

Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar

Teresa Nury Hoyos Duque¹
 María Victoria Arteaga Henao²
 Mónica Muñoz Cardona³

Resumen

Objetivo. Comprender los factores para no adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), desde la visión del cuidador familiar. **Metodología.** Estudio etnográfico enfocado. En 2008 se realizaron 18 entrevistas a cuidadores de pacientes con DM2, pertenecientes a programas de control de diabetes de instituciones de salud de Medellín (Colombia), y también se efectuaron seis observaciones de momentos significativos del cuidado. **Resultados.** La adherencia al tratamiento en personas con DM2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a la múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo. **Conclusión.** Desde la visión de los cuidadores familiares, la adherencia al tratamiento de las personas con DM2 es escasa; hay múltiples factores que influyen en ello.

Palabras clave: cumplimiento de la medicación; cooperación del paciente; cuidadores; atención domiciliaria de salud; diabetes mellitus tipo 2; investigación cualitativa.

Non adherence factors to treatment of people with type 2 Diabetes Mellitus at home. Family caregiver's view

Abstract

Objective. To understand the non adherence factors to treatment of people with type 2 Diabetes Mellitus (DM2) from the family caregiver's view. **Methodology.** Ethnographic study performed in 2008. 18 interviews to type 2 DM patient's caregivers who belonged to diabetes control programs from healthcare institutions of the city of Medellín (Colombia) were conducted. Six observations of significant moments of care were also made. **Results.** Treatment adherence in people with type 2 DM is mediated by multiple factors that difficult it, as: Cultural beliefs of the disease, disagreement between healthcare professionals and popular

1 Enfermera Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia.
 email: nuryhoyos@tone.udea.edu.co.

2 Enfermera Magíster en Educación. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia.
 email: vicky45@tone.udea.edu.co.

3 Enfermera vinculada del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia.
 email: mumonica@hotmail.com

Subvenciones y ayudas: artículo producto de la investigación *Las prácticas que realizan los cuidadores informales de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el hogar*, que fue realizada con apoyo financiero del Grupo de Investigación de la Práctica de Enfermería en el Contexto Social.

Fecha de recibido: 21 de septiembre de 2010.

Fecha de aprobado: 16 de mayo de 2011.

Cómo citar este artículo: Hoyos TN, Arteaga MV, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(2): 194 – 203.

knowledge, tiredness of taking that many medicines, fear of multiple punctures for insulin application, dissatisfaction with healthcare services and the long term cost of the disease. **Conclusion.** From the family caregiver's view, treatment adherence of people with type 2 DM is low as a consequence of multiple factors which influence it.

Key words: medication adherence; patient compliance; caregivers; home nursing; diabetes mellitus, type 2; qualitative research.

Fatores de não aderência ao tratamento em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no domicílio. A visão do cuidador familiar

Resumo

Objetivo. Compreender os fatores para não aderência ao tratamento de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), desde a visão do cuidador familiar. **Metodologia.** Estudo etnográfico enfocado. Em 2008 se realizaram 18 entrevistas a cuidadores de pacientes com DM2, pertencentes a programas de controle de diabetes de instituições de saúde de Medellín (Colômbia), e também se efetuaram seis observações de momentos significativos do cuidado. **Resultados.** A aderência ao tratamento em pessoas com DM2 está mediada por múltiplos fatores que a dificultam como: concepções culturais da doença, desencontro entre os discursos da equipe profissional de saúde e o saber popular, cansaço de tomar tantos medicamentos, medo à múltiplas punções pela aplicação da insulina, insatisfação com a qualidade brindada dos serviços de saúde e o custo econômico da doença a longo prazo. **Conclusão.** Desde a visão dos cuidadores familiares, a aderência ao tratamento das pessoas com DM2 é escassa, sendo múltiplas os fatores que influem nela.

Palavras chave: adesão à medicação; cooperação do paciente; cuidadores; assistência domiciliar; diabetes mellitus tipo 2; pesquisa qualitativa.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es considerada hoy una epidemia mundial por su alta prevalencia, por la disminución en la calidad de vida de quienes la sufren y por su alto costo social, familiar y económico.¹ Esta enfermedad se está incrementando dramáticamente y se estima que en 2025 el número de personas con diabetes se duplicará, razón por lo que se considera que será la próxima epidemia mundial.² En 2009 en Colombia,³ las estadísticas mostraban a la DM como la décima causa de muerte y la décimo cuarta causa de consulta. En este mismo país, la Encuesta Nacional de Salud de 2007 realizada en una muestra representativa de la población, mostró que la prevalencia de diabetes en población de 18 a 69 años fue de 2.6% (hombres 3.2% y mujeres 2.1%).⁴ En la ciudad de Medellín (Colombia), en un estudio realizado por Villegas *et al.*⁵ se encontró que en 3 554 historias clínicas evaluadas de pacientes diabéticos, el 95.1% tenían DM2.

La adherencia al tratamiento, entendida como "el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, que además requiere conformidad del paciente",⁶ es un problema de tal magnitud, que la OMS⁷ lo considera un tema prioritario de salud pública y que por lo tanto deben emprenderse acciones para su prevención y control. En los últimos años se ha prestado atención especial a los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes, especialmente el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las habilidades de auto cuidado y afrontamiento, la autoeficacia, la percepción de síntomas, el estrés y el apoyo social;⁸ con respecto a este último se sabe que involucrar la familia en el cuidado del paciente mejora su control glucémico del mismo.⁹ Etiológicamente, la adherencia al tratamiento también involucra factores asociados al paciente (cultura, creencias,

nivel cognitivo y sensorial),¹⁰ factores asociados al ambiente (aislamiento social, mitos en salud), factores asociados al contexto económico (costos de la terapéutica, accesibilidad a los servicios de salud, estrato socioeconómico),¹⁰ y factores asociados a la interacción médico-paciente (duración de la consulta y claridad en las instrucciones dadas).¹¹

Es conocido como un número importante de personas con DM2 no cumple con su tratamiento cuando están en casa. Estudios realizados a nivel mundial afirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida.^{12,13} En Colombia, la no adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas de su incumplimiento (33 al 69%).¹¹

En Medellín, aunque no se encontraron estudios sobre no adherencia al tratamiento en personas con diabetes, la Federación Diabetológica Colombiana ha manifestado que ésta es poca,¹⁴ en el estudio de Villegas *et al.*⁵ las frecuencias para algunas de las conductas de riesgo de la adherencia al tratamiento no farmacológico fueron: 43% no hacían ejercicio, 15% fuman, 21% consumían azúcar regularmente, otro 25% consumía grasas saturadas y tan solo el 20% realizaba automonitoreo de la glucemia con una frecuencia semanal o mayor, lo que revela que es un problema en nuestro medio y nos motiva a indagar sobre los factores que podrían estar influyendo en esta situación. Nos interesa especialmente la forma en que el *cuidador familiar* es actor dentro de la complejidad de este fenómeno, ya que se ha visto que su participación tiene un impacto positivo en el control glucémico de la persona enferma.⁹

El objetivo de este estudio fue comprender los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento de personas con DM2 en el domicilio, desde la visión del cuidador familiar.

Metodología

Para el estudio se utilizó el método etnográfico enfocado. La información se obtuvo de entrevistas

semiestructuradas realizadas por las investigadoras a 18 cuidadores familiares de personas con DM2, que pertenecían a los programas de DM en instituciones de salud del municipio de Bello y del corregimiento de San Antonio de Prado del municipio de Medellín, ambos en el Departamento de Antioquia (Colombia). La toma de la información se hizo entre abril y noviembre del año 2008.

Los criterios de inclusión fueron: tener por lo menos 20 años, haber brindando cuidado por uno o más años a pacientes que llevaran más de un año con diagnóstico de DM2 y que no se encontraran en estado terminal. Además de las entrevistas, se hicieron seis observaciones en los domicilios durante 20 horas, en las cuales se tuvieron en cuenta momentos significativos del cuidado, como la preparación de los alimentos, el baño, el cuidado de la piel, la interacción cuidador-persona cuidada, la administración de medicamentos y su almacenamiento, entre otros.

El material de las entrevistas fue grabado y transcrito textualmente, y las observaciones fueron anotadas en diarios de campo. La recolección de la información finalizó cuando se logró la saturación.

De acuerdo con las normas científico-técnicas y administrativas para la investigación en salud, apoyadas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993,¹⁵ se informó a los participantes acerca de los objetivos del estudio, se les pidió consentimiento informado verbal y por escrito, se les dio libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio cuando lo vieran pertinente; se les explicó también que la información se manejaría con total confidencialidad y se les garantizó la protección de los principios éticos fundamentales: respeto, justicia y beneficencia planteados en el código de Nuremberg.¹⁶ Acogiendo el principio de beneficencia se realizaron cuatro encuentros educativos con participación de un equipo interdisciplinario, donde se partió del conocimiento, cultura y situación socioeconómica de los cuidadores familiares para cualificarlos en el cuidado. Se hizo especial énfasis mediante talleres prácticos, sobre el manejo y aplicación de la insulina, los aspectos psicológicos y el cuidado alimentario nutricional de la persona con DM, entre otros.

La validez de la presente investigación se soporta en tres aspectos fundamentales: ^{17,18} a) las entrevistas fueron transcritas fielmente de las grabaciones con los entrevistados, lo cual se verificó con dichas grabaciones; b) se hizo devolución de la información a los participantes y a las instituciones de salud con el fin que la información fuera verificada y validada; y c) los hallazgos se presentaron ante pares en diferentes contextos para establecer si se identificaban con los resultados de la presente investigación.

Resultados

Las principales características sociodemográficas de los 18 participantes del estudio fueron: 94.4% eran mujeres, 88.9% eran amas de casa y el 11.1% tenía trabajo remunerado estable; por edad el 44.4% tenía entre 40 y 50 años, 33.3% entre 51 y 60 años y 22.3% restante eran menores de 45 años. En cuanto al nivel educativo, el 50.0% de los cuidadores tenía estudios de primaria, 22.2% secundaria y el 5.6% tenía formación universitaria, las demás participantes no recordaron los estudios realizados; sin embargo, todos respondieron que tenían algún tipo de estudio; por estrato socioeconómico el 22.2% de los participantes pertenecía al uno, un 50.0% al dos y el 27.8% restante al tres.

Con respecto a la relación del cuidador con la persona con DM2 se encontró que 44.4% eran hijas, 33.3% eran esposas, 5.6% eran padres y 16.7% restante, amigos. Del análisis de la información recolectada emergieron seis categorías de estudio:

Concepciones culturales frente a la diabetes. No hubo un concepto cultural unificado frente a la diabetes; cada cuidador tenía su propia percepción, derivada de sus creencias, sus vivencias y de la comunicación en su entorno sociocultural. Los cuidadores no expresaron el conocimiento de la enfermedad desde lo fisiológico, ven esta enfermedad como un castigo por algo que hicieron mal en su vida, o como un castigo divino para probar la fe, entre otras. En este sentido, las concepciones sobre la diabetes que circulan en el en-

torno familiar y social son las que persisten a través del tiempo en los cuidadores: *“Pues, yo le digo, uno tiene que recibir las enfermedades cuando Dios se las manda de la forma que uno puede con ellas”* (014) y *“no, pues, que ya le tocó a él, yo no pienso mucho en eso, pero sí me da tristeza”* (092); mientras que otras atribuyen la causa de la diabetes a sus estilos de vida como el consumo de alcohol, sedentarismo, el alto consumo de bebidas colas y de dulces: *“Esta enfermedad da por el descuido alimentario y abuso con los vicios”* (095).

“...a él le dio esta enfermedad porque es que él toma mucha Coca-Cola” (091), *“Le dio esta enfermedad por excesos, por el licor, tanta azúcar... en ese entonces era una persona joven y tomaba mucho aguardiente, así son todos los mecánicos”* (0100), y, *“Pues, yo no sé, hay veces que a unos se les desarrolla y a otros no, y eso me imagino yo, pues que será de comer dulces, él comía mucho dulce”* (014).

Algunos cuidadores responsabilizan al factor genético de ser la causa de la diabetes; comentan que los abuelos, los tíos y los hermanos de las personas a quienes cuidan eran diabéticos y por eso a ellas les dio también: *“además eso es de familia, la tía de él es diabética y la abuela también”* (0100), *“es algo también genético, tiene dos hermanos que a última hora salieron con diabetes, a uno le colocaron insulina y ya se la quitaron”* (097).

Desencuentro entre los diversos discursos del equipo profesional de salud y el saber popular.

En la adherencia al tratamiento juega un papel básico el discurso que los profesionales de la salud dirigen a la persona que padece la enfermedad y al cuidador familiar. Frente al cuidado de la salud los cuidadores estuvieron de acuerdo con los niveles normales de glucemia, pero existe desencuentro frente a la forma de llegar a esos niveles de glucemia; desencuentro que da lugar a cuidados deficientes o a la confusión de la atención por parte de los cuidadores familiares. El tema de mayor polémica fue la alimentación, algunos profesionales de salud, por ejemplo, prohíben el consumo de uvas y banano, en tanto otros lo recomiendan. Los profesionales prohíben

el agua de panela (extracto de caña de azúcar); sin embargo, la alimentación de los participantes del estudio está centrada en el consumo de esta bebida, alimento de bajo costo y propio de la cultura antioqueña; que a pesar de su prohibición la consumen los pacientes.

Los participantes comentaron que los médicos tienen un discurso, los nutricionistas otro y que a veces no saben a quién creerle; razón por la que sus prácticas cuidantes carecen de claridad frente a la información que reciben del equipo de salud.

El discurso médico no les permite a los cuidadores entender y practicar las indicaciones relacionadas con el consumo de hipoglucemiantes orales con líquidos no endulzados con azúcar, panela o miel; por el contrario, muchos de ellos administran el medicamento con una taza de agua de panela, por no comprender el efecto de los monosacáridos en los niveles de glucemia.

El desencuentro con los discursos de los profesionales de la salud también está permeado por la cultura del regaño, por la prohibición y la imposición de esquemas; lo que se traduce en incumplimiento del tratamiento. Así lo expresan algunos de los participantes: *“los médicos prohíben muchas cosas”* (093), *“Lo que el médico le manda, el banano no lo puede comer, pero ella le gusta mucho y se come uno, dos y hasta tres”* (097), *“Yo le faltó en eso, es que la nutricionista es muy estricta”* (012).

“...trato de darle la droga como el médico la manda, a veces le doy dulcecito” (097), *“le damos los medicamentos con agua de panela, porque si no, ella no se los toma”* (098).

Otro factor para la no adherencia al tratamiento es el saber del cuidador y de la persona con DM frente a su enfermedad, asunto que se desconoce al momento de la atención brindada por el personal de la salud. El profesional ofrece educación desde su saber, pero no facilita el encuentro entre saberes que posibiliten el diálogo y la negociación en beneficio de una mejor adherencia en la terapéutica prescrita.

Cansancio de tomar tantos medicamentos. A pesar de que las instituciones de salud entregan

todos los medicamentos requeridos para la diabetes, las personas con esta enfermedad dicen estar cansadas de tomar tantas tabletas, ya sea para la DM como para otras comorbilidades: *“Ella a veces se aburre y dice que está harta de tomar tantas pastillas, y dice que no quiere tomar nada”* (012), *“le da pereza tomar la droga y casi que cada quince días hay que llevarla a hospitalización”* (097).

Miedo a la insulina y a las múltiples punciones.

Con respecto a la insulina los participantes tenían dos versiones, una como dañina y la otra como salvadora. Algunos de los cuidadores dijeron que las personas con DM sienten temor cuando el médico les prescribe insulina, no les gusta que las “chuchen”; además, aluden que este medicamento los deja ciegos, los sube de peso y los pone mal.

Adicionalmente, cuando el tratamiento es con insulina el paciente debe auto monitorearse los niveles de glucemia, lo que implica varias punciones en el día, esto genera en ellos sentimientos de temor, miedo y hasta enojo, lo que lleva a desistir del tratamiento. Así lo hacen ver los diferentes testimonios: *“Algunos pacientes tienen uno, dos y hasta tres glucómetros pero no les realizan auto monitoreo, porque los cuidadores no saben hacerlo, les da miedo chuzarlos y les da temor el resultado”* Observación (012), *“Se la mandó el médico (LA INSULINA) pero no se la aplicaba porque le dijeron que esto acababa con las vistas”* (014), *“pues ella la recibe (LA INSULINA) y le hace ver al médico que si se la está aplicando, pero no, le da miedo... le aterran las agujas, no le gusta que la chuchen”* (094), *“Al observar la nevera de su casa se encontró que tenían tres y cuatro frascos de insulina sin iniciar”* (094).

Sin embargo, otros ven la insulina como la salvadora, como aquel medicamento que les salvó la vida a sus seres queridos, aquella que si no existiera la hubiera buscado, porque es la que asegura la vida: *“No le ha dado un coma diabético, gracias a la nutrición y la insulina”* (096), *“Hace 12 años le mandaron insulina NPH y C, si no ya se hubiera muerto”* (097), *“La gente le tiene miedo a la insulina, pero el médico se la mandó y ella se la pone”* (093).

En la observación que se hizo en los domicilios, se constató que varios de los enfermos se aplicaban la insulina, y a pesar de no tener nevera para su refrigeración, los cuidadores acudían a vecinos para almacenarlas, notándose gran recursividad y responsabilidad con su aplicación.

Insatisfacción con los servicios de salud y el costo económico a largo plazo. Aunque la Ley 100 de 1993 de Colombia,¹⁹ establece que todos los pacientes con DM deben recibir el tratamiento en forma oportuna, algunos cuidadores se quejaron de que en ocasiones deben comprar la insulina debido a que la IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) no dispone en esos momentos de este medicamento: *“Yo le tengo que comprar los medicamentos, a veces, pagarle los exámenes, porque en el hospital no los hay y, no hacen esos exámenes”* (098).

En general, los cuidadores y las personas cuidadas se quejaron de la atención en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), están cansadas de que les den órdenes para el médico internista, el oftalmólogo y de no conseguirlas, porque al solicitarlas les manifiestan *“que no hay, que ya están dadas las citas del mes, o que vuelvan a llamar la otra semana”*, lo que les produce enfado, frustración y desgaste.

Además, los citan para varios eventos en días y meses diferentes, es decir, un día lo citan para el control de la hipertensión arterial; otro para el control de la diabetes, otro, para los exámenes de laboratorio y/o ayudas diagnósticas, y otro día para reclamar la droga, situación que les demanda mucho tiempo y aumento en los costos monetarios por los diferentes traslados desde sus residencias a la institución de salud, lo que les genera desgaste y cansancio, otro factor más para abandonar el tratamiento: *“lo mandaron donde el internista hace varios meses y aún no le han dado la cita”* (098), *“Las IPS no le dan toda la droga, nosotros le tenemos que pagar los exámenes y no tuvimos para todos”* (097), *“En el hospital se quedaron sin internista, mire que todo está peor, económicamente no tenemos para pagar, que no había contrato con el SISBEN”* (097), *“También me gustaría que si el médico le manda exámenes los puedan hacer, porque hay unos muy costosos*

que no los cubre el SISBEN. Que lo guíen a uno como aplicarle la insulina” (097).

Ser pobre y tener diabetes. Reconocen los participantes que la clave del tratamiento para una persona diabética está en la alimentación sana. Sin embargo, argumentan que por razones económicas no pueden consumir la alimentación indicada por la nutricionista como las verduras, frutas, leche, queso y carne: *“Uno es muy pobre, yo le falto en eso, la nutricionista es muy estricta...no puedo”* (012), *“quisiera cuidarla bien, a veces no hay forma; pues uno sí compra la verdurita, las fruticas cuando se pueden comprar, pero más que todo la cuido de los dulces y las grasas”* (012).

Los participantes reconocen que la base de la alimentación está dada por el alto consumo de carbohidratos: polisacáridos y monosacáridos, de grasas saturadas derivadas del hueso de res y carnes altas en lípidos y por alimentos de fácil consecución acordes con sus posibilidades económicas y su cultura alimentaria. Estos son los testimonios: *“para mí, la comida que alimenta es el sancocho (sopa de carbohidratos con sustancia de hueso o carne gorda), el chicharrón (tocino de cerdo), mazamorra (especie de sopa de maíz cocido sin sal ni azúcar) con bocadillo (sólido-dulce de guayaba)”* (099), *“trato de comer lo más sano que pueda, pero a veces no se puede”* (012), *“me mandaron donde la nutricionista, pero uno tan pobre no tiene con qué pagar”* (097).

Discusión

En este estudio se evidenciaron varias situaciones que favorecen la no adherencia y que fueron expresadas por los cuidadores familiares de personas con DM2.

Una de las situaciones está relacionada con las concepciones culturales, ya que según los cuidadores las causas de la diabetes obedecen más a las percepciones religiosas, alimentarias y emocionales. De esta forma, comprender la causa de la DM se torna algo complejo, ya que involucra factores fisiológicos, sociales, culturales, emocionales, y la responsabilidad del equipo de salud es

proporcionar estos conocimientos, haciendo esta situación menos compleja.^{18,20-22}

En este sentido, es relevante el encuentro del equipo de salud con el cuidador familiar y la persona cuidada, como actores protagónicos de este encuentro; sin embargo, la realidad en nuestro medio es otra, estos actores adquieren una posición sumisa, pasiva, por dar sólo un ejemplo, en la interlocución cuidador-equipo de salud no es tenida en cuenta la percepción del primero, es decir, su saber, su experiencia, convirtiéndose el encuentro en un discurso unidireccional donde la visión del cuidador y de la persona cuidada poco importa; esto lleva a que se generen en ellos sentimientos de frustración, rechazo, temor, miedo, angustia, constituyéndose en un factor más para la no adhesión a la terapéutica prescrita.

Siguiendo a Leninger,²³ con su teoría de la trasculturalidad en el cuidado, encontramos que partir de la cultura del otro y de su saber facilita la adherencia al tratamiento. En caso contrario, desconocer la cultura del otro y no partir de su saber, hacen que la persona cuidada y su cuidador perciban como imposición el discurso del médico y del equipo de salud y por lo tanto, modifiquen y trasgredan el tratamiento.²⁴ Price y Muñoz²⁵ recomiendan “tener siempre presente las creencias del paciente, para brindar cuidados, así se pueden obtener resultados más positivos en el tratamiento”.

De otro lado, los participantes de este estudio estiman que tomar pastillas tres veces al día y no agregar azúcar a los alimentos son parte de la imposición de esquemas que nada tienen que ver con la enfermedad, una evidencia más del desencuentro entre el saber biomédico y el saber popular y del incumplimiento en la terapéutica.²⁶ Es preocupante ver cómo los cuidadores hacen cambios en la terapéutica prescrita por los profesionales de la salud, y todo porque ellos dan recomendaciones sin tener en cuenta aspectos sociales, culturales, económicos, familiares de las personas cuidadas; es decir, no parten de las necesidades sentidas, llevando a trasgresiones en el tratamiento. De hecho, López y Ocampo²⁷ expresan: “los pacientes con diabetes automodifican el tratamiento médico. Son conscientes de que su descontrol glucémico se debe a la trasgresión en

el plan alimentario, al no cumplimiento farmacológico; no obstante persisten en las trasgresiones”.^{28,29} Se da el caso también que algunos pacientes y cuidadores manejan los tratamientos con mayor precisión que el terapeuta, pero no informan las modificaciones que hacen frente a los mismos por temor al regaño y a que los proveedores de servicios de salud tomen represalias contra ellos.³⁰

Es notorio el desencuentro entre la cultura del sistema biomédico y la cultura del saber popular, situación que debe ser reflexionada por el equipo de salud, si verdaderamente se desea lograr una buena adherencia al tratamiento. Por otro lado, se torna preocupante escuchar las quejas continuas de los cuidadores familiares de la atención que reciben de los proveedores de servicios de salud, ya que los tratamientos farmacológicos, los exámenes de laboratorios y las citas para las interconsultas con los diferentes especialistas no son proporcionadas en forma oportuna y efectiva, lo que genera sobrecostos para los usuarios o familias; los cuidadores reclaman, cada vez más, condiciones favorables y asequibles para la prestación de los servicios de salud para las personas que ellos cuidan. Echeverri³¹ dice que hoy en día la población, especialmente la más pobre, gasta más en salud y los afiliados del régimen subsidiado reciben un plan de beneficios con 30% menos de los servicios que los del régimen contributivo.

Zstowny *et al.*³² sostienen que los altos costos de los servicios de salud, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés en los problemas de salud del paciente y la solicitud de un excesivo número de exámenes de laboratorio, son las principales causas de insatisfacción de los pacientes y el incumplimiento en la terapéutica prescrita, aspectos todos compatibles con lo observado en este estudio.

Por otra parte, el factor económico, la falta de dinero para cumplir con las recomendaciones dadas por los profesionales de salud, se constituye en un elemento más para la no adherencia al tratamiento, como ocurre con la alimentación, pilar fundamental para el cuidado de las personas con diabetes; sin embargo, no cumplen con este re-

quisito ya que la mayoría carece de los medios económicos necesarios. Las personas con DM con poder adquisitivo, con gran capacidad de pago, muestran un mayor cumplimiento con el tratamiento, ya que pueden acceder fácilmente a los servicios de salud,³³ lo que nos permite contrastar con la población de estudio de este trabajo, en la que los participantes correspondían a estratos socioeconómico 1 y 3, en los cuales no se encontró adherencia total al tratamiento. Situación que se torna más difícil si la pensamos a nivel nacional, toda vez que el 70% de la población colombiana pertenece a estratos socioeconómicos bajos.³⁴ Esto significa que la no adherencia al tratamiento para la diabetes seguirá presentándose en nuestro medio, a menos que se intervengan estos factores.

Otra de las dificultades que señala la literatura³⁵ para lograr la adherencia al tratamiento, como ya se ha expuesto, tiene que ver con las características del tratamiento. Se ha mostrado que cuando es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene mayores probabilidades de adherirse; pero cuando el tratamiento es complejo y prolongado, como en las enfermedades crónicas tipo DM, la adherencia se disminuye. Así mismo, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea, o cuando uno de estos fármacos, como la insulina, requiere personal entrenado para su administración, o tiene efectos adversos indeseables, se crean barreras para una buena adherencia al tratamiento,³⁶ como se pudo apreciar entre los participantes de este estudio.

Ahora bien, “ninguna persona considera los efectos benéficos de la insulina en el tratamiento de su enfermedad. Al contrario, su empleo siempre conlleva opiniones negativas o a su rechazo franco”.³⁶⁻³⁸ Este hallazgo, en pacientes mexicanos, es similar al encontrado en nuestro estudio, lo que nos lleva a pensar que existe un saber popular sobre la diabetes y el tratamiento; extraño es que el modelo biomédico lo ignora, y el paciente y su cuidador, por temor al regaño, no lo expresan. Los cuidadores relatan que las personas cuidadas manifiestan cansancio con la ingesta de tantos medicamentos y el tener que inyectarse varias veces en el día, el auto monitoreo los lleva a desistir del tratamiento. El depender diariamente de la insulina hace que los pacientes diabéticos

sientan la enfermedad como altamente perturbadora para ellos y para su familia.³⁹⁻⁴¹

Es de resaltar la importancia de hacer seguimiento en el domicilio a los cuidadores familiares y personas cuidadas; es en este escenario tan olvidado por el sector salud donde vislumbra una serie de situaciones que hace que esta problemática de la no adhesión en el tratamiento, se vea más clara y comprensible; esto debe llevar a una concientización del profesional de la salud acerca de que el cuidado no sólo se brinda en el ámbito interno de la institución de salud, sino que se debe conocer el contexto externo donde estos actores conviven.

Como conclusión de este estudio se tiene que, desde la visión de los cuidadores familiares, la adherencia al tratamiento de las personas con DM2 es escasa, siendo múltiples los factores que influyen en ella, como: la percepción subjetiva de la enfermedad, la condición socioeconómica, la imposición de esquemas de tratamiento, la alimentación, la calidad de la atención que se presta en las instituciones de salud, entre otros.

Se sugiere que se deben realizar programas interdisciplinarios que incluyan al cuidador familiar de personas con enfermedades crónicas, con el fin de detectar e intervenir en forma oportuna los factores que afectan la adherencia al tratamiento, como en este caso, de los pacientes con DM2.

Referencias

1. Ibarra E. Años de vida productivos perdidos por complicaciones crónicas de diabetes mellitus en población económicamente activa. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2002. 43p.
2. Barceló A, Peláez, M, Rodríguez L, Meiners, M. Prevalencia de la diabetes entre adultos mayores en siete países de América Latina y el Caribe: proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento). [Acceso 2010 Ago 16]. Disponible en: <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=6714>
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Primer Informe Nacional de la Calidad de la atención

- en salud. Incas Colombia 2009. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009. p.369.
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007.[acceso 2010 May 17]. Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co
 5. Villegas A, Abad SB, Faciolince S, Hernández N, Maya C, Parra L et al. El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín, Colombia, 2001-2003. *Rev Panam Salud Pública* 2006;20(6):393-9.
 6. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. 202p.
 7. Organización Mundial de la Salud. Lanzamiento del programa «Actuemos contra la diabetes, ya. [Internet]. [Acceso 2009 Jun 20]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr31/es/>
 8. Acosta M. Falta de adherencia en el enfermo diabético: un problema de salud pública. Investigación en salud. Universidad de Guadalajara. *Rev Fac Med UNAM*; 1998;41(2):76-9.
 9. Martínez MG, Moreno MG, Saucedo PF, Vázquez L, Medina SG, Liñan A. Modelo de manejo de casos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Invest Educ Enferm*. 2006;24(1):58-65.
 10. Rocchi B, Rodero C. Adherencia al tratamiento psicopedagógico: Definiciones, descripciones y factores asociados. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; Ministerio de Salud. 2007. p.60-77.
 11. Silva G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb*. 2005;30(1):268-70.
 12. Ortiz PM, Ortiz PE. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Med Chil*. 2005;133:307-13.
 13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization [Internet]. [Acceso 2009 Jul 28]. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
 14. XXXVII Curso Nacional de Actualización en Diabetes ACMI. Medellín; abril 3-4 de 2009. Medellín: Asociación Colombiana de Medicina interna, Federación Diabetológica Colombiana; 2009.
 15. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. [Acceso 2009 Mar 30]. Disponible en: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
 16. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. [Acceso 2009 Nov 22]. Disponible en: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>
 17. Hope K, Waterman H. Praiseworthy pragmatism? Validity and action research. *J Adv Nurs*. 2003; 44(2):120-7.
 18. Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson k, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J Qual Meth [revista en Internet]* 2002;1(2). [Acceso 2010 Jun 15]. Disponible en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/morseetal.pdf
 19. República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones Colombia. [Internet]. [Acceso 2011 May 17]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base-doc/ley/1993/ley_0100_1993.html
 20. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med*. 2005;22(10):1379-85.
 21. Hatcher E, Whittemore R. Hispanic adults' beliefs about type 2 diabetes: clinical implications. *J Am Acad Nurse Pract*. 2007;19(10):536-45.
 22. Siminerio LM, Funnell MM, Peyrot M, Rubin RR. US nurses' perceptions of their role in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Educ*. 2007;33(1):152-62.
 23. McFarland M, Leininger M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Marrier A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: MOSBY-Elsevier; 2007.p.472-93.

24. Peyrot M, Rubin RR, Siminerio LM. Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*. 2006;29(6):1256-62.
25. Price J, Muñoz LA. Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. *Invest. Educ Enferm*. 2003; 21(1): 38-46.
26. Latham CL, Calvillo E. A health protection model for Hispanic adults with Type 2 diabetes. *J Clin Nurs*. 2007;16(7B):186-96.
27. López KH, Ocampo B. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Arch Med Fam*. 2007;9(2):80-6.
28. Pinto N, Sánchez B. El reto de los cuidadores familiares: cuidadores de personas en situación crónica de enfermedad. En: Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería. *Cuidado y Práctica de Enfermería*. Bogotá: Unibiblos; 2000. p.182.
29. Two Feathers J, Kieffer EC, Palmisano G, Anderson M, Sinco B, Janz N, H et al. Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH) Detroit partnership: improving diabetes-related outcomes among African American and Latino adults. *Am J Public Health*. 2005;95(9):1552-60.
30. Murphy K, Casey D, Dinneen S, Lawton J, Brown F. Participants' perceptions of the factors that influence Diabetes Self-Management Following a Structured Education (DAFNE) programme. *J Clin Nurs*. 2011;20(9-10).
31. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2002; 1(3):76-94.
32. Zastowny T, Roghmann K, Hegst A. Satisfaction with medical care. Replications and theoretic reevaluation. *Med Care*. 1983; 21(3):294-322.
33. Ortiz M, Ortiz E. Adherencia al tratamiento en adolescentes chilenos diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Med Chile*. 2005;133(3):307-13.
34. Municipio de Medellín. Subdirección de Metroinformación. Unidad de clasificación socioeconómica y estratificación. Encuesta calidad de vida para Medellín. Población por estrato de la vivienda según comuna o corregimiento. 2004. [acceso 2010 Ago 10]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/datosEstadisticos/obj/pdf/03-1%20Poblacion%20ECV%202004.pdf>
35. Peralta ML, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2008;17(3):84-8.
36. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR et al. International DAWN Advisory Panel. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*. 2005;28(11):2673-9.
37. Ardeña GJ, Paz-Pacheco E, Jimeno CA, Lantion-Ang FL, Paterno E, Juban N. Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community: phase I of the community-based Diabetes Self-Management Education (DSME) Program in San Juan, Batangas, Philippines. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;90(2):160-6.
38. Lowe J, Linjawi S, Mensch M, James K, Attia J. Flexible eating and flexible insulin dosing in patients with diabetes: results of an intensive self-management course. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;80(3):439-43.
39. Mercado FJ. Entre el infierno y la gloria: la experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México. Universidad de Guadalajara; 2002. p.254-5.
40. Muñoz LA. La enfermedad vino para quedarse. *Rev ciencia y enferm*. 1995;1(1):43-51.
41. von Goeler DS, Rosal MC, Ockene JK, Scavron J, De Torrijos F. Self-management of type 2 diabetes: a survey of low-income urban Puerto Ricans. *Diabetes Educ*. 2003;29(4):663-72.