

Boletín CAIPaDi

Mitos y creencias sobre los medicamentos en diabetes: una mirada desde la ciencia conductual

Una de las barreras más comunes que encontramos en la práctica clínica tiene que ver con las creencias erróneas o mitos que se tienen sobre los medicamentos. Estos suelen influir en la toma de decisiones de las personas y afectar negativamente la adherencia al tratamiento.

De las creencias más frecuentes, destacan situaciones asociadas al tratamiento con insulina. En un estudio realizado en 5 países (Alemania, Suecia, Países Bajos, Reino Unido y EUA), el tratamiento con insulina se relaciona a ceguera o amputaciones, a un “fracaso personal” o como un “último recurso”. En Taiwan, se reportó la creencia que la insulina daña a los riñones.

Por otro lado, otra creencia frecuente es el uso de tratamientos naturistas o no validados para su uso en diabetes. En India se ha reportado que es común la creencia en remedios herbales como “cura” para la diabetes, aunadas a la desconfianza general hacia los medicamentos hipoglucemiantes orales. Estos mitos se presentaron sin distinción del nivel educativo.

En nuestro país, se realizó un estudio en 2021 que incluyó a 902 personas con diabetes en las que se identificaron creencias erróneas comunes sobre la enfermedad. Entre ellas destacaron la idea de que la diabetes se origina por emociones fuertes, que tiene una cura definitiva y que la insulina causa ceguera o adicción. El estudio reveló que las personas con mayor prevalencia de mitos presentan mayor descontrol glucémico, niveles más altos de ansiedad, depresión y distrés relacionado con la diabetes, además de una peor calidad de vida.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar los aspectos educativos y psicológicos en el tratamiento integral de la diabetes. Como profesionales de la salud, es esencial comprender cómo se generan, mantienen y transmiten estas creencias, incluso entre generaciones y culturas.

Utilicemos como punto de partida la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), que nos explica cómo nuestra mente va construyendo redes de conexiones entre distintas palabras o cosas, sin que alguien

de manera directa nos las haya enseñado.

Vivimos en una cultura saturada de información, donde abundan noticias poco confiables sobre efectos adversos, así como las experiencias negativas que hemos vivido directa o indirectamente.

Estas percepciones terminan convirtiéndose en discursos internos que influyen en cómo entendemos la realidad, tomamos decisiones y cuidamos nuestra salud. Cuando asociamos medicamentos con daño o riesgo, usualmente terminamos por evitarlos, no por efectos reales del tratamiento farmacológico, sino al alivio momentáneo que sentimos al evadir pensamientos intrusivos y angustiantes, como la idea de estar dañando nuestro cuerpo.

Por ejemplo, las creencias “cuando mi familiar tomó ese medicamento se puso peor” o “los medicamentos te curan una cosa, pero dañan otra”, se generan por relaciones de coordinación o de contingencia. Esto ocurre cuando la mente nos dice que dos cosas son iguales tienen el mismo significado, aunque no tengan relación, o

cuando percibe una causalidad donde solo hay coincidencia. Como resultado surgen afirmaciones como “Si tomo medicamentos, me dañaré varios órganos”, resultando en evitación del tratamiento

También podemos establecer relaciones de equivalencia entre "medicamentos" y "daño" por haber escuchado frases como “los medicamentos son químicos” o “los químicos son malos para el cuerpo”. No es necesario haber experimentado un daño directo; basta con asumir que un medicamento es igual a un químico, y que los químicos son tóxicos, por lo tanto, se piensa que también los medicamentos son tóxicos y dañinos. Adicionalmente, así como se desarrollan relaciones de equivalencia entre cosas, existen las relaciones que nos hacen pensar que dos cosas son opuestas; un ejemplo de esto es la idea de que “lo natural es bueno”, por lo que los medicamentos que no son naturales forzosamente serían “malos”. Por esta razón es tan importante que nuestras y nuestra(o)s consultantes puedan tener un espacio para expresar sus dudas y recibir la mejor información disponible.

Como profesionales de la salud, uno de nuestros objetivos debe ser identificar y abordar estas creencias como cualquier otra conducta, ya que influyen directamente en el seguimiento del tratamiento.

En lugar de confrontar o corregir directamente a la persona, es más útil flexibilizar sus ideas. Para esto, se recomienda brindar información confiable, proveniente de

profesionales de la salud, contrastándola con la desinformación común en redes sociales. Siempre procurando el respeto por la persona y la validación de sus preocupaciones.

También es útil hablar de las consecuencias que suelen tener estos mitos sobre la salud de la persona, es decir, hacer evidente que evitar un medicamento por miedo puede llevar a un deterioro del control metabólico y del bienestar general.

Otra estrategia es destacar las ventajas y desventajas de seguir esa creencia, podemos preguntarle qué gana y qué pierde cuando la sigue, así se puede evidenciar que los beneficios aparentes suelen tener un alto costo en salud, mientras que las desventajas percibidas son, en realidad, mínimas frente a los beneficios del tratamiento.

En resumen, la idea de que “los medicamentos hacen daño” puede entenderse como el resultado de relaciones entre estímulos que hemos aprendido a lo largo del tiempo y que son parte de la cultura en la que vivimos. Todas estas reglas y creencias las vamos reforzando con el tiempo y se vuelven tan arraigadas que las consideramos absolutamente ciertas y en consecuencias afectan nuestras acciones, en específico la toma de decisiones sobre el uso de medicamentos. Por esta razón, es tan importante abordarlas, generar explicaciones convincentes y tranquilizadoras para los y las consultantes, así como estrategias conductuales para evitar que sigan interfiriendo en el autocuidado.

Héctor R. Velázquez Jurado
Psicólogo Clínico, CAIPaDi
INCMNSZ.

Referencias.

- Brod, M., Lessard Aolga, S., & Meneghini, L. (2014). Barriers to initiating insulin in type 2 diabetes patients: Development of a new patient education tool to address myths, misconceptions and clinical realities. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 7(4), 437–450. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0068-x>
- Chen, C., Chen, C.L. and Ko, Y. (2020). The Misconceptions and Determinants of Diabetes Knowledge in Patients with Diabetes in Taiwan. *Journal of Diabetes Research*. Issue 1-5. <https://doi.org/10.1155/2020/2953521>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. Springer Science & Business Media.
- Hernández-Jiménez, S., Ruiz-Cervantes, G. M., García-Ulloa, A. C., Palacios-Vargas, A., Lechuga-Fonseca, C., Sierra-Esquivel, A., Velasco-Pérez, M. L., & Grupo CAIPaDi. (2021). Prevalence of misconceptions about diabetes and their association with metabolic and psychological variables. *Diabetes & Obesity International Journal*, 6(1), 000239. <https://doi.org/10.23880/doi-16000239>
- Patil, R., Nisha, N. A., Datta, S. S., Boratne, A. V., & Lokeshmaran. (2013). Popular misconceptions regarding the diabetes management: Where should we focus our attention? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(2), 287–291. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/4416.2749>