacciones adversas que impiden que los pacientes mantengan el tratamiento farmacológico o lo lleven de manera adecuada, haciendo

énfasis en los efectos secundarios de los medicamentos y los síntomas de la hipoglucemia atribuidos a los mismos; además se identificaron creencias normativas influenciadas por referencias sociales positivas o negativas que podían ser un factor importante para que los pacientes se adhirieran al fármaco recetado. Respecto a las creencias de control, se encontró que para ellos es más sencillo tomar el medicamento si este no tiene costo, además si son capaces de diferenciarlos por color, forma y tamaño, así como crear una rutina donde esta conducta se encuentre integrada y, por el contrario, creen que si el medicamento requiere más de una dosis al día será más difícil controlarlo. Finalmente, se identificaron las creencias de autoeficacia donde los pacientes mostraron percibirse capaces de seguir el tratamiento, siempre y cuando se les educara sobre el uso de los mismos, de esta forma se resuelve el desconocimiento de la función del fármaco favoreciendo así el impacto de su uso adecuado y aumentando su AT farmacológico.

En México, Martínez-Licona et al. [8] realizaron un estudio de tipo mixto con el objetivo de evaluar las creencias sobre la DM2 y cómo afectan estos a los niveles de adherencia. En personas con diagnóstico de DM2, se aplicó un cuestionario de preguntas abiertas sobre las creencias que tienen los pacientes respecto a la enfermedad y se contrastó con las puntuaciones obtenidas en otro instrumento, que evaluaba el nivel de adherencia en distintas áreas como dieta, ejercicio, toma de medicamentos y manejo emocional. Desde la perspectiva de dicho estudio, los resultados indican que las creencias son un factor importante que determina las conductas que dan lugar a los distintos niveles de adherencia. Para las personas es difícil diferenciar entre la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, así como los beneficios del tratamiento, lo que propicia que los pacientes prefieran tomar remedios y asistir a terapias alternativas considerando a estas como un tratamiento eficaz; además, tienen una baja comunicación con el médico tratante y acuden a consultas solo con el fin de conocer sus niveles de glucosa y avance de la enfermedad, a resurtir sus medicamentos o a atender alguna complicación.

También en México, otro estudio basado en el MCS fue realizado por Muñoz-Torres et al. [19] a pacientes con DM2 con al menos un año de diagnóstico y que se encontraban recibiendo tratamiento. Se les realizaron mediciones de presión arterial, nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1c) al igual que una evaluación de las creencias en salud sobre la susceptibilidad, la severidad de la diabetes, los beneficios de las acciones preventivas y creencias relacionadas con las barreras, teniendo como

resultados que sólo el 21% de los pacientes entrevistados tenían creencias positivas sobre la salud y estas, a su vez, se asociaron con un nivel óptimo de hemoglobina glucosilada. A pesar de su conocimiento de las ventajas de la alimentación saludable y el ejercicio, los pacientes todavía enfrentaron obstáculos para seguir tratamientos no farmacológicos a causa de las creencias sobre lo complicado que puede llegar a ser su realización y cumplimiento. Como resultado, con frecuencia experimentaron un control metabólico ineficaz y mayores posibilidades de complicaciones vasculares.

## **Conclusiones**

De la información obtenida a partir de los estudios consultados, se puede afirmar que las creencias juegan un papel importante en la AT que logran tener los pacientes en cada factor implicado en la DM2. Entre las publicaciones que fueron revisadas se encuentra una mayor tendencia de las investigaciones sobre la influencia de las creencias sobre el tratamiento farmacológico y menor en lo referente a la adherencia a la dieta y a la actividad física que son otros rubros a evaluar, probablemente porque la evaluación de la adherencia en cada una de las áreas del tratamiento implica diversos métodos, por ejemplo, en el rubro farmacológico la evaluación regularmente se realiza de forma general a través de la aplicación de cuestionarios de autoinforme estandarizados en una muestra de pacientes, mientras que para los rubros de la evaluación de una dieta o el ejercicio que realizan tendrían que ser evaluados de manera específica para cada paciente.

Cabe mencionar que la metodología por medio la cual se realizó la búsqueda de la información aquí contenida al ser una revisión abierta a la literatura, es considerada una limitación de los resultados obtenidos; ya que de haber sido usada una búsqueda con mayor rigurosidad en cuanto a la estructura metodológica podría suscitar aseveraciones de mayor peso dentro de este campo de conocimiento. Para lo cual para mayor investigación dentro del tema posteriormente se sugiere realizar una búsqueda sistematizada.

Por otro lado, denota que las creencias erróneas que los pacientes tienen sobre el tratamiento y sobre la enfermedad se vinculan a la preocupación al percibirse vulnerables al recibir el diagnóstico de DM2; algunas creencias las adoptan los pacientes de acuerdo con lo que escuchan o comentan con otras personas, independientemente de que los otros tengan o no experiencia en cuanto al tratamiento para esta enfermedad y, además, pueden ser una figura de referencia de la cultura en la que se desenvuelven,

sumado al desconocimiento que tienen sobre la enfermedad así como los efectos para favorecer su bienestar y seguir el tratamiento de una manera adecuada y completa. Otras creencias erróneas nacen de una valoración intrínseca en torno a la incapacidad de llevar a cabo las indicaciones a largo plazo, dadas por el personal médico, y que incluso suelen ser reforzadas por una comunicación deficiente en la relación médico-paciente, en donde en cada consulta no se toma el tiempo necesario para esclarecer las dudas que pudieran surgir.

Ahora bien, al iniciar un proceso de cambio de hábitos además de la toma de medicamentos (que es lo que implica el tratamiento de la DM2), es probable que los pacientes actúen ante lo desconocido, rechazando o no aceptando totalmente, por ejemplo el uso de insulina.

En cuanto a la AT referente a la dieta, se pueden observar aspectos asociados al desconocimiento en cuanto a la elección de tipos de alimentos y porciones; sumado a las tradiciones socioculturales ligadas a la alimentación específicamente en el modo de preparación considerando que son distintas para cada región geográfica.

Con esto se concluye que para favorecer que los pacientes logren adherirse mejor a su tratamiento deben modificarse las creencias erróneas respecto al tratamiento farmacológico indicado. En el caso específico de la insulina, se debe contar con el asesoramiento del paciente para resolver interrogantes que se pudieran presentar; así mismo, corregir el miedo a las agujas por medio de intervenciones que incluyan técnicas de exposición gradual, apoyándose en grupos de autoayuda entre pacientes. Además, realizar un monitoreo constante desde el momento del diagnóstico sobre las dudas que llegan a surgir respecto al uso de fármacos orales en el tratamiento de la DM2, para evitar que estos modifiquen sus tratamientos debido a las creencias erróneas que tienen sobre uso de los mismos y, un asesoramiento en los planes de ejercicio y cambio de hábitos alimentarios de manera personalizada con el objetivo de invalidar la creencia de que podría llegar a ser muy difícil para los pacientes continuar con estas recomendaciones de manera constante a lo largo del tratamiento de la DM2.

El uso de estrategias personalizadas adaptadas a las necesidades de cada paciente, al igual que el trabajo interdisciplinario de médicos y psicólogos, estos últimos para la identificación y modificación de las creencias erróneas que hay dentro de la enfermedad, será de gran apoyo para mejorar los niveles de adherencia, y así lograr objetivos de control glucémico más adecuados para reducir las complicaciones de la DM2, mejorar la calidad

de vida de los pacientes y conseguir un avance en el impacto de los servicios de salud.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. 2007 [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. Paho.org. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas Nacionales a propósito del día mundial de la diabetes. [Internet]. Org.mx. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Diabetes2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf)
4. Ortego Maté MC, López Gonzalez S, Álvarez Trigueros ML. Tema 14. Adherencia al tratamiento. Unican.es. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/424/course/section/214/tema\\_14.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/424/course/section/214/tema_14.pdf)
5. Angelucci Bastidas L, Rondón Bernard JE. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. Rev médicas UIS [Internet]. 2021;34(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021003>
6. Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Med Etica [Internet]. 2021;32(4):897-945. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>
7. Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. Espasa-Calpe; 1976.
8. Martínez Licona JF, Torres Avalos MM. Creencias sobre la diabetes y la adherencia terapéutica en personas con D Mil. cultrua [Internet]. 2017;14(1):06-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2017v14n1.4324>
9. Ellis A, Grieger R, Marañón AS. Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1981.
10. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monogr [Internet]. 1974;2(4):409-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>
11. Flórez L. Psicología social y de la salud. Manual Moderno; 2007.
12. Dhippayom T, Krass I. Medication-taking behaviour in New South Wales patients with type 2 diabetes: an observational study. Aust J Prim Health [Internet]. 2015;21(4):429. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1071/py14062>
13. Lemay J, Waheedi M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: do beliefs about medications play a role? Patient Prefer Adherence [Internet]. 2018;12:1687-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S169236>
14. Lim A, Song Y. The role of psychological insulin resistance in diabetes self-care management. Nurs Open [Internet]. 2020;7(3):887-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.462>
15. Liu C, De Roza J, Ooi CW, Mathew BK, Elya, Tang WE. Impact of patients' beliefs about insulin on acceptance and adherence to insulin therapy: a qualitative study in primary care. BMC Prim Care [Internet]. 2022;23(1):15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-022-01627-9>
16. Baghikar S, Benitez A, Fernandez Piñeros P, Gao Y, Baig AA. Factors impacting adherence to diabetes medication among urban, low income Mexican-Americans with diabetes. J Immigr Minor Health [Internet]. 2019;21(6):1334-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-019-00867-9>
17. Rao D, Meyer J, Maurer M, Shiyabola OO. Perceptions of psychosocial and interpersonal factors affecting self-management behaviors among African Americans with diabetes. Explor Res Clin Soc Pharm [Internet]. 2021;3(100057):100057. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100057>
18. Jannuzzi FF, Rodrigues RCM, Cornélio ME, São-João TM, Gallani MCBJ. Beliefs related to adherence to oral antidiabetic treatment according to the Theory of Planned Behavior. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2014;22(4):529-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3578.2448>
19. Muñoz-Torres AV, Medina-Bravo P, Valerio-Pérez BE, Mendoza-Salmeron G, Escobedo-de la Peña J, Velázquez-López L. Positive health beliefs are associated with improvement of glycated hemoglobin and lipid profiles in Mexican patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2020;20(1):761. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08866-4>