

MARÍA MARTHA MONTIEL-CARBAJAL¹
Y MIRIAM DOMÍNGUEZ-GUEDEA²

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN
UNIVERSIDAD DE SONORA, HERMOSILLO, SON., MÉXICO

APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL ESTUDIO DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON DMT2

A QUALITATIVE APPROACH TO THE STUDY OF ADHERENCE TO TREATMENT WITH T2DM ELDER ADULTS

Recibido: Septiembre 2, 2010
Revisado: Enero 2, 2011
Aceptado: Enero 24, 2011

1. Presidenta de la Academia de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Sonora, México. Correo: marthamontiel@sociales.uson.mx

2. Líder del cuerpo académico Salud Comunitaria y Promoción de la Salud en Grupos Vulnerables. Correo: miriamd@sociales.uson.mx

Ambas autoras contribuyeron de igual manera al diseño del estudio, su conducción y elaboración del reporte. Dirigir correspondencia a Martha Montiel Carbajal, Químicos # 57 Fracc. STAU, Hermosillo, Sonora, CP 83210, correo: marthamontiel@sociales.uson.mx

Resumen

Con el propósito de explorar las razones por las que se presentan dificultades para controlar la diabetes y evitar complicaciones, se llevó a cabo un grupo focal con pacientes adultos mayores que participan en grupos de ayuda mutua organizados por tres centros comunitarios de salud. El guión para exploración se basó en el Modelo de Creencias en Salud incluyendo susceptibilidad y severidad percibida, barreras, beneficios, señales para la acción, y auto-eficacia, incorporándose la exploración de fuentes y efectividad de apoyo social. Se encontró que los pacientes diabéticos adultos mayores atribuyen los síntomas y complicaciones que experimentan a su condición de viejos y no necesariamente a la diabetes. Reconocen los efectos negativos cuando rompen con la dieta y la actividad física, sin embargo consideran el consumo del medicamento como tratamiento principal. Ajustan el consumo del medicamento según la tolerancia que han desarrollado a niveles elevados de glucosa en sangre, según la disponibilidad del medicamento y su valoración de que tan enfermos se encuentran. Las barreras identificadas son económicas y falta de apoyo social. Se sugieren elementos a considerar para fortalecer comportamientos de adherencia terapéutica: señales para la acción, manejo de barreras y apoyo social.

Palabras clave: Modelo de creencias en salud, diabetes, grupo focal, grupos de ayuda mutua.

Abstract

The purpose of the study was to identify reasons and difficulties to control diabetes and its complications in diabetic elders through their participation in a focus group session. Participants were enrolled from mutual help groups organized by three community health centers. Exploration script were based on the Health Belief Model and included concepts of perceived susceptibility, perceived severity, barriers, benefits, cues to action and self-efficacy; the role of sources and efficacy of social support was also explored. It was found that diabetic elders perceive symptoms and complications as a result of aging, not necessarily to diabetes. They identify the negative effects of breaking diet and not practicing exercise routines, nevertheless they identify medication as the main treatment to control their diabetes. The participants make adjustments of medication intake based on their tolerance to high blood glucose levels, access to medication and how sick they think they are. Detected barriers included economic factors and lack of social support. Recommendations for future promotion of adherence to treatment include management of cues to action, barriers and social support.

Key words: Health Belief Model, diabetes, focus group, mutual help groups.

Introducción

La diabetes mellitus representa una preocupación en materia de salud pública, cuyos índices de morbilidad y mortalidad son más altos en población de adultos mayores (Domínguez, Guerra & Saad, 2007). La mejora de los comportamientos de adhesión al tratamiento es primordial en el control de esta enfermedad crónica-degenerativa que acarrea altos costos para los sistemas de salud, para las familias y sobre todo compromete la calidad de vida de quien la padece. A pesar del papel central que tiene la adherencia terapéutica en el control de las enfermedades, la literatura reporta que frecuentemente los pacientes no logran el seguimiento de las recomendaciones médicas (DiMatteo, Haskard & Williams, 2007). Ésta es un problema que se observa claramente en México en relación con la diabetes mellitus, ya que, según lo documentado en la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (Olaiz et al., 2003), el 53% de las personas con dicho padecimiento no logra el control metabólico.

La adherencia terapéutica no sólo tiene aristas sociales, ambientales e interpersonales, también implica toda una complejidad psicológica que, por sí misma, demanda un análisis detallado para comprender cómo procesos cognitivos y de comparación social impactan las experiencias y decisiones del paciente. Varias propuestas teóricas han intentado explicar el comportamiento relacionado con la salud y la enfermedad (Weinstein, 1993) y, dentro de ellas, el Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue el primero en identificar a las creencias como predictores de la adherencia al tratamiento (DiMatteo, Haskard & Williams, 2007); este modelo se ha destacado por su capacidad para explicar la forma en que las actitudes y las creencias influyen en la adherencia al tratamiento, específicamente para el caso de la diabetes (Becker & Janz, 1985; Daniel & Messer, 2002; Polly, 1992).

Moreno y Roales-Nieto (2003) afirman que el "...modelo de creencias en salud asume que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: el valor que el individuo atribuye a una determinada meta y la estimación que ese individuo hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta" (pág. 94). Estos autores también plantean que partiendo de la propuesta de Maiman y Becker (1974) las premisas anteriores pueden interpretarse como que la conducta saludable se orienta hacia la evitación de la enfermedad o la recuperación de la salud y la cre-

encia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o recuperar la salud.

En concordancia con lo anterior, Rosenstock (1966) indica que las creencias definen procesos cognitivos y emocionales relacionados con el comportamiento saludable y bajo la lógica del MCS, éstas se expresan en los siguientes términos: (a) susceptibilidad percibida - riesgo subjetivo de contraer o desarrollar una determinada enfermedad; (b) severidad percibida - valoración de la seriedad de las consecuencias que la enfermedad puede traer; (c) beneficios percibidos - estimación de la efectividad de que determinadas conductas saludables reduzcan la amenaza de la enfermedad y (d) barreras percibidas - aspectos de la conducta saludable que la persona identifica como negativos, por ejemplo dificultades, inconvenientes, costos, desagrado o miedos. Adicionalmente, Janz, Champion y Strecher (2002) incorporan los conceptos de auto-eficacia - confianza en la habilidad o capacidad personal para llevar a cabo una acción protectora de la salud -, y de señales para la acción - activadores de la disposición para hacer un cambio.

El MCS plantea que la probabilidad de que las personas se adhieran al tratamiento, aumenta cuando ellas se perciben a sí mismas como susceptibles ante las complicaciones médicas derivadas del descontrol de la enfermedad y, además piensan que dicha situación traería consecuencias graves y negativas para su vida y funcionamiento social; asimismo, las personas evalúan el beneficio que su apego al tratamiento podría ofrecerles para control o alivio de síntomas (Klein & Gonçalves, 2005). Así, una de las ventajas del MCS, es la posibilidad que ofrece para identificar variaciones en la conducta saludable, haciendo uso de un número reducido de variables susceptibles de modificar a través de intervenciones educativas que, por ejemplo reduzcan la percepción de barreras, maximicen los beneficios y enfatizen las señales para la acción (Rosenstock, 1966).

Con el propósito de evaluar algunas variables psicosociales asociadas a la adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos, se llevó a cabo una exploración cualitativa tomando como base los elementos de susceptibilidad y severidad percibida, barreras/costos y beneficios, auto-eficacia y señales para la acción. Igualmente se exploraron las fuentes y efectividad del apoyo social como condiciones facilitadoras de comportamientos de adhesión. El apoyo social se define como aquellas condiciones del entorno relacional de las personas que proveen a las

personas con recursos instrumentales, tangibles, de información, de consejo o emocionales que coadyuvan a que las personas instrumenten estrategias o desarrollen cursos de acción (Taylor, 2007).

Dado el énfasis actual de la investigación en salud en ajustar las intervenciones a las particularidades culturales y sociales de las personas, la exploración cualitativa es una estrategia de investigación que permite dar cuenta de la perspectiva que los propios pacientes diabéticos tienen acerca de la enfermedad, así como las razones para implementar las recomendaciones que el equipo de salud hace para el cuidado de la enfermedad y disminuir las complicaciones derivadas de la misma (Wray, Beverly & Miller, 2006; Brown, Avis & Hubbard, 2007; Devlin, Roberts, Okaya & Xiong, 2006; Penn, Moffatt & White, 2008;)

Método

Participantes

Se estableció contacto con los Grupos de Ayuda Mutua para personas con diabetes y/o hipertensión dependientes de la Secretaría de Salud ubicados en tres centros de salud comunitarios. Se seleccionaron para participar en un grupo focal a aquellos miembros de los grupos de ayuda mutua mayores de 55 años con diagnóstico principal de diabetes mellitus tipo 2 hombres y mujeres sin importar si presentaban o no hipertensión. Al momento del estudio 15 personas cumplían con los criterios de inclusión. Asistieron a la sesión de grupo focal 9 miembros, 5 hombres y 4 mujeres con rango de edad de 56 a 70 años y con media de 63 años. La duración de la enfermedad, estimada del tiempo de diagnóstico de DMT2 a la fecha, fue de 8 a 32 años, con duración promedio de 22 años indicando que fue detectada entre los 31 y 53 años de edad de los participantes. Según el reporte de los participantes uno de ellos se consideró controlado y el resto no controlados. Las medidas de glucosa en sangre disponibles al momento de la entrevista mostraron que sí existía correspondencia con el auto-reporte de estatus de control de la enfermedad (valores de glucosa en sangre para los no controlados en rango de 131 a 301 mg/L, promedio 202mg/dL; 113 mg/dL para la participante controlada). Tres de las participantes con el menor tiempo de evolución de la enfermedad, alrededor de los 8 años, presentaban sobrepeso (IMC \geq 25) y 7 de los 9 participantes presentaron presión arterial alta, incluidas las participantes con sobrepeso (TA 155/80 en promedio).

Previo al día de la sesión de entrevista se extendió una invitación a través de la enfermera encargada de los grupos de ayuda mutua. Se les indicó el propósito del estudio y que la participación sería voluntaria. El día de la entrevista se les explicó nuevamente el propósito del estudio y se enfatizó el carácter voluntario del mismo.

El protocolo del estudio fue presentado y registrado ante la Academia de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Sonora. Igualmente se presentó y fue aprobado por las autoridades del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) en Hermosillo, Sonora, México.

Instrumento y Procedimiento

Para la conducción del grupo focal fue elaborado un guión de acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud reformulado por Janz, Champion y Strecher (2002) con el propósito de explorar las razones subyacentes a las dificultades experimentadas para controlar la diabetes y evitar las complicaciones. La guía incluyó preguntas formuladas para explorar las percepciones de susceptibilidad, severidad, barreras, beneficios, además de señales para la acción y auto-eficacia, incluidas en el modelo reformulado. Se agregaron preguntas para la exploración de fuentes y efectividad del apoyo social.

La sesión fue grabada en audio y transcrita, para posteriormente llevar a cabo el análisis de contenido de acuerdo con las categorías de exploración propuestas, considerando nuevas categorías emergentes e identificando las instancias de respuesta que las representaban. Se utilizó el software NVIVO Versión 2 (2002) para la derivación de categorías, sub-categorías y la codificación de la información. Para corroborar la adecuación de las categorías de análisis derivadas se realizó una sesión de discusión entre tres investigadores, posterior a una primera ronda de análisis de contenido y derivación de categorías. Se hicieron ajustes sobre la base de los acuerdos y se llevó a cabo una segunda ronda de análisis de contenido, cuyo reporte fue sometido nuevamente a revisión y acuerdo entre dos de los investigadores que participaron en la primera sesión de corroboración.

Resultados

Se describen los principales hallazgos alcanzados siguiendo el esquema de relación entre variables delineado en el Modelo de Creencias en Salud, donde el proceso de toma de decisiones acerca de

un probable curso de acción toma primeramente en consideración la valoración acerca de la necesidad de llevar a cabo un cambio de comportamiento, seguido por una valoración de los costos y beneficios implicados en dicho cambio. Acerca del primer componente valorativo se presenta inicialmente una descripción de las complicaciones de la enfermedad reportadas por los participantes, seguido por la descripción acerca de la susceptibilidad y severidad percibida, y por la valoración de beneficios y costos/barreras. Se describen también los elementos de auto-eficacia y señales para la acción que junto con la valoración inicial, inciden en la probabilidad para actuar. Se describe también el apoyo social percibido dada su influencia sobre el curso de acción a tomar, ya sea adhiriéndose o no a las recomendaciones hechas por el equipo de salud.

Finalmente se describen las razones que subyacen a la automedicación, las estrategias y recursos de que disponen para controlar la enfermedad y para seguir las recomendaciones del equipo de salud. Todo ello como instancias que completan la descripción de las condiciones del paciente diabético adulto mayor y su comportamiento de adhesión al tratamiento.

Complicaciones de la enfermedad

Las complicaciones identificadas por los participantes incluyen síntomas de retinopatía diabética (vista borrosa, disminución de agudeza visual); nefropatía diabética (cansancio, hinchazón de extremidades inferiores, resequeza extrema en la piel y comezón, lesiones en piel); hipertensión (confusión, cansancio); neuropatía diabética (pérdida de sensibilidad en extremidades, hormigueo, debilidad, mareos) y arteriosclerosis de las extremidades (claudicación intermitente, anomalías en la marcha). Sin embargo, no poseen información precisa acerca del significado de los síntomas y su relación con la DMT2, si son complicaciones de la enfermedad o co-morbilidades.

Susceptibilidad percibida

Se identificaron dos vertientes respecto de la percepción acerca de la probabilidad personal de experimentar los efectos adversos de la enfermedad (síntomas), o de padecer las complicaciones. En primer término, los participantes valoran que de no controlarse la enfermedad los efectos adversos se harán presentes, dada su propia experiencia o la observación de lo que ocurre con otros diabéticos conocidos, o en su caso se agravarán. Igualmente,

la enfermedad seguirá su curso deteriorando cada vez más su salud, toda vez que en su condición de adultos mayores el daño es mayor al sumarse al deterioro natural del organismo. En ese sentido parece difícil para ellos deslindar el origen de las complicaciones.

Severidad percibida

La percepción que el paciente tiene de los efectos de la enfermedad y sus complicaciones como graves se basa en tres elementos: el nivel de incapacidad resultante, el tratamiento recibido – hipoglucemiantes orales o insulina inyectada- y la auto-percepción de “sano” al compararse con otros. El nivel de incapacidad resultante es más impactante cuando afecta la movilidad y la agudeza visual; atribuyen los pacientes una mayor gravedad de la enfermedad, mayor avance y dificultad para controlarla, cuando deben utilizar insulina inyectada; los pacientes tienden a compararse con otros pacientes u otras personas conocidas de edad similar, si en la comparación salen mejor librados se perciben como más fuertes.

Así entonces, la *amenaza percibida* – compuesta por la susceptibilidad y la severidad percibida - estará en función de la experiencia directa con las complicaciones, de la atribución del deterioro físico a la enfermedad y que dicho deterioro afecte la movilidad del individuo, así como del uso de insulina inyectada y de la comparación con sus pares.

Habría que considerar igualmente que los pacientes se niegan a aceptar que la enfermedad los pueda vencer, por lo que tienden a ignorar los síntomas y las complicaciones tanto como les es posible.

Beneficios

Respecto de la percepción de la existencia de una relación entre los comportamientos de adhesión al tratamiento y el control de la enfermedad y sus complicaciones, aun cuando algunos pacientes reconocen que a pesar de sus esfuerzos por seguir las recomendaciones para el control de la diabetes no lo logran, igualmente consideran que si abandonaran por completo los comportamientos de adhesión esto resultaría en un mayor deterioro. Entre los participantes se encontraron diferencias en el énfasis otorgado a los variados aspectos del tratamiento, según su contribución al control de la enfermedad y sus complicaciones. Para los participantes la actividad física es percibida como efectiva para controlar los niveles de glucosa en sangre, dado que en el día a día experimentan la diferencia

en su bienestar físico cuando la realizan. Respecto del seguimiento de la dieta también reportan un mayor bienestar físico y pueden contrastar las diferencias en bienestar cuando la rompen. El tomar los medicamentos es considerado un comportamiento muy importante para el control de la enfermedad el cual deben de seguir lo mejor posible. El cuidado de pies y manos es seguido por algunos entrevistados y para otros no resulta tan importante. Si bien para los participantes son evidentes los beneficios de adherirse a las recomendaciones del equipo de salud, a ello se oponen una serie de barreras.

Barreras internas y externas a la adhesión al tratamiento

Las razones que los pacientes diabéticos adultos mayores identifican como impedimentos para adherirse a las recomendaciones que hace el equipo de salud son de naturaleza interna y externa (ver Tabla 1).

Para el caso de la adhesión a la dieta recomendada, las barreras internas son principalmente las atribuciones que los adultos mayores hacen acerca del control que pueden ejercer sobre sus preferencias y gustos por la comida. Consideran que su manera habitual de comer no puede ser modificada, las comidas que prefieren es difícil dejarlas dado que las han consumido durante toda su vida, al igual que la regulación del apetito y las cantidades que requieren para sentirse satisfechos. A este mismo respecto los alimentos recomendados

no les parecen suficientemente atractivos al paladar y se resisten a prepararlos dado que no están dentro de su concepto de lo que es buena comida o alimentarse bien. También suelen reportar que sus costumbres están tan enraizadas, que es poco o nulo el control que tienen sobre ellas. En cuanto a las barreras externas, existen limitaciones para disponer de los alimentos recomendados en la dieta del diabético, dado que los lugares en los que realizan sus compras no ofrecen la variedad y especificidad de productos que ellos requieren. Igualmente, las restricciones económicas limitan el acceso a los productos recomendados, puesto que adquirirlos implica hacer compras adicionales a lo que consume el resto de los miembros de la familia, e implica también preparar alimentos diferentes. Generalmente las mujeres diabéticas que se encargan de la preparación de los alimentos consideran que invertirían demasiado esfuerzo para preparar lo que consumirá la familia y lo que corresponde a su propia dieta.

Una última barrera de gran importancia es la función que la comida tiene en las relaciones de convivencia social. Para el paciente diabético es difícil abstenerse de ingerir alimentos no incluidos en su dieta, ya que la disponibilidad es tentadora y abstenerse se percibe como un desaire para los anfitriones. Tan difícil e importante como abstenerse resulta aceptar que se es una persona enferma.

El seguimiento de las recomendaciones acerca de la actividad física se ve obstaculizado por las ru-

Tabla 1.
Barreras internas y externas a los comportamientos de adhesión al tratamiento.

Comportamientos de adhesión	Barreras	
	Internas	Externas
Alimentación	Gustos y preferencias Fuerza del hábito	Disponibilidad y acceso a los alimentos Tiempo y esfuerzo requerido para la preparación de alimentos
Actividad física	Capacidades físicas disminuidas	Demanda por actividades y obligaciones Condiciones climáticas Contaminación ambiental por polvos
Cuidado de pies y manos		Acceso a calzado especial Acceso al cuidado de manos Condiciones climáticas
Chequeo de glucosa en sangre		Disponibilidad y acceso al centro de salud Acceso a implementos para el chequeo
Medicación	Percepción e interpretación de síntomas	Acceso a los medicamentos

tinias que ya tienen establecidas de atención a otros miembros de la familia, en el caso de las mujeres. Para los hombres se reportan como limitantes las capacidades físicas disminuidas por la enfermedad y el envejecimiento, y tener que trabajar para obtener un ingreso.

El cuidado de los pies y manos requiere por un lado el uso de calzado especial, así como el pedicure y manicure hecho por un experto. Las barreras encontradas para seguir el cuidado prescrito incluyen el alto costo del calzado especial y el no contar con los recursos para tener el cuidado del experto. Adicionalmente, en el clima caluroso de la localidad es común el uso de sandalias que de no ser especiales para pie diabético, no ofrecen la protección necesaria.

Para la adhesión a las recomendaciones de chequeo de los niveles de glucosa el obstáculo principal es el acceso limitado al centro de salud donde el chequeo está programado sólo una vez a la semana. El resto del tiempo los pacientes regulan la ingesta de hipoglucemiantes orales basados en la percepción sobre síntomas asociados al nivel de glucosa en sangre. Igualmente, las recomendaciones que hace el médico acerca del uso de la insulina inyectada de acuerdo con los cambios en los niveles de glucosa en sangre, no pueden hacerlo basados en una estimación exacta de los mismos, sino con base en la percepción que tienen de los síntomas. Habría que resaltar a este respecto que algunos pacientes se han adaptado a niveles muy altos de glucosa en sangre y cuando baja experimentan malestar, por lo que ajustan el medicamento en concordancia con ello.

En cuanto a las barreras externas para seguir las recomendaciones sobre el uso de medicamentos fundamentalmente se ubica el acceso a los mismos. Por un lado, no siempre lo encuentran en la farmacia del sistema de seguridad social, para aquellos que cuentan con dicho servicio. Para aquellos que deben comprarlo, la disponibilidad de recursos económicos para su adquisición, junto con la vigilancia que los miembros de la familia tengan sobre su adquisición y consumo, son dos condicionantes de la ingesta del medicamento y en la dosis indicada.

Percepción de control y auto-eficacia

Los pacientes diabéticos adultos mayores atribuyen las complicaciones propias de la enfermedad al proceso de envejecimiento principalmente y en menor medida a la enfermedad. Por tanto no perciben que sea posible que ellos controlen completa-

mente la enfermedad a través del propio comportamiento, sino que, a medida que van perdiendo control sobre las decisiones acerca de su vida cotidiana, al igual lo van perdiendo sobre el deterioro físico y el avance de la enfermedad. Por otro lado, la autovaloración que los pacientes hacen acerca de la "fuerza de voluntad" para llevar a cabo las recomendaciones es generalmente positiva en lo que a la toma del medicamento se refiere; aspecto en el que los pacientes creen que parcialmente puede contribuir su esfuerzo personal para el control de la enfermedad.

Señales para la acción

La experiencia de los síntomas propios de niveles elevados de glucosa en sangre es una señal para la acción, muy importante para los participantes. Síntomas como el cansancio, mareos, dificultades para moverse se encuentran entre ellas. En algunos otros casos, las complicaciones de la enfermedad como la retinopatía diabética, hipertensión, pérdida de piezas dentales y la pérdida de sensibilidad en extremidades, son señales para retomar las recomendaciones de cuidado de la enfermedad. Otra señal es la cercanía temporal de la siguiente cita para chequeo de niveles de glucosa en sangre, ante ello, los participantes pueden hacer un esfuerzo adicional para adherirse a las recomendaciones, sobre todo cuando han roto la dieta y abandonado la actividad física.

Apoyo social

La mayoría de los participantes son casados o viven con la familia de origen por lo que cuentan con una fuente potencial de apoyo social. Aunque no en todos los casos la familia provee apoyo social, en los que sí está presente asume la forma de ayuda material, física y de consejo. Por ejemplo, procurando que el paciente tenga disponible el medicamento, que cuente con el tipo de alimentos recomendados para la dieta del diabético, inyectando el medicamento, encargándose del cuidado de pies y manos, vigilando que el paciente prepare los alimentos según las recomendaciones y los consuma, así como vigilando que consuma el medicamento de acuerdo con las indicaciones del médico.

Sin embargo, varios de los participantes hicieron evidente que las relaciones familiares no son siempre de apoyo, siendo obstáculos importantes que el paciente dependa económicamente de ellos, o que se presente una dinámica familiar de conflicto donde el ejercicio de la autoridad esté desplazado

hacia otra persona diferente del paciente mismo. Llama especialmente la atención un participante hombre que es divorciado, a quien las complicaciones de la enfermedad le impiden trabajar y vive con la familia de su hija, por lo que siente que no puede cuidarse adecuadamente. El participante refiere que no puede seguir la dieta porque debe ajustarse a lo que el resto de la familia come; no cuenta con dinero suficiente para comprar medicamentos, aunque otros compañeros del grupo de ayuda mutua le dan medicamento en ocasiones.

Automedicación

Las razones para llevar a cabo ajustes a la prescripción del médico es una combinación de eventos donde sobresalen los efectos observados del medicamento sobre el organismo, la resistencia a su uso debido a la adaptación a niveles elevados de glucosa en sangre y la valoración acerca de la gravedad y progresión de la enfermedad. Por un lado se menciona que el medicamento no es efectivo, dado que no controla el nivel de glucosa en sangre, y por otro lado los pacientes experimentan efectos desagradables por el uso del medicamento (por ejemplo, mareos), sobre todo de la insulina inyectada lo que les hace suponer que seguramente los está dañando y no aliviando. Es común que los pacientes decidan discontinuar el uso de insulina inyectada y regresar al uso de medicamentos orales aumentando o reduciendo la dosis según su propia interpretación de los efectos que tienen sobre el organismo. Adicionalmente, los pacientes pueden manejar niveles muy elevados de glucosa en sangre sin que ellos perciban efectos adversos inmediatos o reporten complicaciones por lo que no perciben la necesidad de tomar el medicamento. Otra razón para la automedicación es que los pacientes interpretan el uso de insulina inyectada como una señal de mayor gravedad y progresión de la enfermedad, por lo que se resisten a su uso. En algunos casos los pacientes refieren experimentar efectos adversos por la aplicación de la inyección y argumentan que esto ocurre porque en realidad es demasiado fuerte y seguramente no la necesitan, es decir, interpretan que su diabetes no es tan grave. De esta manera, el paciente regresa a los hipoglucemiantes orales definiendo él mismo la dosis requerida según su experiencia.

Estrategias y recursos de que disponen para controlar la enfermedad y para seguir las recomendaciones del equipo de salud

De acuerdo con las recomendaciones que regularmente se formulan para el cuidado de la diabetes, se presenta la Tabla 2 para detallar el nivel de cumplimiento reportado por los participantes.

El cumplimiento de la dieta representa dificultades tanto para hombres como para las mujeres participantes, sin embargo, las razones varían según se comenta en la descripción de barreras. La actividad física es practicada por todos, aunque con variaciones en su nivel de cumplimiento. El uso de medicamentos es seguido por todos los participantes. El monitoreo de glucosa representa dificultades sobre todo para aquellos que no acuden al centro de salud y al grupo de ayuda mutua de manera regular toda vez que carecen de los recursos económicos para adquirir los materiales necesarios y realizarlo por su cuenta. Por otro lado, para los pacientes que acuden al centro de salud y al grupo de ayuda mutua el chequeo se realiza una vez a la semana por el equipo de salud. De acuerdo con los estándares establecidos por la Asociación de Diabetes Americana, (ADA por sus siglas en inglés, 2010) indican que para los pacientes insulino dependientes el chequeo debe realizarse tres o más veces al día, y no señalan el requerimiento para pacientes medicados con hipoglucemiantes orales. También de acuerdo con ADA podría o no considerarse suficiente el chequeo una vez a la semana en tanto que no existen evidencias claras de su contribución al control de la enfermedad. Sin embargo la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes (1994) recomienda que en pacientes no controlados el monitoreo se lleve a cabo diariamente, inclusive varias veces al día, y en pacientes controlados al menos una vez a la semana. El cuidado de las extremidades, aunque realizado regularmente, es practicado en su mayoría por los propios pacientes y en el mejor de los casos por algún familiar.

En cuanto a la apreciación que hicieron los participantes del nivel de dificultad para manejar la enfermedad, en su mayoría consideran que representa algo de dificultad o mucha dificultad, aunque su disposición para seguir las recomendaciones es buena, indicando que de existir recursos para superar las barreras mejoraría su adhesión a las recomendaciones.

Con la finalidad de resumir los hallazgos alrededor de los factores que guían los comportamientos de adhesión al tratamiento, según el modelo de exploración propuesto, se presenta el siguiente modelo integrativo relacional (Figura 1). La suscep-

Tabla 2.
Recomendaciones del equipo de salud, nivel de cumplimiento, dificultad y disposición.

Participante	Dieta	Ejercicio	Medicamentos	Monitoreo glucosa semanal	Cuidado extremidades	Nivel de dificultad	Disposición para seguir las recomendaciones
Mujer	■	XX	XX	■	X	2	Buena
Mujer	■	X	XX	■	X	2	Buena
Mujer	X	X	XX	XX	X	3	Regular
Mujer	XX	XX	XX	XX	X	1	Buena
Hombre	X	XX	XX	XX	X	3	Regular (requiere apoyo)
Hombre	■	X	X	X	X	3	Regular
Hombre	■	XX	XX	XX	X	3	Buena
Hombre	X	■	XX	X	X	3	Buena
Hombre	XX	XX	XX	■	X	1	Buena

■ - No se lleva a cabo la recomendación

X – Se lleva a cabo de manera irregular. En el caso de cuidado de pies y manos indica que no se practica por un experto

XX – Se lleva a cabo regularmente

1 – Sin dificultad

2 – Algo de dificultad

3 – Mucha dificultad

tibilidad y severidad percibida conforman la apreciación de la amenaza de la enfermedad y sus complicaciones, junto con la percepción de beneficios y las barreras/costos, definen la evaluación de la situación de enfermedad y su control. Así, la susceptibilidad percibida está conformada por la experiencia directa de los síntomas de la enfermedad y la atribución de deterioro del organismo a la edad; la severidad percibida se conforma con la percepción de las complicaciones de la enfermedad como incapacitantes, el atribuir una mayor gravedad de la enfermedad si se les ha prescrito el uso de insulina inyectada y si al compararse con los pares se perciben como más enfermos (experimentan más síntomas, han perdido más capacidades para valerse por sí mismos). A su vez, la valoración de los beneficios que se desprenden del seguimiento de las recomendaciones varían según la recomendación, por ejemplo, el consumo del medicamento es valorado como el tratamiento más beneficioso, el seguimiento de la dieta y la actividad física son

valorados positivamente siempre y cuando hayan experimentado directamente las diferencias entre hacerlo y no hacerlo, y el cuidado de las extremidades es el que menos relevancia tiene. En la valoración de las barreras se observa inter-juego entre factores internos (gustos y preferencias, fuerza del hábito, capacidades físicas, interpretación de síntomas) y externos (disponibilidad y acceso a los recursos, la relación tiempo/esfuerzo, las actividades y obligaciones que compiten con el auto-cuidado y las condiciones climáticas), mismos que varían en su impacto dependiendo del apoyo social que provee la familia y los pares. Paralelamente a la evaluación de la situación de enfermedad, la percepción de control y de auto-eficacia (capacidades físicas y percepción de control sobre su propio bienestar) y las señales para la acción (internas –experimentar síntomas- y externas –cercanía temporal del chequeo) definen el curso de acción para cada uno de los comportamientos de adhesión. Se observaron en los participantes que el inter-juego de los

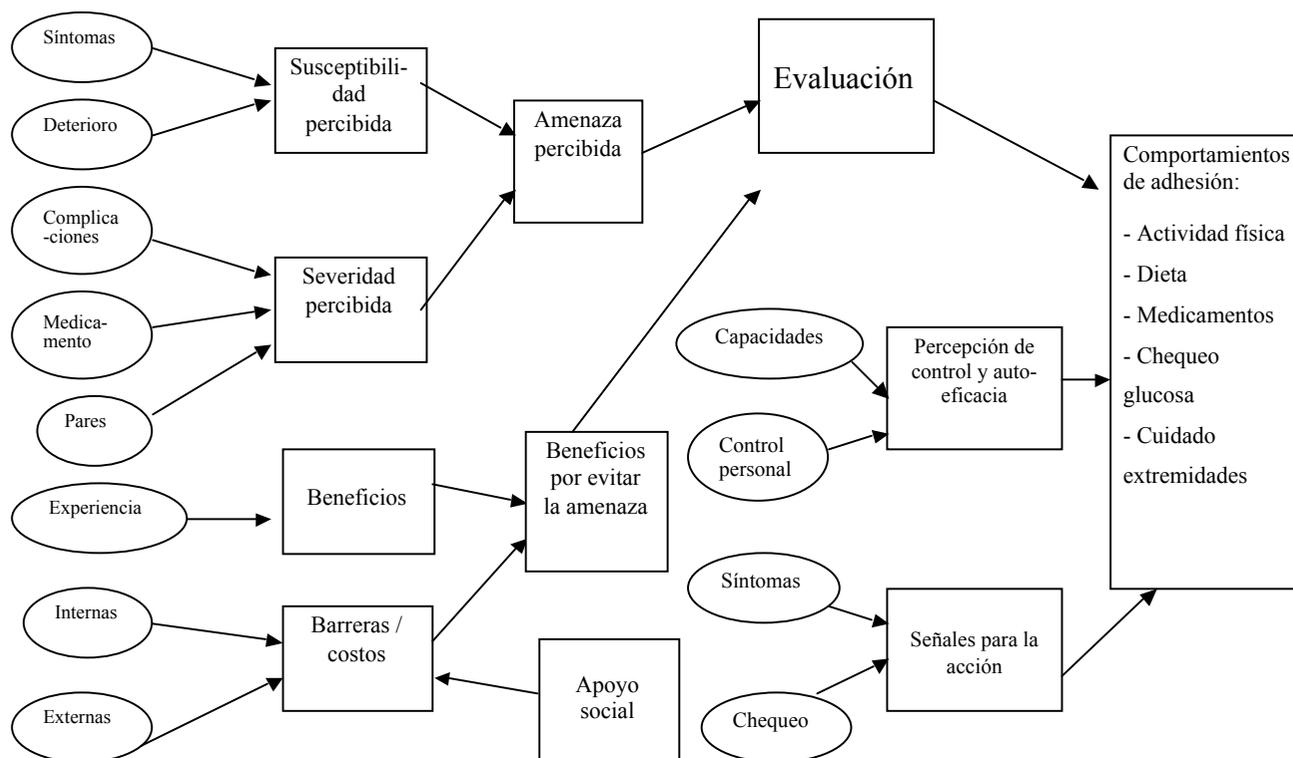


Figura 1. Modelo integrativo relacional de las variables asociadas a la adhesión al tratamiento de adultos mayores con DMT2.

factores mencionados tiene efectos diferenciales sobre los comportamientos de adhesión, afectando principalmente a la actividad física y la alimentación que conforman el estilo de vida del paciente.

Discusión y Conclusiones

La conducción de un grupo focal con pacientes diabéticos adultos mayores dio como resultado la expresión de sus experiencias acerca de su enfermedad. La manera particular como se estructuran sus percepciones permite entender sus interpretaciones sobre la enfermedad, sus complicaciones y su manejo. Así, se observa como los comportamientos de adhesión varían en función de dichas interpretaciones. Al igual que en estudios anteriores (Glasgow, McCaul & Schafer, 1987; Glasgow, McCaul, Schafer, Brown & Muñoz, 1986) la adherencia al uso del medicamento que es reportada por los participantes es alta, no así para los comportamientos de adhesión a la dieta y actividad física que requieren un reajuste en el estilo de vida. Sin em-

bargo, se observa que los participantes tienden a la automedicación por miedo a experimentar episodios de hipoglucemia que se perciben como más averosivos que el manejar niveles muy altos de glucosa en sangre, y por el temor al uso de insulina inyectada que se interpreta asociada a un mayor avance y deterioro por la enfermedad; hallazgos similares son reportados por Beléndez y Méndez (1999).

Ante la ocurrencia no sistemática de los comportamientos de adhesión, que está en función del sistema de creencias y del proceso de evaluación que los pacientes diabéticos adultos mayores han definido a lo largo de su vida y experiencia con la enfermedad, deberán diseñarse estrategias de intervención y guiar la definición de sus metas y objetivos. El conocimiento de estos aspectos debe marcar la pauta para orientar las estrategias de educación diabetológica, y el entrenamiento en habilidades que apoyen el cambio de estilo de vida que impone la diabetes (Hampson, Glasgow & Foster, 1995). Un ejemplo de ello es el entrenamiento para el manejo de señales internas y externas asociados a los comportamientos de adhesión de

alimentación y actividad física, estrategias que se han observado en pacientes que han mantenido los cambios producidos en el estilo de vida (Penn, Moffatt & White, 2008). Igualmente, la consideración de una teoría de conducta que permita interpretar el sistema de creencias implicado en los comportamientos de adhesión del paciente contribuirá a la explicación de los resultados alcanzados por la intervención (Jack, 2003).

En el caso de la automedicación, el conjunto de las apreciaciones que guían los cambios en el apego a las indicaciones que hace el médico supone que debe fortalecerse la educación diabetológica para que los pacientes entiendan la acción del medicamento, los síntomas experimentados y los beneficios sobre el control de la enfermedad. Paralelamente debiese incluirse entrenamiento para la adecuada interpretación de síntomas que señalan la necesidad del medicamento o incluso desbalances debido a alimentación inadecuada o actividad física insuficiente, sobre todo en pacientes con limitados recursos económicos y de acceso a servicios de salud que no pueden monitorear con dispositivos estándar sus niveles de glucosa en sangre. Adicionalmente, pueden utilizarse estrategias motivacionales que se ajusten a la etapa de cambio en que se encuentra el paciente (Flórez-Alarcón & Carranza, 2007; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1994), que aborden la ambivalencia y promuevan el mantenimiento de los comportamientos de adhesión al tratamiento (Rollnick & Miller, 1996).

Otro aspecto a considerar en el diseño es la promoción, y, en su caso, fortalecimiento del apoyo social. Para el adulto mayor las opciones de apoyo se ven disminuidas a nivel familiar y del grupo de amigos dependiendo de su capacidad funcional y económica, y de la dinámica de relación familiar establecida en el pasado, entre otros factores. En este aspecto los grupos de ayuda mutua promovidos por el sistema de salud pueden proveer una buena dosis de apoyo social en la medida que funcionan efectivamente.

El cambio en el estilo de vida del paciente diabético adulto mayor requiere del esfuerzo constante y sostenido del equipo de salud tomando en consideración que se están intentando modificar hábitos muy arraigados con recursos familiares y del sistema de salud reducidos. Igualmente importante es tomar en consideración que como cualquier otro cambio de comportamiento el nivel de motivación no sigue un curso en ascenso sostenido, sino el de una espiral con recaídas (Pro-

chaska, Redding & Evers, 2002) para lo cual será necesario ajustar estrategias y promover que el paciente acuda al centro de salud a la revisión médica periódica y también para analizar las circunstancias que obstaculizan o favorecen el seguimiento de las prescripciones (Penn, Moffatt & White, 2008).

Referencias

- American Diabetes Association (2010). Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care*, 33, (Sppl. 1), S11-S61, available via: <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-S011>
- Becker, M., & Janz, N. (1985). The Health Belief Model applied to understanding diabetes regimen compliance. *The Diabetes Educator*, 11 (1), 41-47, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/014572178501100108>
- Beléndez, V., & Méndez, F. (1999). Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En: Simón, M. (Editor). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Brown, K., Avis, M., & Hubbard, M. (2007). Health beliefs of African-Caribbean people with type 2 diabetes: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 57, 461-467.
- Daniel, M., & Messer, L. (2002). Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glyce-mic control in aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. *Chronic diseases in Canada*, 23, 123-138.
- Devlin, H., Roberts, M., Okaya, A., & Xiong, Y. (2006). Our lives were healthier before: focus groups with African American, American Indian, Hispanic/Latino, and among people with diabetes. *Health Promotion Practice*, 7, 47-55, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/1524839905275395>
- DiMatteo, D., Haskard, K., & Williams, S. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care*, 45, 521-528, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318032937e>
- Domínguez, M., Guerra, B., & Saad, A. (2007). Prioridades familiares percibidas por cuidadores adultos mayores con diabetes mellitus. *Revista Mexicana de Psicología, Número Especial*, Octubre de 2007, 314-316.
- Flórez-Alarcón, L., & Carranza, W. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida

- de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá(Colombia)*, 25 (2), 63-82.
- Glasgow, R., McCaul, K., & Schafer, L. (1987). Self-care behaviors and glycemic control in type I diabetes. *Journal of Chronic Disease*, 40, 399-412, available via: [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90173-1](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(87)90173-1)
- Glasgow, R., McCaul, K., Schafer, L., Brown, G., & Muñoz, J. (1986). Regimen adherence and glycemic control among persons with type I diabetes. *Diabetes*, 35 (Suppl. 1), 20A,
- Hampson, S., Glasgow, R., & Foster, L. (1995). Personal models of diabetes among older adults: relationship to self-management and other variables. *Diabetes Educator*, 21, 300-307, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/014572179502100407>
- Jack, L. (2003). Diabetes self-management education research. An international review of intervention methods, theories, community partnerships and outcomes. *Dis Manage Health Outcomes*, 11, 415-428, available via: <http://dx.doi.org/10.2165/00115677-200311070-00002>
- Janz, N., Champion, V., & Strecher, V. (2002). The health belief model. En: Glanz, K., Rimer, B. y Lewis, F. (Editores). *Health Behavior and Health Education: theory, research and practice*. Tercera Edición. San Francisco: Jossey-Bass.
- Klein, J., & Goncalves, A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *PsicoUSF*, 10, 113-120. Recuperado el 16 de Febrero de 2011, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v10n2/v10n2a02.pdf>
- Maiman, L., & Becker, M. (1974). The health belief model: origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.
- Moreno, E., & Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109.
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes (1994). Recuperado el 20 de Agosto de 2010, de: <http://vlex.com.mx/vid/tratamiento-diabetes-mellitus-primaria-39518391>.
- Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Aguilar C., Cravioto P., López, P., Hernández, M., Tapia, R., & Sepúlveda, J. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Penn, L., Moffatt, S., & White, M. (2008, 10 de Julio). Participants' perspective on maintaining behaviour change: a qualitative study within the European Diabetes Prevention Study. *BMC Public Health*, 8:235, available via: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-235>
- Polly, R. (1992). Diabetes health beliefs, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 18, 321-327, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/014572179201800411>
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1994). ¿Cómo cambia la gente? Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET Revista de Toxicomanías*, 1, 3-14. Recuperado el 17 de Febrero de 2011 de: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET01-1.pdf>
- Prochaska, J, Redding, C., & Evers, K. (2002). The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz, K., Rimer, B y Lewis, F. (Editors). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice* (Tercera Edición). San Francisco: Jossey-Bass.
- QSR International (2002). *NVIVO* (Versión 2) [Software para análisis cualitativo].
- Rollnick, S., & Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *RET Revista de Toxicomanías*, (6), 3-7. Recuperado el 17 de Febrero de 2011 de: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET06-1.pdf>
- Rosenstock, I. (1966-2005). Why People use Health Services. *The Milkbank Quarterly*, 83(4), 1-32. Reimpresión fiel del original *The Milkbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44, (3), 94-124. Recuperado el 17 de Febrero de 2011 de: <http://www.milbank.org/quarterly/830417rosenstock.pdf>
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Taylor, S. (2007). Social support. En: Friedman, H. y R. Silver (Editors). *Foundations of Health Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of Health- protective behavior. *Health*

Psychology, 12, 324-333, available via: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.12.4.324>

Wray, L., Beverly, E., & Miller, C. (2006-08-11). Spousal support and food-related behavior change in middle-aged and older adults living with type 2 diabetes. Paper *presented at the annual*

meeting of the American Sociological Association, Montreal Convention Center, Montreal, Quebec, Canada Recuperado el 29 de Abril de 2009, de http://www.allacademic.com/meta/p105139_index.html