

## ARTICULO ORIGINAL

### **Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social**

### **Healthy beliefs and behaviors related to chronic noncommunicable diseases in participants of the AsuRiesgo Program of the Social Security Institute**

**\*Gómez de Brítez E<sup>I</sup>, Samudio M<sup>II</sup>**

<sup>I</sup>Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay

<sup>II</sup>Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

## RESUMEN

Las creencias son determinaciones primarias del comportamiento. El objetivo del estudio fue determinar las creencias y los comportamientos saludables referidos a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa "AsuRiesgo" en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social. El estudio fue descriptivo de corte transversal con componente analítico. Fueron encuestadas en forma voluntaria y anónima 195 personas, 51 (26,2%) eran hombres y 144 (73,8%) mujeres, con rango de edad entre 18 y 77 años. El cuestionario utilizado estaba basado en el modelo de creencias de salud de Rosenstock y escala tipo Likert, compuesta por 68 reactivos. Los resultados revelan creencias favorables con relación la severidad en 82,6% como los efectos negativos al miedo a arrastrar una carga de por vida, afectar la vida laboral propia y de los familiares, requerir de gastos adicionales y cambios en el estilo de vida; la percepción de vulnerabilidad en el 86,2%, incluso en ausencia de conductas de riesgo; los beneficios de las prácticas saludables en el 92,8% mientras que no se identificaron barreras en el tratamiento y prevención en 75,4% en lo relacionado con las consultas médicas. Los resultados a las preguntas adicionales sobre comportamientos saludables muestran que los mismos son muy variables y existe cierta conciencia de la importancia del estilo de vida, en la relación interpersonal como en la alimentación. Las relaciones entre las creencias y las prácticas son complejas y muy débiles por lo que se requieren más estudios para establecer con claridad la dinámica que opera entre ellas.

**Palabras clave:** Creencias en salud. Comportamiento saludable. Enfermedades crónicas no transmisibles.

## ABSTRACT

The beliefs are the primary determinations of the behavior. The objective of the study is to determine the beliefs and health behaviors related to chronic non-communicable diseases in people attending the "AsuRiesgo" Program at the Central Hospital of the Social Security Institute. This was a cross-sectional descriptive study with analytical component. One hundred ninety five voluntary people were interviewed anonymously, of whom 51 (26.2%) were male and 144 (73.8 %) women, with an age range between 18 and 77 years. The questionnaire was based on the Health Belief Model of Rosenstock and Likert scale, including 68 items. The results allowed the identification of favorable beliefs in relation to severity in 82.6% and negative effects related to the fear of carrying a burden for life, affecting the own and family work life, requiring additional costs and changes in

*\*Autor Correspondiente: Dra. Emilia Gómez de Brítez. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay*

*E-mail: emigombri2004@hotmail.com*

*Fecha de recepción: octubre 2013; Fecha de aceptación: agosto 2014*

life style. A perception of vulnerability was identified in 86.2%, even in the absence of risk behaviors, the benefits of healthy practices in 92.80% while no barriers were identified in the treatment and prevention in 75.4%, especially in what is related to medical consultations. The results of the additional questions about healthy behaviors showed that they are very variable and there is some consciousness about the importance of the life style, in the interpersonal relationship as in the alimentation. The relations between beliefs and practices are complex and very weak and therefore more studies are needed to clearly establish the dynamics operating among them.

**Keywords:** Beliefs in health. Healthy behavior Non-communicable diseases

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un grupo de enfermedades que se caracterizan por ser de inicio lento generalmente silencioso, de evolución crónica que requieren tratamiento en forma permanente, las principales son las enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (1), y en el Paraguay se incluye además a los trastornos de salud mental (2).

La carga de las ECNT en las sociedades contemporáneas a nivel mundial sigue en aumento; hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. En el 2005, la ECNT era responsable del 60% del total mundial de defunciones y el 80% de estas muertes se registraron en países de ingresos bajos y medianos, aproximadamente 16 millones correspondieron a personas menores de 70 años. Teniendo en cuenta que las ECNT son, en gran medida, prevenibles, el número de muertes prematuras se puede reducir considerablemente (3). Se calcula que en 2030 la mortalidad llegará a 23,6 millones de personas por Enfermedades Cardiovasculares, se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte o discapacidad (4). En el Paraguay, la prevalencia de ECNT es elevada, son causantes del 56% de las muertes en el país, llegando durante el 2008 a más de 15 mil muertes, ocupando las 10 primeras causas de mortalidad en el país (5) y en el 2010 constituyeron el 26% de las muertes prematuras (6).

Entre las causas determinantes se citan factores biológicos y conductuales, condiciones ambientales e influencia del entorno internacional. Entre los factores adquiridos más importantes se encuentran la alimentación no saludable, la falta de actividad física, el hábito de fumar y el consumo excesivo de alcohol, entre la población paraguaya se refiere un 33% de hipertensión, 40% de sedentarismo en adultos, 26% de tabaquismo, 50,9% consumo de bebida alcohólica y 84,7% se consume menos de cinco porciones de frutas y/o verduras por día (1, 6,7). El 80% de los casos de ECV apoplejías, diabetes de tipo 2, y el 40% de los casos de cáncer pueden prevenirse con la adopción de hábitos de vida saludable mediante la implementación de una política pública acertada (8).

Las creencias de las personas merecen una atención especial considerando que ellas determinan sus comportamientos (9), representan los componentes primordiales y determinantes de las actitudes, pueden moldear, influir en el grado de salud, y en la manera como se relaciona el ser humano. Si se conoce la creencia de las personas es posible predecir más fácilmente sus prácticas, hábitos o respuestas establecidas para una situación común, por lo tanto la comprensión de la creencia de los individuos vinculadas a la salud y enfermedad debe ser considerada (10).

El Programa AsuRiesgo, creado en el año 2005 con el patrocinio de la Universidad de Heidelberg Alemania, tiene como objetivo estimar la prevalencia de los factores de riesgos cardiovasculares clásicos, del síndrome metabólico y de los nuevos factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y evaluar en forma longitudinal el efecto a largo plazo de la modificación de factores de riesgo en esta población.

En este estudio se determinó la característica de las creencias y los comportamientos saludables acerca de las ECNT, en los asistentes al Programa AsuRiesgo del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HCIPS) en el periodo de noviembre a diciembre

de 2011 mediante la administración de un cuestionario basado en las dimensiones básicas que se deben analizar en un episodio de enfermedad como la autopercepción de: susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, beneficios al llevar a cabo determinadas conductas de salud, grado de amenaza de la enfermedad y la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas de salud, propuestas en el Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock *et al* (11-12); este cuestionario se complementó con preguntas sobre comportamientos en salud pertinentes a las ECNT.

Tener conocimiento de las creencias en salud de los participantes al Programa AsuRiesgo podrá contribuir al logro de los objetivos propuestos en el mismo con mayor eficiencia y eficacia, sabiendo que la creencia es uno de los determinantes importantes de la conducta humana y además redundará en beneficio del asegurado, su familia y del Instituto de Previsión Social, logrando impactos positivos en aspectos económico y social, con estrategias de intervención exactas para futuros proyectos.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con componente analítico, con muestreo no probabilístico por conveniencia, llevado a cabo con los participantes del Programa AsuRiesgo en el HCIPS.

El Programa AsuRiesgo lleva a cabo un servicio de atención que consiste en primer lugar en la captación del usuario a través de charlas sobre el Programa AsuRiesgo en los pabellones del HCIPS y la de promoción del mismo, con un promedio de 30 personas atendidas por día. El equipo de profesionales está formado por: cuatro médicos (dos clínicos y dos cardiólogos) y seis licenciadas (una en nutrición, una en psicología y cuatro en enfermería). Después de la consulta médica el paciente es invitado a la entrevista luego de verificar los criterios de inclusión, se le explica el objetivo del estudio y los aspectos éticos relacionados al mismo, como la confidencialidad, la participación voluntaria, anónima con consentimiento por escrito firmado previo a la autoadministración del cuestionario. Otro servicio de atención consiste en el Previbus que es una sección dedicada a las empresas aportantes al seguro, constituidas por obreros, técnicos y personal administrativo que solicitan la visita del Programa AsuRiesgo a la empresa (13). Al 30 de diciembre del 2011 se hallaron inscritos al Programa 12.954 participantes, de noviembre a diciembre de 2011 se registraron 1707 participantes, entre asistentes al consultorio en el HCIPS y visitas a las empresas. Se establecieron como criterios de inclusión ser miembro del Programa AsuRiesgo, mayor de 18 años, haber consultado entre noviembre y diciembre de 2011 y firmado el consentimiento informado.

Se utilizó un cuestionario basado en el Modelo de Creencias en Salud, elaborado en base a la literatura pertinente a la ECNT y en cuestionarios utilizados en otros estudios como el de prácticas y creencias sobre estilos de vida (14-16). El instrumento está organizado en tres secciones. La primera incluye informaciones demográficas con ocho variables: idioma, sexo, edad, nivel educativo, estado civil, parentesco con el jefe(a) del hogar, área de residencia y portador de ECNT (diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad respiratoria crónica). La segunda constituida por 47 ítems, referentes a las dimensiones de autopercepción de severidad (10), vulnerabilidad (10), beneficios (10) y barreras (17); y la tercera con 21 ítems sobre comportamientos saludables practicados en los últimos 30 días previos a la encuesta, tres se refieren a la actividad física y al ocio, 11 sobre alimentación, uno sobre sustancia psicoactiva y tres acerca del sueño. En cuanto a su estructura, el cuestionario, es una escala sumativa tipo Likert (17-18), que en las dimensiones de severidad, vulnerabilidad y beneficios de la creencia presenta seis niveles de respuestas (de valoración negativa a positiva a cada afirmación ofrecida) y categorizadas de la siguiente manera: (1) "Muy en desacuerdo", (2) "Poco en desacuerdo", (3) "Más o menos en desacuerdo", (4) "Más o menos de acuerdo", (5) "Poco de acuerdo" y (6) "Muy de acuerdo"; para la dimensión de barrera, también seis niveles de respuesta con la particularidad de que las respuestas tienen un sentido inverso, es

decir, la respuesta se organiza de valoración positiva a negativa (cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de "barreras" percibidas, por lo tanto se considera negativa la respuesta). La dimensión de "comportamiento saludable" con la misma estructura tipo Likert, se respondió en un rango de cuatro niveles, en el cual, cada categoría significó la frecuencia con la cual practicaba cada "conducta" en los últimos 30 días antes de la encuesta, entonces las opciones se plantearon así: (0) "nunca": La actividad no fue realizada, (1) "algunas veces": La actividad fue realizada una vez por semana, (2) "frecuentemente": la actividad fue realizada dos veces por semana y (3) "siempre": La actividad fue realizada tres veces por semana.

Operacionalmente la creencia relacionada a las enfermedades crónicas no transmisibles se definió en favorable o desfavorable. En las dimensiones de severidad, vulnerabilidad y beneficios las respuestas del uno al tres, son consideradas desfavorables y del cuatro al seis son consideradas favorables, en la dimensión de barreras, la interpretación es inversa, es decir, las respuestas del uno al tres se consideran favorables y las respuestas del cuatro al seis, desfavorables, esto es debido a que una barrera es una creencia en sentido negativo hacia los comportamientos saludables relacionados con las ECNT. De manera a tener una visión global se procedió a dicotomizar los valores promedios de todas las respuestas obtenidas. Para las dimensiones severidad, vulnerabilidad y beneficios se calcularon las medias de todas las respuestas y posteriormente dicotomizadas en favorables y desfavorables de acuerdo al siguiente punto de corte: creencias desfavorables si presentaban una media igual o inferior a 3,5 y favorables por encima de 3,5. En el caso de la dimensión barrera, el punto de corte fue a la inversa, se consideraron creencias favorables las medias iguales o inferiores a 3,5 y las superiores se consideraron desfavorables.

Para el análisis de los datos se utilizaron los programas SPSS (v. 11.5) y Excel, con un enfoque, principalmente, descriptivo: distribución de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión; en la comparación de las dimensiones de severidad, vulnerabilidad, barreras y beneficios con los comportamientos saludables y ser portador o no portador de ECNT, las respuestas medias, en cada dimensión, fueron dicotomizadas según el sentido de la creencia, es decir, si la respuesta era en sentido favorable o desfavorable a las ECNT y la aplicación del chi-cuadrado que evalúa la independencia de las respuestas con relación a la condición de salud, por último, la relación entre las dimensiones componentes de las creencias con la frecuencia de comportamientos saludables se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Todas las pruebas fueron interpretadas con un nivel de confianza del 95%, considerándose como significativos los resultados con  $p < 0,05$ .

El cuestionario fue validado en contenido por juicio de expertos, por un grupo de médicos del IPS, sometido a una prueba piloto con 30 pacientes del Programa Anticoagulado cuyo resultado fue analizado calculándose el coeficiente de Alpha de Cronbach, para verificar la coherencia interna del cuestionario. Los valores del coeficiente Alpha de Cronbach en la prueba piloto fueron para las dimensiones de: severidad 0,89, vulnerabilidad 0,89, barreras 0,91, beneficio 0,83 y comportamiento saludable 0,76. La consistencia interna del instrumento en los individuos estudiados ( $n=195$ ) tuvieron valores del coeficiente Alpha de Cronbach entre 0,70 y 0,84 lo que indica una consistencia interna aceptable.

En relación a los aspectos éticos cabe mencionar que el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del IPS. A los participantes se les dio a conocer el proyecto, la participación fue voluntaria previa firma de una carta de consentimiento libre e informado; la aplicación del cuestionario fue en forma anónima, individual y autoadministrado, en el caso de las dos personas analfabetas que demostraron interés en participar fueron apoyadas por sus acompañantes. Han participado con aceptación voluntaria para responder al cuestionario todos los participantes.

## RESULTADOS

### Datos demográficos

De los 195 encuestados hubo predominio del sexo femenino (73,8%; IC95%: 66,9-79,8%), el rango de edad más frecuente fue 21-40 años (45,6%), nivel educativo secundario en el 52,6%. La mayoría de los participantes (60,8%) vivía en pareja y el 68,7% tenía residencia urbana. En la descripción sobre parentesco en relación al jefe/a del hogar, el 41,0% era jefe de familia y 40,0% refirió padecer alguna enfermedad cardiovascular (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características demográficas de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS-2011. (n=195)

Características generales	n	%	IC95%
<b>Idioma</b>			
Castellano	159	81,5	75,2 – 86,7
Guaraní y Castellano	36	18,5	13,3 – 24,8
<b>Sexo</b>			
Hombre	51	26,2	20,2 – 33,1
Mujer	144	73,8	66,9 – 79,8
<b>Edad (Años)</b>			
≤ 20	8	4,1	18,4 – 19,8
21 – 40	89	45,6	28,6 – 31,0
41 – 60	64	32,8	48,4 – 51,4
> 60	34	17,4	66,4 – 64,9
<b>Escolaridad</b>			
Analfabeto	2	1,0	0,10 – 3,7
Primaria incompleta	11	5,7	2,90 – 9,9
Primaria completa	28	14,4	9,80 – 20,2
Secundaria completa	103	52,6	45,30 – 59,8
Universitaria completa	47	24,2	18,40 – 30,9
Postgrado	4	2,1	0,60 – 5,2
<b>Estado civil</b>			
Soltera(o)	59	30,3	23,5 – 35,9
Casada(o)	86	44,1	37,2 – 51,6
Viviendo en pareja	32	16,4	11,6 – 22,5
Separada(o)/Divorciada(o)	12	6,2	3,2 – 10,6
Viuda	6	3,1	1,1 – 6,6
<b>Parentesco con la/el Jefa/e del hogar</b>			
Jefa(e)	80	41,0	33,2 – 47,5
Esposa(o)/ Compañera(o)	69	35,4	29,3 – 43,3
Hija(o)	43	22,1	16,5 – 28,7
Otro pariente	3	1,5	0,3 – 4,5
<b>Área de residencia</b>			
Urbana	134	68,7	61,5 – 75,0
Rural	61	31,3	25,0 – 38,5
<b>ECNT*</b>			
Ninguna	104	53,3	46,6 – 61,1
Cardiovascular	78	40,0	32,4 – 46,7
Cáncer	1	0,5	0,0 – 2,9
Diabetes	8	4,1	1,8 – 8,0
Respiratorias	4	2,1	0,6 – 5,2

\*Enfermedad crónica no transmisible: ECNT

### Dimensión "Percepción de la Severidad de la ECNT

Se observó en relación a los ítems que componen la dimensión severidad que un elevado porcentaje (95,9%) de los encuestados refirió que la ECNT es peligrosa, que es una carga para toda la vida (82%), que se pierde el bienestar (83%), que afecta a las actividades laborales (80,4%). Menor porcentaje de los encuestados (54,9%) tiene miedo al abandono o pérdida del apoyo social (56,9%) a consecuencia de una ECNT (Tabla 2).

**Tabla 2.** Ítems componentes de la percepción de severidad de ECNT de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS-2011. (n=195)

ÍTEMS	Desfavorable*				Favorable			
	1	2	3	T	4	5	6	T
La ECNTes peligrosa	1,5	0,5	2,1	4,1	9,2	4,1	82,6	95,9
Es una carga para toda la vida	2,1	10,3	5,6	18	17,4	11,3	53,3	82
Con la ECNT se pierde el bienestar	3,6	10,3	3,1	17	24,1	13,3	45,6	83
Crea miedo a la invalidez	5,6	15,4	5,6	26,6	16,4	13,3	45,6	75,3
Con la ECNT se pierde el apoyo social	13,8	21,0	8,2	43	18,9	14,9	23,1	56,9
Crea miedo a la muerte	7,1	18,5	8,7	34,3	11,3	13,3	41,0	65,6
Afecta a las actividades laborales	4,1	7,2	8,2	19,5	17,9	13,3	49,2	80,4
Afecta a las actividades laborales de los familiares más allegados	5,6	12,3	9,7	27,6	17,9	13,8	40,5	72,2
Tengo miedo al abandono a consecuencia de una ECNT	0,02	21,0	4,1	25,12	18,5	17,9	18,5	54,9
Puedo perder mi independencia a consecuencia de la ECNT	11,8	11,8	9,2	32,8	18,9	16,4	31,8	67,1

\*Los valores se presentan en %. **Autopercepción desfavorable:** 1.Muy en desacuerdo; 2.Poco en desacuerdo; 3. Más o menos en desacuerdo); **Autopercepción favorable:**4.Más o menos de acuerdo; 5.Poco de acuerdo; 6.Muy de acuerdo)

### Dimensión "Percepción de la Vulnerabilidad para adquirir ECNT

La proporción de encuestados con una percepción de vulnerabilidad favorable varió en relación a los diferentes ítems, entre los valores extremos se observó un alto porcentaje (90,2%) de los pacientes que cree que puede tener una ECNT aunque sea una persona delgada, un menor porcentaje (71,8%) percibe que puede adquirir porque no es constante en el control médico periódico (Tabla 3).

**Tabla 3.** Items componentes de la percepción vulnerabilidad para adquirir la ECNT de los participantes al Programa AsuRiesgo.HCIPS-2011. (n=195)

ITEMS (Puedo tener una ECNT.....)	Desfavorable				Favorables			
	1	2	3	T	4	5	6	T
Aunque haga ejercicio físico	8,2	5,6	8,2	22	21,0	10,8	46,2	78
Aunque me alimente bien	10,8	9,7	4,6	25,1	26,7	15,4	32,8	74,9
Aunqueno fume	9,2	3,6	5,6	18,4	15,4	13,8	52,3	81,5
Aunque no beba alcohol	7,7	4,1	6,2	18	21,0	11,8	49,2	82
Aunque sea una persona tranquila	7,7	5,1	5,1	17,9	20,5	13,3	48,2	82
Aunque sea una persona delgada	3,1	4,6	2,1	9,8	19,5	9,7	61,0	90,2
Por no ser constante en el control médico	8,7	14,9	4,6	28,2	16,9	10,3	44,6	71,8
Por no ser constante en los buenos hábitos de comida	4,6	10,3	5,6	20,5	20,0	10,3	49,2	79,5
Por llevar una vida sedentaria	6,2	13,8	3,1	23,1	13,8	9,7	53,3	76,8
Aunque uno se cuide	6,2	8,2	5,1	19,5	16,9	11,2	52,3	80,4

\*Los valores se presentan en %. **Autopercepción desfavorable:** 1.Muy en desacuerdo; 2.Poco en desacuerdo; 3.Más o menos en desacuerdo); **Autopercepción favorable:**4.Más o menos de acuerdo; 5.Poco de acuerdo; 6.Muy de acuerdo)

#### Dimensión "Percepción de Barreras para tener comportamientos saludables

En relación a las barreras para tener comportamientos saludables, se observaron percepciones favorables con respecto al relacionamiento con los profesionales de salud, así el 88,6% expresó que la presencia del profesional de salud no le hace subir la presión arterial y al 77,9% no le da vergüenza en aclarar dudas en la consulta médica. Sin embargo, percepciones desfavorables se encontraron en relación al costo de una alimentación sana, 71,3% afirmó ser costosa y el 56,4% expresó que es burocrático consultar con el médico (Tabla 4).

**Tabla 4.** Autopercepción de barreras para tener comportamientos saludables de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS- 2011. n=195

ITEMS	Favorable				Desfavorable			
	1	2	3	T	4	5	6	T
Una alimentación sana es cara	13,3	9,7	5,6	28,6	18,5	12,3	40,5	71,3
Es difícil hacer ejercicio físico cada día	18,5	22,6	6,2	47,3	18,5	14,9	19,5	52,9
Es costoso cumplir con las indicaciones médicas	15,4	18,5	16,9	50,8	17,4	13,3	18,5	49,2
Es caro consultar con los médicos	21,5	16,9	14,4	52,8	16,9	12,3	17,9	47,1
Es burocrático consultar con los médicos	15,4	12,8	15,4	43,6	11,8	8,7	35,9	56,4
Hay que tener mucho tiempo libre para hacer todo lo que indica el médico	17,9	23,1	9,2	50,2	17,4	6,7	25,6	49,7
Es difícil dejar de beber alcohol	48,7	19,0	5,6	73,3	7,7	7,7	11,3	26,7
Es difícil dejar de fumar	53,3	18,9	2,1	74,3	5,6	7,2	12,8	25,6
No me gusta hacer ejercicios físicos	34,3	23,1	6,7	64,1	13,3	10,8	11,8	35,9
No podré cumplir con indicaciones médicas porque trabajo fuera de casa	28,2	25,6	7,7	61,5	17,9	11,8	8,7	38,4
Alguna medicación hace más daño que bien	30,3	20,5	13,8	64,6	22,1	8,2	5,1	35,4
Los médicos muchas veces se exceden en las indicaciones	24,6	19,5	13,8	57,9	25,1	10,8	6,2	42,1
No soy constante en el tratamiento médico	16,9	19,5	8,2	44,6	17,4	13,3	24,6	55,3
Ir al médico me produce más ansiedad	32,8	22,6	11,3	66,7	8,2	11,3	13,8	33,3
Cuando estoy ante un profesional de blanco ya me sube la presión	55,9	19,5	7,2	82,6	5,6	4,6	7,2	17,4
Me da vergüenza preguntar al médico cuando no entiendo sus indicaciones	55,4	18,9	3,6	77,9	7,2	5,6	9,2	22,0
Sigo las indicaciones médicas como yo entiendo	29,2	22,6	14,4	66,2	10,3	6,7	16,9	33,9

\*Los valores se presentan en %. **Autopercepción favorable:** 1.Muy en desacuerdo; 2.Poco en desacuerdo; 3.Más o menos en desacuerdo); **Autopercepción desfavorable:** 4.Más o menos de acuerdo; 5.Poco de acuerdo; 6.Muy de acuerdo)

**Dimensión "Beneficios de tener un comportamiento saludable"**

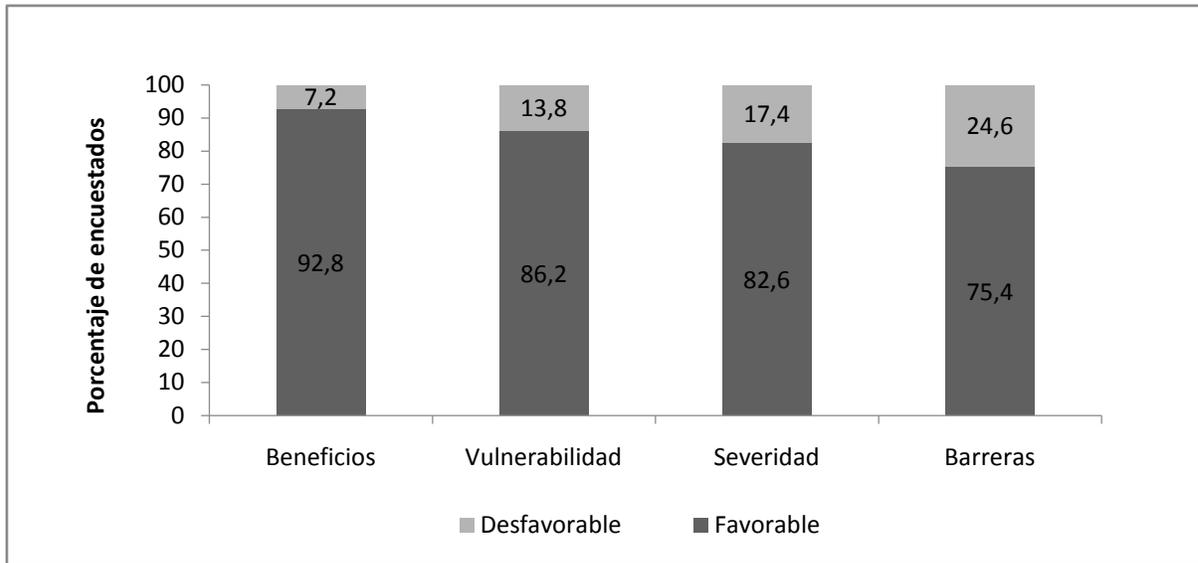
Un alto porcentaje (97,4%) de los encuestados manifestó percepción favorable en relación a conocer acerca del problema de salud que tiene, en forma similar el 96,9% afirmó que debe tratar de cumplir con las obligaciones laborales y 93,9% aseguró creer en la efectividad del tratamiento. Por otro lado el 30,7% tiene dificultad en aceptar la enfermedad como parte de su vida (Tabla 5).

**Tabla 5.** Autopercepción de beneficios de tener un comportamiento saludable de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS- 2011.n=195

ITEMS	Desfavorable				Favorable			
	1	2	3	T	4	5	6	T
Con mi comida puedo controlar la enfermedad crónica no transmisible	10,3	3,1	6,7	20,1	18,9	15,4	45,6	79,9
Siempre compro comida saludable para toda la semana	6,7	7,7	11,3	25,7	46,2	11,3	16,9	74,4
Puedo evitar el exceso de peso	5,6	11,3	9,7	26,6	14,4	9,7	49,2	73,3
Puedo cuidarme sola(o), a mi misma(o)	8,7	8,2	9,2	26,1	14,9	11,8	47,2	73,9
Soy capaz de controlar mi enfermedad	9,2	10,8	9,2	29,2	21,0	18,5	31,3	70,8
Acepto que la enfermedad forma parte de mi vida	13,8	7,2	9,7	30,7	13,3	19,5	36,4	69,2
Debo conocer todo acerca del problema de salud que tengo	1,0	1,0	1,0	3	5,1	5,1	87,2	97,4
Evito la soledad	7,7	8,7	6,2	22,6	13,8	5,1	58,5	77,4
Creo que el tratamiento es efectivo	0,0	3,6	2,6	6,2	14,9	10,8	68,2	93,9
Trato de cumplir con mis obligaciones laborales	0,0	1,0	2,1	3,1	7,7	4,1	85,1	96,9

\*Los valores se presentan en %. **Autopercepción desfavorable:** 1.Muy en desacuerdo; 2.Poco en desacuerdo; 3.Más o menos en desacuerdo); **Autopercepción favorable:**4.Más o menos de acuerdo; 5.Poco de acuerdo; 6.Muy de acuerdo)

En relación a la autopercepción global de las creencias hacia las ECNT se observó que el mayor porcentaje de los encuestados con autopercepción favorable fue en los beneficios de tener un comportamiento saludable (92,8%), seguido de la vulnerabilidad (86,2%), la de barreras tuvo el menor porcentaje (75,4%) (Figura 1).



**Figura 1.** Distribución de la autopercepción global por dimensión de las creencias en ECNT de los participantes al Programa AsuRiesgo, HCIPS- 2011. n=195

### Comportamientos saludables

En relación a las actividades saludables que realizaban en los últimos 30 días antes de la encuesta, la mayoría de los encuestados indicó que no realiza deportes (51,2%) ni hace ejercicios para relajarse (75,9%), el 40,5% realiza algunas veces ejercicios que ayudan al corazón. En relación al uso del tiempo libre, el 62,6% lo utiliza para relacionarse con familiares y amigos. Respecto a la alimentación, el 59,5% desayuna antes de iniciar sus actividades y el 50,3% utiliza aceite vegetal en la preparación de su alimento, el 50,8% consume pescado algunas veces y pollo más de tres veces por semana, el 50,3% come tres frutas por día y el 45,1% consume lácteos descremados (Tabla 6).

**Tabla 6.** Frecuencia de comportamientos saludables de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS-2011. n=195

Actividades realizadas en los 30 días antes de la encuesta	Frecuencia por semana			
	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces
<b>Actividades físicas</b>				
Deportes	51,2	31,3	12,3	5,1
Ejercicios que ayudan al corazón (caminata, trote)	22,6	40,5	28,2	8,7
Ejercicios que tranquilizan (yoga, danza, meditación)	75,9	15,9	6,7	1,5
<b>Uso del tiempo libre</b>				
Momentos de descanso en el día	7,7	34,4	37,0	2,0
<b>Comparto el tiempo libre con mi familia/amigos</b>	<b>1,0</b>	<b>13,8</b>	<b>22,6</b>	<b>62,6</b>
Actividades recreativas (ir al cine o pasear o leer)	23,6	34,4	24,1	17,9
<b>Alimentación</b>				
Desayuno antes de iniciar mis actividades	<b>8,7</b>	<b>18,5</b>	<b>13,3</b>	<b>59,5</b>
Bebo entre 4 y 8 vasos de agua/ día	5,6	44,1	16,9	33,3
Como lácteos descremados	20,0	45,1	17,9	16,9
Como 3 frutas por día	11,3	50,3	26,7	11,8
Uso orégano, laurel, ajo, etc. en las comidas	3,1	14,4	43,6	38,9
Como verdura fresca en el almuerzo y la cena	3,6	31,3	40,0	25,1
Como pescado y pollo >3 veces/semana	5,6	50,8	29,2	14,4
Uso aceite vegetal para cocinar	<b>9,2</b>	<b>15,4</b>	<b>25,1</b>	<b>50,3</b>
Preparo mi comida al horno o hervido	6,7	38,9	26,2	28,2
Como >4 comidas/ día	7,2	36,4	23,1	33,3
Tomo 1 a 2 vasos de vino/ semana	61,0	30,3	5,1	3,6
<b>Descanso</b>				
Duelmo al menos 7hs/ día	6,2	33,3	34,9	25,6
Me levanto muy descansado	7,7	46,2	34,9	11,3
Hago la siesta	40,0	27,2	22,6	10,3
No permito que se fume en mi presencia	40,5	23,1	7,7	28,7

Los valores se presentan en %. Nunca: la actividad no se realizó, algunas veces: una vez por semana, frecuentemente: dos veces por semana, Siempre: tres veces por semana.

### Relación entre las creencias en ECNT y comportamientos saludables

Se encontró baja correlación lineal de sentido negativo ( $p < 0,01$ ) entre las puntuaciones de comportamientos saludables y percepción de barreras; además hubo correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) de sentido positivo entre severidad y vulnerabilidad (Tabla 7).

**Tabla 7.** Relación entre las creencias en salud y comportamientos saludables de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS-2011. n=195

Variables	Estadísticos	Variables			Comportamientos saludables
		Severidad	Vulnerabilidad	Barreras	
<b>Severidad</b>	R	<b>0,203</b>	-0,140	-0,017	-0,009
	Valor p	<b>0,004</b>	0,050	0,810	0,897
<b>Vulnerabilidad</b>	R		-0,125	0,058	-0,047
	Valor p		0,082	0,423	0,515
<b>Barreras</b>	R			<b>-0,178</b>	<b>0,147</b>
	Valor p			<b>0,013</b>	<b>0,040</b>
<b>Beneficios</b>	R				0,054
	Valor p				0,449

Coefficiente de correlación de Spearman: *r*

### Asociación entre la autopercepción de las creencias relacionadas a la ECNT y su condición de portador de ECNT.

La dimensión severidad fue la única que estuvo asociada con la condición de ser portador de ECNT ( $p = 0,009$ ) (90,1% vs 76%). En las dimensiones vulnerabilidad y beneficios las creencias favorables fueron más frecuentes en el grupo de personas sanas, excepto en la dimensión barreras fue más frecuente respuestas favorables en los portadores de ECNT, pero las diferencias no resultaron significativas (Tabla 8).

**Tabla 8.** Distribución de respuestas por dimensión de creencia según condición de salud, de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS-2011. n=195

Dimensiones	Sentido de creencia	Portado de ECNT		Valor p*
		Sin ECNT (n=104)	Con ECNT (n=91)	
Severidad	Desfavorable	25(24)	9(9,9)	0,009
	Favorable	<b>79(76)</b>	<b>82(90,1)</b>	
Vulnerabilidad	Desfavorable	14(13,5)	13(14,3)	0,868
	Favorable	<b>90(86,5)</b>	<b>78(85,7)</b>	
Barreras	Desfavorable	30(28,8)	18(19,8)	0,143
	Favorable	<b>74(71,2)</b>	<b>73(80,2)</b>	
Beneficios	Desfavorable	5(4,8)	9(9,9)	0,170
	Favorable	<b>99(95,2)</b>	<b>82(90,1)</b>	

\*Prueba chi cuadrado

### Asociación entre comportamientos saludables y su condición de portador de ECNT.

Aunque se observó mayor frecuencia de comportamiento saludable en las personas con alguna ECNT (60% vs 48%), esta diferencia no llegó a ser significativa ( $p = 0,06$ ) (Tabla 9).

**Tabla 9.** Comportamientos saludables según condición de salud, de los participantes al Programa AsuRiesgo. HCIPS-2011 (n = 195)

Portador de ECNT	Frecuencia de comportamiento saludable		Total	Valor p*
	Insuficiente	Suficiente		
No	54 (51,9)	50 (48,1)	104	0,06
Si	36 (39,6)	55 (60,4)	91	
Total	90 (46,2)	105 (53,8)	195	

\*Prueba chi cuadrado

## DISCUSION

El presente estudio se enfocó en las creencias y comportamientos saludables relacionados a enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo en el HCIPS. Los resultados revelaron que un alto porcentaje de los encuestados tenía autopercepción favorable en relación a las consecuencias benéficas al tener comportamiento saludable. Señalaron la importancia de conocer los problemas de salud que le aqueja así como mantenerse activo laboralmente, estos factores son fundamentales para el afrontamiento eficaz de las ECNT(19). Otro beneficio que el 70,8% de los encuestados revelaron hace referencia a la autoeficacia de controlar su enfermedad, resultado superior al observado en Alicante en el 2008 con pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 quienes donde el 40,6% respondió que el control depende del paciente (20), pero inferior a lo hallado en Colombia en el 2012, en el cual el 96% de los pacientes hipertensos afirmaron que la enfermedad se puede controlar con dieta y medicación (21). El 93,9% de los encuestados señalaron además como beneficio la creencia favorable acerca de la efectividad del tratamiento, que fue superior al 80% en el estudio citado anteriormente. (21) y en pacientes hipertensos en Cuba en 2005 donde el 51,6% de los participantes manifestaron ser beneficiados totalmente con el tratamiento (16).

El menor porcentaje referido por los encuestados en cuanto a beneficios, hace referencia al hecho de integrar la enfermedad como parte de su vida, se conoce que para un ajuste y adaptación a la enfermedad y poder vivir con la mejor calidad de vida posible a pesar de su estado, la persona debe aceptar su condición de enfermo, cambiar sus hábitos diarios y seguir todas las recomendaciones de su médico (22).

Se observó que los encuestados tienen alto porcentaje de creencias acerca de su vulnerabilidad a la ECNT, afirmando que aún en ausencia de factores de riesgos modificables como el sobrepeso, falta de ejercicios físicos, mala alimentación, no consumir tabaco y rasgo de personalidad favorable pueden adquirir la enfermedad, de lo cual se infiere que los mismos tienen conocimientos acerca de la multicausalidad de la ECNT (23) y que participan también factores de riesgo no modificables como la genética, edad, economía, cultura y la política (19). Señalaron principalmente como vulnerabilidad la falta de constancia en los buenos hábitos de comida, esto es superior al 38,8% hallado en pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2, realizado en Alicante en 2008 (20). En lo manifestado en un porcentaje elevado, que podrían adquirir la ECNT aunque se cuidaran, revelan que sus conocimientos están integrados con mitos referentes a las ECNT tales como "no se puede prevenir la ECNT", "afectan más a los hombres que a las mujeres" y "todo el mundo tiene que morir de algo" (24).

Los encuestados refirieron en alto porcentaje la autopercepción de severidad de la ECNT como la asociación de la enfermedad con la muerte (25), que se convierte en carga para toda la vida, afectando las actividades laborales propias así como la de los familiares más allegados (19), acompañado de sensación de invalidez, pérdida de control, autovaloración del potencial disminuido como jefe de familia, de esposo, de trabajador y el riesgo de una muerte súbita(26), de lo cual se infiere que tenían conocimiento acerca de la

implicancia de sufrir una ECNT. El más alto porcentaje se refiere a la peligrosidad de la enfermedad, resultó ser superior (36,6%) a lo hallado en pacientes portadores de diabetes (20) y otro realizado con pacientes hipertensos en Cuba en 2005 quienes observaron en 51,6% la amenaza percibida por la enfermedad (22). Así como los conocimientos que la persona tenga acerca de la enfermedad a pesar de que no siempre el conocimiento garantiza una conducta adecuada (10), también influyen las motivaciones como las percepciones que se tenga de la enfermedad (27).

La autopercepción de barreras tuvo una orientación favorable, el mayor porcentaje de los encuestados manifestaron baja percepción de barreras para su práctica saludable, sobresaliendo lo referido al relacionamiento con el personal de salud, situación importante para el establecimiento de una buena comunicación entre el médico y paciente basado en la confianza, factor influyente en la perseverancia y adherencia al tratamiento que redundará en beneficios a nivel personal, familiar e institucional. Además no observaron dificultades para abandonar hábitos relacionados con sustancias tóxicas como el tabaco y alcohol. Sin embargo sobresalieron como dificultades para las prácticas saludables el costo elevado de la alimentación sana, en los lugares de expendio de alimentos o productos preparados los destinados para la dieta están en lugares específicos y con frecuencia implica mayor costo. Otra barrera hace referencia a la dificultad de consultar con el profesional médico, esta observación tiene relación con lo expresado por numerosos asegurados del IPS en forma personal o por los medios de comunicación masiva referido a la dificultad de lograr citas médicas. También los encuestados revelaron en 55,3% la falta de perseverancia en los tratamientos médicos este resultado es inferior (59%) a lo hallado en estudio relacionado con la adherencia terapéutica en Colombia en el 2005 (28). La mitad de los encuestados refirieron que es necesario tener mucho tiempo libre para realizar todas las indicaciones médicas, este resultado es muy superior (13,5%) a lo manifestado por participantes en el estudio realizado sobre la adherencia terapéutica con pacientes hipertensos en España, en el año 2007(29).

Afirman que los pacientes con proceso crónico no suelen tomar la medicación tal y como les fue indicada por el profesional médico (30), más del 50% afirmaron que los médicos no se exceden en sus indicaciones, pero el 42,1% percibieron lo contrario, según se refiere que si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes, recetarían menos medicamentos (21).

Entre los comportamientos saludables, sobresalió en mayor porcentaje el uso del tiempo libre, para el relacionamiento con la familia y amistades, dicha conducta generalmente representa influencia positiva en el afrontamiento de las enfermedades al contar con el apoyo y compañía de la familia y la pareja (24,26). Otro comportamiento de índole positiva hace mención a la alimentación que consiste en desayunar antes de iniciar sus actividades; el uso de aceite vegetal en la preparación de sus alimentos tres o más veces por semana (50,3%) este resultado es inferior (96,8%) a lo referido en estudio anterior sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Paraguay 2011. Además revelaron consumir tres frutas por día por lo menos tres veces por semana este resultado es inferior a lo hallado en estudio anterior donde se refiere que el consumo de frutas en una semana típica es de 4,4 días (6).

Pero es importante destacar que más de la mitad de los encuestados refirió no haber realizado deportes tampoco ejercicios para la relajación y próximo a una cuarta parte de ellos no realizaron ejercicios que ayudan al corazón. En estudios a nivel nacional se reveló que el 50,9% realiza por lo menos actividad leve (6).

Al analizar las autopercepciones de las distintas dimensiones de la creencia acerca de la ECNT, se observaron resultados favorables, pero en la asociación con la frecuencia de los comportamientos saludables se encontró incongruencia entre los conocimientos que manifestaron y las prácticas saludables que realizaron. Hecho que conduce a indagar acerca de las estrategias de educación en salud llevada a cabo en el Programa AsuRiesgo y la consideración de los factores psicosociales como la motivación, personalidad,

creencias y estilo de aprendizaje de los participantes. Establecer intervenciones que propicien la calidad de vida de las personas que apunten a la promoción de la salud son medidas que redundará en beneficio de la persona, familia y del IPS.

## AGRADECIMIENTOS

A los profesionales médicos, licenciadas/os en enfermería, personal administrativo y a los pacientes del Programa AsuRiesgo/HCIPS que gentilmente me brindaron su apoyo. A los docentes y personal administrativo del IICS y en especial al Prof. Dr. Esteban Ferro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cañete F. Datos relevantes de las enfermedades no transmisibles [Internet]. MSP y BS. Dirección Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. 2011 [citado 14 de marzo de 2011]. Disponible en: [http://www.vigisalud.gov.py/index.php?option=com\\_content&view=article&id=294:datos-relevantes-de-las-enfermedades-no-transmisibles-ent&catid=82&Itemid=101](http://www.vigisalud.gov.py/index.php?option=com_content&view=article&id=294:datos-relevantes-de-las-enfermedades-no-transmisibles-ent&catid=82&Itemid=101)
2. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Rol de la atención primaria de salud en el abordaje integrado para el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. Asunción: MSP y BS, OPS; 2011. [citado 10 de jun de 2012]. Disponible en: <http://www.imt.edu.py/admin/uploads/Documento/APS.pdf>
3. OMS. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicaciones de la estrategia mundial. Informe de la Secretaria. 61ª Asamblea Mundial de la Salud; 2008 abr 18 [Internet]. OMS; 2008. [Citado 26 de may de 2010]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf)
4. OMS. Enfermedades cardiovasculares. En: Herencia genética y enfermedad Blog [Internet]. 2011. [Citado 28 de febr. De 2011]. Disponible en: <http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com/2011/02/oms-enfermedades-cardiovasculares.html>.
5. Portal Paraguay de Noticias. Plan de acción para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. Asunción: PPN; 2010. [actualizado 2010 may 26 citado 29 de febr. De 2011]. Disponible en: <http://www.ppn.com.py/html/noticias/noticia-ver.asp?id=61372>.
6. Paraguay. MSP y BS. Primera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en población general. Asunción: MSP y BS; 2012.
7. OMS. Enfermedades no transmisibles. Centro de Prensa [Internet] 2013 marzo. [Citado abr de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.htm>.
8. World Diabetes Foundation. La diabetes y las enfermedades crónicas no transmisibles se consideran actualmente una amenaza mayor para América Latina que las enfermedades transmisibles. Salvador, Bahía : World Diabetes Foundation; 2010.
9. García Garrido LI, Bagué AB. La educación para la salud: Adopción de actitudes y mantenimiento de nuevos comportamientos saludables Capitulo 2 [Internet] En: Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo A, et al, eds. Manual de enfermería en prevención y rehabilitación cardiaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p. 42-50. [Citado 2 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/index.htm>.
10. Vinaccia Alpi S, Fernández H, Sierra F, Monsalve M, Quiceno JM. Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. Suma Psicol [Internet]. 2007 marzo [Citado 2 de mayo de 2010]; 14(1): 73-92. Disponible en: <http://openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/38>
11. Álvarez Fernández J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. Sevilla: Trillas-Eduforma, 2006.
12. Maté MCO, González SL, Trigueros MLA. El Modelo de creencias en salud (Becker 1974; Rosenstock 1974) [Internet]. Cantabria: OCW Universidad de Cantabria; 2010. [Citado 2 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>
13. Chaves G, coord. AsuRiesgo = Estudio en una población ambulatoria de Asunción de factores de riesgo cardiovascular [Internet]. Asunción. [Citado 9 de set de 2013]. Disponible en: <http://www.asuriesgo.de/>

14. Salazar Torres IC, Arrivillaga Quintero M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Rev. Colomb. Psico* [Internet]. 2004 [Citado 2 de mayo de 2010]; (13):74-89. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1211/1763>
15. OMS. Versión Panamericana del instrumento STEPS (Principal y Ampliada). El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2006. [Citado 2 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/steps/instrument/PAHO\\_STEPS\\_Instrument\\_v2.1\\_ES.pdf](http://www.who.int/chp/steps/instrument/PAHO_STEPS_Instrument_v2.1_ES.pdf)
16. Acosta González M, Debs Pérez G, de la Noval García R, Dueñas Herrera A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2005. [Citado 2 de mayo de 2010]; 21(3): 1-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v21n3/enf08305.pdf>
17. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Diseño de investigación clínica*. 3º ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
18. Nunnally JC, Bernstein IJ. *Teoría psicométrica*. 3ª ed. México: McGraw Hill; 1995
19. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev. Cubana Salud Pública* /Internet/ 2011. [Citado 4 de abr de 2013]; 37(4): 488-99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>
20. Vernet Cortes A, Villacampa Lavalle E, Villa Vázquez S, García Andrade RM, Valcarce Pérez I, Isla Pera P. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Creencias y percepciones sobre la enfermedad. En: *IV Jornadas Nacionales de SCELE. Gestión de los cuidados de las enfermedades crónicas*; 2008 mayo 14 y 15; Alicante, 2008 /Internet/. [Citado 2 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://www.scele.org/web\\_scele/archivos/IV\\_jornadas/15\\_mayo08\\_cc\\_5.pdf](http://www.scele.org/web_scele/archivos/IV_jornadas/15_mayo08_cc_5.pdf)
21. Buendía JA. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Biomédica* [Internet]. 2012. [Citado 4 de abr de 2013]; 32(4): 578-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84324951013>
22. García Cantú EG. *Afrontamiento, emociones y creencias de la enfermedad pulmonar obstructivo crónica en pacientes y familiares* [Tesis]. [Internet]. Nueva León: Universidad Autónoma de Nueva León, Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado; 2006. [Citado 4 de abr de 2013]. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020154536.pdf>
23. Roales-Nieto JG. *Psicología de la salud*. Madrid: Psicología Pirámide; 2004.
24. Hospedales J, Eberwine D, editores. *Mensajes del editor: Desmitificando: Mito. Enfermedades crónicas: prevención y control en las Américas: Noticiero* [Internet]. 2008. [Citado 6 de agosto de 2013]; 2(3): 1. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/Boletines/Cronicas/cronic-2007-1-12.pdf>
25. Taylor SE. *Psicología de la salud*. 6a ed. México: Mc Graw Hill; 2007.
26. Castellero Amador Y. *Intervención psicológica en cirugía cardiaca*. Av. *Psicol. Latinoam* [Internet]. 2007. [Citado 2 de mayo de 2010]; 25(1): 52-63. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a6.pdf>
27. Sanabria-Ferrand PA, González LA, Urrego DZ. *Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio*. *Revista Med* [Internet]. 2007. [Citado 2 de mayo de 2010]; 15(2): 207-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91015208>
28. Silva GE, Galeano E, Correa JO. *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia*. *Acta Médica Colombiana* [Internet]. 2005. [Citado 4 de abr de 2013]; 30(4): 268-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
29. Granados G, Roales-Nieto. *Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento*. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther* /Internet/. 2007. [Citado 2 de mayo de 2010]; 7(3): 393-403. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num3/177/creencias-relacionadas-con-la-hipertensi-ES.pdf>
30. Perpiña Tordera M, Martínez Moragón E, Bellach Fuster A, Llores Bayo A, Pellicer César C. *Creencias sobre la salud y los medicamentos en la población asmática española. Validación de 2 instrumentos para su medida*. *Arch Bronconeumol* [Internet] 2009. [Citado 4 de abr de 2013]; 45(5): 218-23. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/creencias-sobre-salud-los-medicamentos/articulo/13136847/>