



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE D.F.**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

**EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL
PACIENTE ADULTO MAYOR A TRAVES DE GRUPOS FOCALES,
EN EL CENTRO DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y
LOS ADULTOS MAYORES**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SILVESTRE FEDERICO GARCÍA HERRERA

México, D. F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL PACIENTE
ADULTO MAYOR A TRAVES DE GRUPOS FOCALES, EN EL CENTRO DE
ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA:

SILVESTRE FEDERICO GARCÍA HERRERA

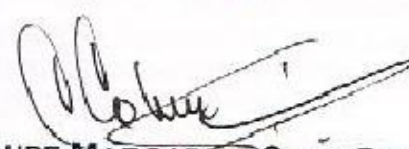
AUTORIZACIONES:




DRA. MARTHA BEATRIZ CORONA HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES CON SEDE EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 14



MC. VÍCTOR MANUEL AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
ASESOR DE TESIS



DRA. GUADALUPE MARGARITA CRUZ COLUNGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERONTOLOGÍA
INVESTIGADOR ASOCIADO



DRA. LAURA OLALDE MONTES DE OCA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 14

**EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL PACIENTE
ADULTO MAYOR A TRAVES DE GRUPOS FOCALES, EN EL CENTRO DE
ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

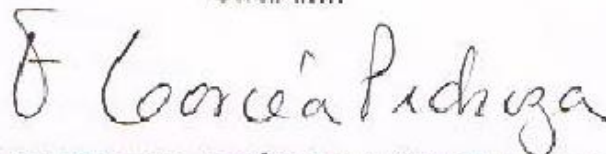
PRESENTA:

SILVESTRE FEDERICO GARCÍA HERRERA

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

*Me es imposible no agradecer por su comprensión, sugerencias y apoyo a
Exendira mi esposa y Lennin mi hijo.*

INDICE

Título	1
Índice general	4
Resumen	5
Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	6
Planteamiento del problema	12
Justificación	13
Objetivos	14
Metodología	15
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	18
- Variables	19
Resultados	22
- Descripción de los resultados	
- Tablas y gráficas	
Discusión y Conclusiones	41
Referencias bibliográficas	45
Anexos	48

RESUMEN

EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR A TRAVES DE GRUPOS FOCALES, EN EL CENTRO DE ATENCION A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES.

INTRODUCCION

Las percepciones que expresa el paciente adulto mayor diabético Tipo2 en el apego al tratamiento, en el uso de medicamento es reportado como alto, no así para la dieta y actividad física requerida para el reajuste del estilo de vida.

En la entrevista focalizada, asegurando que los participantes tengan una experiencia y opinión sobre la temática o hecho de investigación; requiere de un guion de funcionamiento que reúna los tópicos a desarrollar hipótesis o caracterizaciones.

OBJETIVO

Identificar los motivos de incumplimiento de la adherencia terapéutica, farmacológica y del estilo de vida en el adulto mayor

MATERIAL Y METODOS

Se investigo en adultos mayores del CASAAM incluidos en 4 grupos focales.

RESULTADOS.

En las indicaciones que hace el médico debe fortalecer la educación diabeto-lógica para que los pacientes entiendan la acción del medicamento, los síntomas experimentados y los beneficios sobre el control de la enfermedad. Incluyendo el entrenamiento para la adecuada interpretación de los síntomas que señalan la necesidad del medicamento o incluso desbalances debido a la alimentación inadecuada o una actividad física insuficiente. El cambio de estilo de vida del paciente diabético adulto mayor requiere del esfuerzo constante y sostenido del grupo de salud considerando que se están tratando de modificar hábitos muy arraigados con los recursos familiares y del sistema de salud reducidos.

Palabras clave: adherencia terapéutica, metodología cualitativa, entrevista focalizada.

Antecedentes.

La adherencia terapéutica es un problema mundial de alarmante magnitud, en países desarrollados, varios estudios describen que en pacientes que padecen enfermedades crónicas, en promedio, solo la presenta el 50 %y suponen que en los países en vías de desarrollo la adherencia es más deficiente dada por la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención a la salud.^{1, 2}

En la Diabetes Mellitus Tipo 2 la adherencia terapéutica se debe abordar en forma independiente para cada uno de los factores, es decir auto monitoreo de glucemia, administración de insulina, hipoglucemiantes orales,, régimen alimentario, actividad física, cuidado de los pies, y prácticas de auto cuidado en vez de medir la adherencia terapéutica de manera general.

La adherencia terapéutica se da en el contexto en el cual el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad para asistir a citas programadas, tomar sus medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas recomendadas.¹

La diabetes mellitus constituye un grupo de enfermedades (diabetes t-1; diabetes t-2; diabetes gestacional y otras de causas específicas menos frecuentes.) caracterizadas por glucemias altas secundarias a defectos en la secreción de la insulina, la acción de la insulina o ambas.¹

La diabetes es altamente prevalente, afecta aproximadamente a 150 millones de personas en el mundo en 1999,² se prevé que esta cifra aumente al doble en el 2025, es decir a 300 millones de diabéticos. Gran parte ocurrirá en los países en vías de desarrollo y será producto del envejecimiento de la población, el régimen alimentario insalubre, la obesidad y el modo de vida sedentario.³

En diabetes tipo-1 que aparece entre 5-10%, el paciente con cetoacidosis diabética es una causa significativa de mortalidad en personas jóvenes, a menudo requieren hospitalización y, en la mayoría de los casos, la presunta causa es la adherencia deficiente al tratamiento con insulina.³

La diabetes tipo-2; representa el 90% de los casos, es caracterizada por: el sobrepeso y es causada por la resistencia a la insulina: Por consiguiente el control de peso mediante dieta y actividad física, es la piedra angular del tratamiento. Sin

embargo a lo largo en la trayectoria de la enfermedad las células beta del páncreas disminuyen su función, por lo que el paciente requiere medicamentos orales e insulina exógena.

La diabetes gestacional representa del 2 al 5% de todos los embarazos, pero desaparece después del parto, acompañándose frecuentemente de los factores de riesgo: Raza, grupo étnico y antecedentes familiares de diabetes y obesidad.

Otros tipos de diabetes específicos son producto de síndromes genéticos por: Cirugía medicamentos, malnutrición, infecciones y enfermedades de otro tipo y explica del 1 al 2% de los casos diagnosticados de diabetes.

En México en la encuesta nacional de enfermedades crónicas 1993. (ENEC 1993) Se informó una prevalencia general del 8.2% y de 21% en adultos mayores de 60 a 69 años.

En el IMSS la diabetes es responsable del 5% de las consultas de medicina familiar en el 2002; que genero 62 745 egresos, lo que representa 3 % del total de los egresos y provoco 17 042 defunciones equivalente a 18 % del total de las defunciones del IMSS. En el mismo año la diabetes ocupo el primer lugar de causas de muerte en mujeres y el segundo lugar en hombres.

Las instrucciones médicas puede estar cerca al 50%, y puede variar de un 20 a un 80% en el caso de pacientes con regímenes de insulina inyectable; 65% hacia las indicaciones dietéticas; de un 57% a un 70% para el caso de las mediciones de glucosa; de un 19% a un 30% para las indicaciones de actividad física y se ha reportado que apenas un 7% de los pacientes diabéticos cumple con todos los aspectos de su régimen.⁴

En los mayores de 65 años la diabetes afecta generalmente al sexo femenino (entre el 60 y 70% de los casos son mujeres) justificado por la esperanza de vida, el cuadro clínico suele ser oligosintomático, de comienzo solapado, y en muchas ocasiones asociada a la obesidad. Aunque también puede presentarse con la triada clásica integrada por poliuria, polidipsia y polifagia, esta no es una forma de presentación habitual, sino que se descubre en la práctica rutinaria con síntomas inespecíficos, astenia, adinamia, cansancio, prurito vulva o datos de infecciones de vías urinarias frecuentes, que hacen sospechar de la alteración metabólica.¹⁵

Se presenta complicaciones crónicas tanto microangiopatías (retinopatía, poli neuropatía, o ambas) como macroangiopatías (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, vasculopatía arterial periférica), así como complicaciones agudas, entre ellas, el estado hiperosmolar no cetósico y los episodios frecuentes de hipoglucemia. Y además con las enfermedades coexistentes que el paciente sufre, usa para su tratamiento hiperglucemiantes, tales como: diuréticos, esteroides, fenitoina, niacina, efedrina, entre otros.⁵

La paradoja en salud pública es que aproximadamente el 50 % de los afectados se desconoce como diabético, de entre el 20 y 90% de los que se saben enfermos no recibe o no cumple con su tratamiento. Solo 68 % de los casos es diagnosticado de manera casual, tardía y como consecuencia de las complicaciones.⁴

En el paciente diabético, la calidad de vida está relacionada con el control metabólico, que a su vez depende de factores psicosociales y conductuales, en el paciente geriátrico en particular la depresión, la ansiedad, y los sentimientos de indefensión, se suman los temores por su condición de diabético, lo que puede incidir negativamente en su estado psíquico y conducirlo al descontrol metabólico.

En el estudio de la respuesta adaptativa a la enfermedad inciden diversas áreas: La percepción de la severidad de la enfermedad, su repercusión psicológica, las molestias asociadas, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud. Y entre los factores que pueden modificar el cumplimiento del tratamiento en la respuesta adaptativa, están los siguientes factores: la edad avanzada, el deterioro cognitivo, la comorbilidad, el deterioro de la capacidad funcional, la depresión y el apoyo social.⁵

1. El deterioro del estado intelectual o cognitivo puede afectar la orientación, la memoria, el pensamiento, y otras funciones corticales superiores. El deterioro está asociado a la edad se presenta como un trastorno leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde olvidos cotidianos, transitorios, meramente subjetivos, hasta serios trastornos de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia.

2. La edad, explica una parte de la varianza en el funcionamiento, se informa en la literatura médica que a partir de los 75 años se produce la disminución, más sensible que en etapas anteriores de la vida, de la comprensión verbal, y el razonamiento solo por el incremento por la edad. Esta situación se agrava por la incidencia de la demencia, cuya tasa en Estados Unidos y países de Europa casi se duplica a partir de los 75 años.³

3. La comorbilidad, en la prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial, refleja que el 30 % de los senescentes padece 3 o más enfermedades crónicas y que unas con otras interactúan en detrimento de su salud.

4. Deterioro o pérdida de la capacidad funcional: es la causa fundamental de parte de los problemas médicos, económicos y sociales del anciano. La funcionalidad debe entenderse como la habilidad para realizar todas sus actividades de la vida diaria que aseguren su bienestar.

5. La depresión; que es el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez, y se estima que en el 15% de las personas que superan los 65 años padece

depresión y existe una clara correlación de vivir solos. Muchos ancianos pueden vivir en situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas (familiares, amigos, compañeros del hogar de jubilados). Al parecer la vida está saturada de temores, peligros, angustia, y serias complicaciones.

6. El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. El apoyo social visto en forma integral no solo aporta ayuda material, sino como aceptación, afecto y afirmación de la persona.¹⁴

Entre los factores o dimensiones que conforman la respuesta adaptativa a la enfermedad se encuentran⁵ la percepción de la severidad de la enfermedad, su repercusión psicológica, las molestias asociadas, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud. Cada paciente confiere un determinado significado o connotación a su enfermedad, lo cual puede percibirse como un alivio a responsabilidades y situaciones personales, es decir, como un beneficio, o más frecuentemente como un evento estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo. En función de ello, la persona asume, en mayor o menor grado, las exigencias que implica vivir con la enfermedad. El padecimiento de una enfermedad ya implica una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, saber cómo vivir con ella es esencial para evitar el desarrollo de complicaciones a corto y largo plazo. Las barreras o problemas con el cumplimiento del tratamiento se observan siempre que se requiere de su auto-administración, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud. Son muchos los factores que contribuyen a generar barreras para el cumplimiento del tratamiento indicado. Aunque algunos de estos factores se relacionan con la persona, influyen también, notoriamente, las características de la enfermedad y su proceso, y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y de prestación de servicios.

Entre las barreras más frecuentes para el cumplimiento del tratamiento se destacan las psicológicas y las de orden económico. Es reconocida la relación entre salud y personalidad, esta última como reguladora y autor reguladora del comportamiento humano a través de funciones como la autodeterminación, la flexibilidad, la variedad de intereses y proyectos futuros. El estrés o tensión emocional, la desesperanza y los sentimientos negativos, el temor a la dependencia, el sentirse estigmatizado por la enfermedad, la angustia por los posibles efectos adversos del tratamiento, otorga un papel importante a los factores psicológicos como aspecto definitorio dentro del sistema de elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad.^{5, 6} Al factor socioeconómico también se le atribuye un efecto considerable sobre el cumplimiento del tratamiento. El nivel socioeconómico deficiente, la carencia de redes de apoyo social efectivas, las precarias condiciones de vida, las creencias, inhibidores sociales y mitos populares acerca de la enfermedad y el tratamiento; las familias disfuncionales, la pobreza, el analfabetismo y el desempleo, son algunos factores que influyen en el buen cumplimiento del tratamiento.³ Por su parte, la conducta de salud está mediada por el sistema de conocimientos, percepciones, creencias

que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar su salud o para adaptarse adecuadamente a su condición de persona enferma, la confianza en su capacidad para involucrarse en los comportamientos terapéuticos de la enfermedad y las expectativas con respecto a los resultados del tratamiento, así como por sus actitudes, el desarrollo de los procesos volitivos y las características de sus procesos cognitivos. Otro aspecto a considerar es las redes de apoyo social y los recursos con que cuenta para la ejecución de las prescripciones.⁷

Uno de los modelos cognitivos–conductuales en la actualidad lo utilizan los investigadores como una herramienta para explicar e investigar sobre los factores determinantes de la adherencia terapéutica; el modelo de creencias en salud se apoya en la percepción de la amenaza y en las creencias en cuanto a las posibilidades o eficacia de las medidas para el control o eliminación de ésta.⁸

En los postulados centrales en que se apoya el Modelo de Creencias de Salud (MCS) se plantea que los individuos (en el caso particular el adulto mayor) presentarán una adecuada adherencia terapéutica sí.

Poseen los niveles necesarios de motivación e información relevante para la salud.

Se perciben a sí mismos como vulnerables o en posibilidad de enfermar.

Perciben a la enfermedad como algo potencialmente grave o amenazante.

Están convencidos de la eficacia de la intervención para evitar la amenaza o la enfermedad, encuentra o perciben como sencillas las medidas para llevar a cabo las prescripciones.

Las configuraciones psicológicas implicadas en la adherencia terapéutica.⁹ Dos configuraciones psicológicas que se delimitaron en la investigación, las cuales agrupan de manera cualitativa las unidades psicológicas tanto estructurales como de dinámica y funcionamiento presentes en las configuraciones individualizadas de cada sujeto estudiado, que identificaron como relevantes para la no adherencia al tratamiento o para favorecer la misma. La configuración psicológica no favorecedora para la adherencia se denominó convencionalmente: “resistencia a la salud” y la favorecedora: “persistencia en la salud”. En estas se integran de manera dinámica unidades psicológicas de distinto grado de complejidad, así como aspectos funcionales de la personalidad que movilizan el comportamiento del individuo hacia la expresión de los componentes que integran la estructura y dinámica de la adherencia al tratamiento, en sentido favorecedor del comportamiento esperado o para colocarlo en riesgo de no asumirlo.

La configuración “resistencia a la salud”, no favorecedora para la adherencia se caracteriza por la presencia de autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración que estimula la percepción debajaauto eficacia personal, la falta de organización individual de un proyecto de vida con poca o ausencia de capacidad

para estructurar la dimensión futura con base en la rigidez de los procesos cognitivos que permitan las búsquedas de alternativas y soluciones productivas, una representación inadecuada de la enfermedad que hace al sujeto no percibirse en riesgo ni vulnerable y en consecuencia presentar falta de autorresponsabilidad en el proceso salud- enfermedad expresado en el predominio de un locus de control externo y poca estructuración de la voluntad.

La configuración “persistencia en la salud” favorecedora de la adherencia se caracteriza por similares unidades psicológicas estructurales y funcionales que la anterior, pero en este caso se especifican hacia su dimensión positiva. Se aprecia organización individual de un proyecto de vida con capacidad para estructurar la dimensión futura y una representación adecuada de la enfermedad con una percepción de esta como amenazante que genera en el individuo la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad expresado en un locus de control interno, fortalecida la voluntad con esfuerzo volitivo orientado a la búsqueda de soluciones. La autovaloración adecuada o inadecuada con tendencia a la sobrevaloración estimula la percepción de auto eficacia de las acciones realizadas con vistas a mantener la salud.

La adherencia terapéutica en el adulto mayor que padece una enfermedad crónica, se expresa como un comportamiento humano que incluye las creencias y actitudes implicadas en la salud y en la expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma, que se conjuga con la aplicación colaborativa del profesional de la salud; entonces, las causas o motivos centrales del comportamiento dan como resultado mejores niveles de adhesión. Es decir mi tesis se limita a sintetizar, como es que piensan los adultos mayores y que es lo que hacen con el apego al tratamiento cuando padecen diabetes mellitus tipo 2, así como tratar de explicar por qué es que piensan y hacen esto.

La investigación cualitativa en un enfoque de salud-enfermedad demuestra la variedad de perspectivas sobre el objeto (las del paciente, de sus familiares, de los profesionales) y parte de los significados subjetivo y social relacionados con ella. Este tipo de investigación estudia el conocimiento y las prácticas de los participantes; analiza las interacciones acerca de la enfermedad y las maneras de enfrentarse a ella en un campo particular. Se describen interrelaciones en el contexto concreto del caso y se explican en relación con él. La investigación cualitativa toma en consideración que los puntos de vista y las prácticas en el campo son diferentes a causa de las distintas perspectivas subjetivas y los ambientes sociales relacionados con ellas.

La investigación cualitativa trabaja sobre todo con dos clases de datos: a) Los datos verbales se recogen en entrevistas semiestructuradas como narraciones, utilizando en ocasiones grupos en lugar de individuos (entrevistas de grupo y debates, grupos de discusión, narraciones conjuntas); b) Los datos visuales

derivan de aplicar los diversos métodos de observación, que van de la observación participante y no participante a la etnografía y el análisis de fotografías y películas. Los datos verbales y visuales se transforman en textos documentándolos y transcribiéndolos.²⁰

Dentro de la investigación cualitativa se encuentra la técnica de grupos focales en la cual se priorizan la información horizontal, es decir, entre los miembros del grupo, que incluyen el intercambio de anécdotas y los comentarios acerca de sus experiencias y puntos de vista. En el campo de la salud se han convertido en un popular método para explorar conocimientos y experiencias, y pueden ser usados para examinar no solo lo que la gente piensa, sino, cómo piensa y por qué piensa de determinada manera. Esta técnica favorece la exploración y clarificación de los puntos de vista de las personas en una medida en que las entrevistas individuales o grupales no las alcanzan.

Para la selección de pacientes existe consenso entre los expertos en que los grupos focales deben estar conformados por no menos de 4 participantes y no más de 10. La variación dependerá de los objetivos del proyecto y de los recursos de que se disponga.

En los grupos focales, la forma en que se analizan los datos no difiere en esencia de lo que se hace en cualquier otra técnica cualitativa, desde la lectura general de los datos, hasta la contextualización de la información. Debe evitarse la expresión porcentual de los resultados, aunque no descartarse del todo. Es importante distinguir entre las opiniones individuales expresadas y las de consenso. Como en todo análisis cualitativo, los casos negativos deben ser tenidos en cuenta, es decir, aquellas expresiones que no se ajustan al consenso grupal.²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las características de los cambios de la estructura poblacional afecta el comportamiento de la transformación epidemiológica de la población envejecida, las tasas altas en fecundidad hasta 1970 y la disminución de la mortalidad en las últimas décadas han generado aumento de la población adulta. La población envejecida se irá incrementando en las siguientes décadas de este siglo, en las estimaciones son a partir del año 2030. Esta situación desplaza las causas de mortalidad de enfermedades infecto-contagiosas a las enfermedades crónicas degenerativas. Y el aumento de demanda del servicio de salud en razón del incremento de incidencia y prevalencia de las enfermedades de los adultos, las

enfermedades crónicas. ¹

La mejora del apego al tratamiento es primordial en el control de las enfermedades crónicas que por sus altos costos para los sistemas de salud, para las familias y sobre todo compromete la calidad de vida de quien las padece.^{2, 12}

A nivel mundial el problema de la adherencia terapéutica es de alarmante magnitud. En el control de los pacientes han encontrado en los países desarrollados que la adherencia terapéutica de los enfermos crónicos promedia solo el 50% del que las padece y se cree que en los países en desarrollo la magnitud y las repercusiones de la adherencia es más deficiente, dada la escases de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de su salud.³

La adherencia terapéutica no solo tiene aristas sociales, ambientales, e interpersonales, también incluye toda una complejidad psicológica que requiere un análisis detallado para comprender como los procesos cognitivos y de comparación social impactan las experiencias y las decisiones del paciente.^{5, 6}

Una prioridad a estudiar en la adherencia terapéutica es la investigación de los determinantes que se puede plantear con las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las causas y creencias de la falta de adherencia terapéutica del paciente adulto mayor a través de grupos focales en el centro de atención social a la salud de las y los adultos mayores?

JUSTIFICACIÓN

El fracaso terapéutico, la no adherencia o falta de apego al tratamiento aumenta la probabilidad de complicaciones innecesarias en el adulto mayor. El apego al tratamiento y el control que se obtiene de las enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, y la dislipidemia (más frecuentes en ancianos) estiman un incumplimiento superior al 40 % que aumenta con el tiempo. Aunque la edad no es un factor predictivo de adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano si lo son; la información disponible sugiere que el aumento de médicos prescriptores, la poli medicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano.^{2, 3}

La OMS considera que la adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas es un tema prioritario para la salud pública, para lo cual se requiere estudiar desde su concepto de la adherencia, los métodos para medirla, los determinantes de la no adherencia su relevancia y las intervenciones para mejorarla.²

Las percepciones que expresa el paciente adulto mayor permiten entender sus

interpretaciones sobre su enfermedad, sus complicaciones y su manejo. En el apego al tratamiento el uso de medicamento es reportado como alto, no así para los comportamientos de adhesión a la dieta y actividad física que requieren un reajuste en el estilo de vida. Con este preámbulo de circunstancias se requieren diseñar estrategias de intervención y guiar la definición de sus metas y objetivos en la adhesión al tratamiento. El cambio de estilo de vida del paciente adulto mayor diabético, 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 muy reducidos. Este panorama de circunstancias motivo abordar esta investigación, explorando y evaluando el comportamiento del adulto mayor a través de entrevistas focalizadas en pacientes diabéticos en relación al apego al tratamiento.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la adherencia terapéutica del paciente adulto mayor a través de grupos focales en el centro de atención social a la salud de las y los adultos mayores.

Objetivos específicos:

Identificar y analizar a través del análisis del contenido las opiniones individuales expresadas y las de consenso. El modelo de creencias en salud y los motivos de incumplimiento de la adherencia terapéutica. Y las metas que tiene el adulto mayor en relación a su plan de vida, como participa la voluntad y la experiencia en el apego al tratamiento de la diabetes, que expreso el grupo de adultos mayores durante las entrevistas del grupo focal, considerando el material grabado, transcrito.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo exploratorio a través de una entrevista semi-estructurada aplicada a grupos focales. (19)

El tamaño de la muestra y la elección de los pacientes es por conveniencia de acuerdo a lo que exige la metodología de grupos focales, y que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

Paciente de 65 años y más.

Ambos sexos.

Que estén sanos o bien, controlados de sus padecimientos crónicos o agudos.

Que haya asistido por lo menos en 3 ocasiones a vigilancia médica de su padecimiento.

Que deseen participar en forma autónoma en la investigación.

Criterios de exclusión:

Que padezca demencia senil, depresión profunda u otros padecimientos que le impidan participar en un grupo focal.

Que sufra de sordera y no tenga aparatos para compensar la audición.

Que no cumpla con las sesiones pactadas por la investigación.

Procedimiento

Se seleccionaron adultos mayores de más de 65 años, que padecen diabetes mellitus tipo 2 de más de un año de evolución y que por lo menos hayan asistido en 3 ocasiones a consulta con el médico, donde exploraron mediante una entrevista semi-estructurada, el modelo de creencias de salud y los motivos de incumplimiento de la adherencia terapéutica. Sin importar que presentaran otros padecimientos.

Se entrevistaron 4 grupos, los cuales se organizaron de la siguiente manera: (grupo 1) con 7 participantes, (grupo 2) con 7 participantes, (grupo3) con 6 participantes y el (grupo 4) con 5 participantes. Se complementó la información de identificación y datos generales de los participantes con la base de información del Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores. (CASSAAM).

El grupo focal 1. De los 7 participantes su rango de edad fue de 65 a 84 años. Conformado por 4 hombres y 3 mujeres, con 4 viudos, 2 casados, y 1 divorciado, con escolaridad primaria completa 5 y dos con primaria incompleta. Originarios 4 de ellos del Distrito Federal, uno de Guanajuato, uno de Michoacán y uno de Oaxaca. Los 7 integrantes son católicos, Viven solos 3 de ellos, 2 viven con su

pareja y 2 de ellos viven con familiares. Los 4 viudos reciben apoyo de su familia, los casados tiene apoyo únicamente de su pareja, y la paciente divorciada tiene apoyode su familia y de su ex esposo. La fuente de sus ingresos: de 4 de ellos son pensionados, 2 con apoyo familiar y uno con ayuda de asociación civil. Los 7 sufren diabetes mellitus tipo 2 con un rango de cronicidad de 1 a 20 años. 6 de ellos sufren también hipertensión arterial, de ellos solo uno presenta nefropatía hipertensiva de reciente diagnóstico, otro presenta nefropatía diabética de 5 años de evolución y un año con diálisis peritoneal. Cuatro de ellos tienen polifarmacia y 3 de ellos no.

El grupo focal 2. De los 7 participantes su rango de edad fue de 65 a 84 años. Conformado por 2 hombres y 5 mujeres, con 2 viudos, 5 casados, con escolaridad primaria completa son 6y uno con secundaria completa. Originarios 5 de ellos del Distrito Federal, uno de Guanajuato, uno del Estado México. Los 7 integrantes son católicos.Uno de ellos vive solo, 3 viven con su pareja y 2 de ellos viven con familiares. Los 2 viudos reciben apoyo de su familia, 3 de los casados tiene apoyo de su pareja, y uno de los paciente casado vive solo y tiene apoyo de su familia, otra de las casadas vive con sus familiares sin su pareja. La fuente de ingresos: 2 son pensionados, 5 con apoyo familiar. Los 7 sufren diabetes mellitus tipo 2 con un rango de cronicidad de 6 a 28 años. 7 de ellos sufren también hipertensión arterial, de ellos solo una presenta nefropatía hipertensiva de reciente diagnóstico, 5 de ellos presenta dislipidemia, una con gastritis y otra con neuropatía diabética. Seis de ellos tienen polifarmacia y 1 de ellos no.

Grupo focal3.De los 6 participantes su rango de edad fue de 65 a 84 años. Conformado por 1 hombres y 5 mujeres, con 2 viudas, 4 casadas. Con escolaridad primaria completa son6. Originarios 1 de ellas del Distrito Federal, 1 de Hidalgo, 2 de Oaxaca, 1 de San Luis Potosí y 1 de Tlaxcala. Los 6 integrantes son católicos, Una de ellas vive sola, 2 viven con su esposo, 1 de ellas viven con familiares y 2 de ellas viven con sus hijos. Las 2 viudas reciben apoyo de su familia, las 4 casadas tiene apoyo de su pareja y de sus hijos. La fuente de ingresos: las 6 reciben apoyo familiar. Las 6 sufren diabetes mellitus tipo 2. Con un rango de cronicidad de 2 a 20 años. 5 de ellas sufren también hipertensión arterial ,2 de ellas presenta cardiopatía isquémica, 2 de ellas presentan glaucoma, uno presenta insuficiencia venosa y rinitis alérgica.1 de ellas presentas dislipidemia, 1 de ellas presenta gastritis, una presenta catarata y otra presenta Purpura trombocitopénica. Cuatro de ellas tienen polifarmacia y 2 de ellas no.

Grupo focal 4. De los 5 participantes su rango de edad fue de 65 a 81 años. Conformado por 2 hombres y 3 mujeres, con 3 viudos, 1 casados, y 1 divorciado, con escolaridad primaria completa 4 y uno con secundaria completa. Originarios 4 de ellos del Distrito Federal, uno de Hidalgo. Los 4 integrantes son católicos y uno evangelista, Viven solos 2viudos, 1 de los viudos vive con sus hijos, el casado vive con su pareja y el divorciado vive con sus hijos. Los 3 viudos reciben apoyo de su familia, el casado tiene apoyo de su pareja, y la paciente divorciada tiene apoyo su familia. La fuente de ingresos:2son pensionados, 3 con apoyo familiar. Los 5 sufren

diabetes mellitus tipo 2 con un rango de cronicidad de 2 a 34 años. 5 de ellos sufren también hipertensión arterial, de ellos uno presenta Insuficiencia Venosa, osteoartritis, dislipidemia y glaucoma, otro presenta catarata y nefropatía diabética, otro presente cardiopatía isquémica, gonartrosis y otro catarata y colon irritable. 2 de ellos tienen polifarmacia y 3 de ellos no la tienen.

Previo al día de la entrevista se les recordó de la participación al grupo focal a través de la promotora en cargada de los grupos de autoayuda y se les indico el propósito del estudio. El día de la entrevista se les explico nuevamente el propósito del estudio y se les enfatizo el carácter voluntario del mismo.

El protocolo de estudio fue presentado y registrado en el Comité de Investigación del IMSS Delegación Noroeste Dr. Aguilar Jefe del Área de Investigación y fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud (3516) UMF No.3 Delegación Norte.

Para la conducción de los grupos focales fue elaborado un guion semi-estructurado de acuerdo a 6 apartados:

- I. Características personales: Edad, sexo, estado civil, escolaridad, comorbilidad, origen poblacional, religión, Con quien vive, apoyo familiar, ingresos económicos, tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidad y polifarmacia.
- II. Características de la enfermedad y del tratamiento: las creencias, susceptibilidad, gravedad, complicaciones. Cumplimiento del tratamiento, sus efectos, control y prevención.
- III. Características de las señales para la acción: Síntomas, control clínico, de laboratorio y efectividad percibida y la automedicación.
- IV. Características para cumplir con las metas de adhesión al tratamiento: Actividad física, dieta, cambio de hábitos, medicamentos, controles instrumentales, cuidados específicos: cuidados de pies, curaciones, consultas., Si existen metas en la atención a su salud en relación a su plan de vida, como participa la voluntad y la experiencia en el apego al tratamiento de la diabetes.
- V. Características interpersonales, relación medico paciente, confianza, apoyos de la familia (de información y ayuda materia y/o afectivo), personaje más importante en el cuidado de la salud y en la atención medica.
- VI. Características del ambiente: La institución cumple en la atención médica, barreras y obstáculos en su tratamiento, la rutina cotidiana, los cambios en el hogar, en el trabajo, el acceso geográfico, económico, cultural y la trascendencia médica y social.

Con el propósito de explorar las razones subyacentes a las dificultades experimentadas para controlar la diabetes y evitar las complicaciones.

La Guía incluye preguntas formuladas para explorar la aceptación de la enfermedad, severidad, obstáculos del apego al tratamiento, beneficios del tratamiento, señales para la acción, auto eficacia, fuente y efectividad de apoyo familiar y social.

Las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas 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 representan.

Para corroborar la adecuación de las categorías, sub categorías, y la codificación de la información derivadas de las sesiones de asesoría y análisis indicado por el investigador-asesor.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la firma del consentimiento informado aceptando participar en la investigación. La intervención del médico investigador no modificó ni interfirió con la realización de la investigación y se cuidaron los aspectos éticos. Se tomo en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en la 41 Asamblea Medica Mundial, Hong Kong en septiembre de 1989. Donde se hace énfasis en los siguientes principios básicos 5,6 y 9 que dicen:

5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y de los beneficios prevenibles tanto para las personas como para los terceros.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios, y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente el médico debe obtener el consentimiento informado otorgadolibrementemente por las personas, preferiblemente por escrito.

Tambiéne aplicaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, justicia, equidad y confidencialidad, en base a los siguientes artículos de Reglamento Federal y de la Ley General de Salud:

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20. Se entiende por consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

GUIA DE ENTREVISTA

<p>CARACTERÍSTICAS PERSONALES (se llenará previamente a las sesiones grupales)</p> <p>Edad Sexo Estado civil Escolaridad Originario Religión Con quien vive Apoyo de la familia Tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus Comorbilidad Polifarmacia</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO.</p> <p>Creencias de la enfermedad. Amenaza percibida: Susceptibilidad, severidad y sus complicaciones. Tratamiento, costos, beneficios y obstáculos o barreras. Tratamiento médico: su cumplimiento. Prevención: dieta, actividad física, control glucémico.</p>
<p>SEÑALES PARA LA ACCION</p> <p>Síntomas. Control clínico y de laboratorio Efectividad percibida Automedicación</p>
<p>CARACTERÍSTICAS PARA CUMPLIR CON LAS METAS DE LA ADHESION AL TRATAMIENTO</p> <p>Actividad física. Dieta. Cambio de hábitos. Medicamentos. Controles instrumentales. Cuidados específicos: cuidados de pies, curaciones, consultas. Experiencia, proyecto de vida, esfuerzo volitivo.</p>
<p>CARACTERÍSTICA INTERPERSONALES</p> <p>Tipo de relación médico-paciente. Apoyo social: pareja, familiares y amigos.</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE</p> <p>En ámbito del hogar, En ámbito del trabajo En el ámbito de la prestación de la atención Acceso a los servicios desde el ámbito económico, geográfico y cultural.</p>

RESULTADOS.

Dentro de los datos socio demográficos se encontró una edad promedio de 74.5 años, con un rango de edad entre 65 y 84 años. En cuanto al género 64% fueron mujeres y 36% hombres. En el estado civil, 52% casados, 28% divorciados y 16% son viudos. La escolaridad fue de la siguiente manera: primaria completa 84% primaria incompleta 8% y secundaria incompleta 8% respectivamente. Son originarios del Distrito Federal 56%, Oaxaca el 12%, Guanajuato 8%, Hidalgo 8%, Estado de México, Michoacán, San Luis Potosí y Tlaxcala 4% cada uno respectivamente. En caso de la religión 96% son católicos, evangelista 4%. Con quien vive el adulto mayor: El 28% vive solo, el 20% vive con su esposa, 20% vive con familiares, 16% vive con algunos de sus hijos, el 12% vive con esposo (a) y familiares y el 4% vive con hijos y familiares. El rubro de apoyo familiar: 56% recibe apoyo de la familia, el 24% recibe apoyo del esposo (a) y de la familia, 16% solo recibe apoyo del esposo(a) y solo 1 que representa el 4% no recibe apoyo de nadie. Fuente de ingreso: 60% recibe apoyo de la familia, 24% recibe pensión, 12% recibe pensión y tarjeta de la senectud, y 1 solo recibe de tarjeta de madres solteras que representa el 4%. En cuanto al tiempo de evolución de la diabetes mellitus Tipo 2. De un año de evolución solo 1 que representa el 4%, de 2 a 5 años de evolución 20%, de 6 a 10 años de evolución representa el 28%, de 11 a 15 años de evolución el 16%, de 16 a 20 años de evolución 12%, de 21 a 25 años de evolución 4%, de 26 a 30 años de evolución 12%, y de más de 30 años de evolución solo uno que representa el 4%. En cuanto a la comorbilidad que presentan los 25 participantes diabéticos: el 92% presenta hipertensión arterial, 48% sufren de dislipidemia, sufre el 12% que arroja cada uno de los diagnósticos de cardiopatía isquémica, enfermedad articular degenerativa, hipoacusia, glaucoma y catarata respectivamente, el 8% de cada uno de los siguientes diagnósticos sufre nefropatía diabética, insuficiencia venosa y gastritis. Y de los siguientes diagnósticos: Nefropatía hipertensiva, síndrome de caídas, neuropatía diabética, gonartrosis, osteoporosis, tiroiditis, colon irritable, rinitis alérgica y púrpura trombocitopenica arroja cada diagnóstico el 4% respectivamente. De todos los pacientes participantes presentan polifarmacia los que tiene prescritos más de 5 medicamentos son el 64% y el 36% tiene un tratamiento de 5 o menos medicamentos.

En la primera parte del esquema se presentan 2 componentes donde inicialmente se hace una descripción de la susceptibilidad y severidad percibida, en la primera se consideran los síntomas, descontrol de su dieta, creencias de aceptación de la

diabetes y metas en el control de su padecimiento. En la severidad percibida consideramos las complicaciones y su tratamiento médico estos elementos se pueden delinear como la amenaza percibida. También se valoran sus beneficios y costos para apegarse al tratamiento de su padecimiento. Así como sus barreras donde se incluyen los aspectos internos y externos.

En la segunda parte estos elementos pueden incidir y delinear la percepción de control y efectividad donde incluimos su experiencia y la fuerza de voluntad y la relación con sus metas en la vida; considerando el apoyo social donde se incluyen el apoyo familiar, el apoyo institucional, ya sea adhiriéndose o no a las recomendaciones hechas por el equipo de salud.

Por lo cual el conjunto de estas condiciones: A) la amenaza percibida, B) la percepción de control del su padecimiento y C) la influencia del apoyo social nos conduce a identificar las señales para la acción a fin de mejorar el comportamiento del apego al tratamiento de su padecimiento. (Ver anexo 3)

Finalmente se describen las razones que subyacen a la medicación, las estrategias y recursos de que disponen para controlar su enfermedad y para seguir las recomendaciones del equipo de salud.

A fin de describir las observaciones de su comportamiento en el logro del control metabólico estricto para controlar la diabetes y prevenir las complicaciones de la diabetes considerando una autovaloración adecuada, autorresponsabilidad en la cual sus creencias le permitan identificar la aceptación de su estado de salud y quizá considerando el cambio en sus metas de la vida con respecto a su padecimiento. Estas condiciones completan la descripción que presenta el paciente diabético adulto mayor y su apego al tratamiento.

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA.

Se identificaron 2 aspectos acerca de la percepción una acerca de los efectos adversos de la enfermedad (síntomas), descontrol de dieta o de padecer complicaciones. Primer término de no controlarse, se harán presentes los síntomas de la enfermedad dada su experiencia y observación de lo que ocurre con otros pacientes diabéticos conocidos, o en su caso se agravarán. Igualmente la enfermedad seguirá su curso deteriorando su salud que se sumaría a su deterioro natural como adulto mayor. En este sentido se les dificulta deslindar cual es el origen de las complicaciones.

BMS “me operaron de una hernia a raíz de ahí ya. (Es diabético) ¿Usted creyó que era diabético? “no, después de 5 años, pues yo comía de todo”...

JJR “ninguno de mi familia fue diabético, un hermano murió de un coraje” “yo digo que a lo mejor fue de diabetes paso algo así, pues antes no se sabía de que moría la gente, mi abuelita me decía que esos morían de coraje o de susto”.

REJ “antes se creía que la diabetes daba de un susto”.

DTG “... la degeneración por la edad y por la enfermedad... a esta edad ya uno no hace lo que hacía hace 20 años y pues también es parte de la enfermedad que es progresiva y mortal si no se atiende”

SEVERIDAD PERCIBIDA.

La percepción que el paciente tiene de los efectos de la enfermedad y sus complicaciones como graves se basa en 3 elementos: el nivel de incapacidad resultante, el tratamiento recibido (hipoglucemiantes o insulina) y la auto percepción de sano al compararse con los otros.

El factor más impactante cuando afecta la movilidad y la agudeza visual. O cuando hay un factor de riesgo que no le permite al paciente un tratamiento médico y /o quirúrgico de una complicación o comorbilidad; los pacientes atribuyen una mayor gravedad, mayor avance y dificultad para controlarla enfermedad como en el caso descontrol metabólico (descontrol de la dieta) y cuando deben utilizar insulina inyectada. Así los pacientes tienden a compararse con paciente de la misma edad y ver si se ven mejor librados y así se perciben más fuertes.

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

COMPLICACIONES.

GRUPO FOCAL 1(7 Participantes)

Perciben las siguientes complicaciones: 6 de ellos sufren también hipertensión arterial, de ellos solo uno presenta nefropatía hipertensiva de reciente diagnóstico, y otro presenta nefropatía diabética de 5 años de evolución y un año con diálisis peritoneal.

MLZ “cuando me dijeron que era diabética si me deprimió un poco, pero sabiendo del antecedente de mi mama pues ella duro muchos años... entonces cuando me dicen que mis riñones ya están con mal funcionamiento estoy preocupada”. (Nefropatía hipertensiva)

DTG ¿Usted cree que se pueda hacer grave? “si pues esta la diabetes, va junto la

hipertensión y las cardiopatías”.

“pues en el 88 me dio a cardiópata isquémica y muchos años me controle con glibenclamida y me recetaron la insulina”

JJR “pasando el tiempo y luego me sentía que se me salía una caniquita del ojo, es a lo que le achaco las caídas... ahorita estoy en tratamiento de esto y dicen que es una gran catarata, entonces no creo que se la diabetes lo de las caídas”

BMS “pues yo tengo nefropatía diabética y la nefróloga me mando proteínas análogas, pero me da mucha hambre y mucho sueño a pesar de que tomo vitaminas, y últimamente me aplican eritropoyetina para la anemia, pero aun así me siento decaído”.

GRUPO FOCAL 2 (7 Participantes)

Perciben las siguientes complicaciones: 7 de ellos sufren también hipertensión arterial, de ellos solo una presenta nefropatía hipertensiva de reciente diagnóstico, 5 de ellos presenta dislipidemia, una con gastritis y otra con neuropatía diabética

JAF: “Yo me sentí como borracho (cuando se me baja el azúcar)”

ANM: “Es que físicamente sabe uno, bueno yo, cuando tengo el problema y tomo un dulce o empiezo a comer, luego, luego siento que se tranquiliza todo, dejo de sudar frio, dejo de sentir el dolor en el estomago, dejo de estar mareado”.

El azúcar elevada que afecta: ANM: “Afecta el riñón”.

MLB: “ataca los pies”. REP: “la vista”.

RRJ: “La diabetes descontrolada afecta los pies: pos que no hay circulación, y las heridas se infectan más, por ejemplo dice una persona que se llaman “conejillas” que aún que por fuera se ven bien, por dentro no sana”.

MLB:” Por eso dicen que nos revisemos diario, porque uno puede ver bien nuestros pies y el malestar andando, ya para cuando lo sentimos o con el médico lo notemos a lo mejor el mal ya va más arriba (supuesto apoyo delenguaje corporal) y sí lo notamos pronto, quizá sólo sea un cachito lo que nos tenga que cortar y no todo”

GRUPO FOCAL 3 (6 Participantes)

Este grupo percibe: 5 de ellos sufren también hipertensión arterial ,2 de ellos presenta cardiopatía isquémica, 2 de ellos presentan glaucoma, uno presenta insuficiencia venosa y rinitis alérgica.1 de ellos presentas dislipidemia, 1 de ellos presenta gastritis, uno presenta catarata y otro presenta Purpura trombocitopénica.

SCR: La Diabetes puede atacar, el riñón, la vista, el corazón, todo, el hígado, los pies, el riñón, la uñas. “La doctora en las platicas de DIABETIMSS nos dijo que también hay complicaciones agudas. El coma diabético cuando sube mucho la azúcar. Y cuando baja choque hipoglicémico”.

GRUPO FOCAL 4 (5 Participantes)

Ellos perciben: 5 de ellos sufren también hipertensión arterial, de ellos uno presenta Insuficiencia Venosa, osteoartritis, dislipidemia y glaucoma, otro presenta catarata y nefropatía diabética, otra presente cardiopatía isquémica y gonartrosis y otra catarata y colon irritable

JBN: “después retome mi tratamiento, me afecto no llevar mi tratamiento. Me afecto todo. Pues tengo cataratas, ya no veía los camiones ya me operaron el primero y me dieron lentes y desde entonces ya no veo de este ojo en absoluto (derecho) veo poco desde que me operaron con el ojo (izquierdo), ya me dijo la doctora del otro ojo que me decida para operarme”.

AET: “Llevaba la dieta" No- no, hacia ejercicio, ejercicio siempre lo he hecho, no me gusta ser una persona inactiva entonces el Dr. De la raza me dijo que me iba a puentear me hicieron estudios entre junio y diciembre del 1999 y me dijo el doctor que me iba a operar a corazón abierto y decidí no operarme porque me dijeron que yo podía quedar mal”.

Sin embargo no poseen información precisa acerca del significado de los síntomas y su relación con la diabetes, no saben si son complicaciones de la enfermedad o con-morbilidad.

AMENAZA PERCIBIDA.

Compuesta por la susceptibilidad y severidad percibida que se expresa en función de la experiencia directa con las complicaciones, de la atribución del deterioro físico de la enfermedad y si dicho deterioro afecta la movilidad del individuo, así como la aplicación de la insulina situación que motiva al enfermo compararse con otros pacientes de su edad que padecen diabetes.

BENEFICIOS

Respecto de la percepción de la existencia de la relación entre el comportamiento del apego al tratamiento de la diabetes, el control de la enfermedad y sus complicaciones donde se incluye además de seguir el tratamiento farmacológico, asistir a sus citas concertadas para su control y acercarse a intentar cambiar los malos hábitos por prácticas saludables que integran el estilo de vida recomendado por el profesional. (Una alimentación adecuada y una actividad física esencial que permitan equilibrar el gasto metabólico), incidiendo en los casos de quienes padecen la diabetes para mejorar la adherencia terapéutica, no conformándose

con su control personal; si no además están preocupados en prevenir a los familiares que en potencia en el futuro pueden ser diabéticos. Aun cuando los pacientes reconocen que a pesar de los 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 glucemia dado que cotidianamente experimentan la diferencia en su bienestar físico cuando la realizan.

REJ “camino mucho y tomo clases de baile”

JJR “salgo a caminar 30 minutos primero después 15 minutos y después más tarde otros 15 minutos” “el ejercicio es bueno, antes tomaba mucho medicamento, pero ahora con el ejercicio ya tomo menos medicamento, pero siempre me he tomado mi medicamento”

ANM: “Doctor eso de que el medicamento ayuda cierto porcentaje y lo demás qué”

MCG: “Lo demás depende de uno”.

MLB: “Depende del ejercicio, de la dieta”.

SCR “yo voy a seguir nadando, porque a mí me gusta la competencia y es lo que me ha hecho salir del duelo”.

Respecto al seguimiento de la dieta también reportan un bienestar físico y pueden contrastar las diferencias cuando la rompen.

MLZ con glucosa 80 0 90mg/dl. “hasta la fecha no he llevado medicamento, solo dieta y ejercicio. Algunos médicos me dicen que yo no soy diabética. Pero luego me destrampo y resulta que me salen cifras altas (hasta 130 de glucosa) “no hay alimento prohibido para el diabético, el problema es moderara la frecuencia y cantidad con la que se toman los alimentos”

DTG “pues me mantenido con medicamento y comiendo, lo que he hecho es disminuir la ingesta de alimentos... mantenerme activo, para gastar lo que tengo, yo sé que si me muevo gasto lo que como”

REJ “Me dijeron que era diabética y primero me mandaron glibenclamida y me mandaron a DIABETIMSS y me dijeron de la dieta y el ejercicio”

“a mí la doctora me ha dicho que podemos comer de todo pero poquito, poquito, poquita verdura, poquita carne, poquita fruta y si pues una ración pequeña”

INB. “Yo me llego a tomar refresco con la mitad de agua, ya sé que es mejor eliminarlo y como verduras frescas y cocidas y mucha fruta. El doctor me dice que con medida contaditas porque también suben el azúcar”.

El tomar los medicamentos es un comportamiento muy importante para el control de la enfermedad el cual debe seguir lo mejor posible.

DTG “porque si dejara pasar 3 días, andaría mareado y en la diabetes se siente pesadez y pos para mi es difícil dejar el tratamiento”

“mucho tiempo dure tomando glibenclamida, como yo manejaba más de 200 mg de glucosa, me dice el doctor usted es candidato a la insulina y ahora

Manejo 150 mg de glucosa...creo que me falla la dieta, tendría que ser más estricto para llevar la dieta”

MLZ “Si baja el azúcar es importante comer a sus horas, porque si uno toma el medicamento pero no come, el medicamento hace su efecto, pero si uno le da su alimento, entonces se va a controlar su azúcar”

JJR “las pastillas no son para curar, son para controlar el azúcar”

RRJ: “A mí, la metformina me suelta mucho el estomago. Yo quisiera no seguir tomando el medicamento, tengo 6 años a partir de que empecé a hacer ejercicio, yo deje el medicamento, y cuando deje de hacer ejercicio, y como a las 6 de la tarde me sentía muy mal y entonces iba a comerme todo lo que había en el refrigerador, entonces me dijo no deje la medicina, ya no coma así, y pues me mando la metformina, pero yo no quiero seguir con el medicamento. Yo no me siento mal”. “No, no, sí me siento bien. Inclusive cuando no me la tomo, y luego me la tomo como que se me quita el hambre. Eso siento con la metformina”.

VCP: “Yo me tomo mi medicamento que es bi-euglucon. En la mañana y en la noche la metformina me provoca diarrea. En cuanto yo hago mi ejercicio y si me comienzo a marear me como la colación. Hace 15 días hice mi ejercicio y me empecé a marear, se me bajo el azúcar, y yo tenía 59 de glucosa”.

El cuidado de pies y manos es seguido por algunos entrevistados y para otros no resulta tan importante.

Todos al unisonó “El cuidado de pies y manos. Cuando me baño busco un apoyo y me lavo los pies y luego me seco bien”

MLB:” Por eso dicen que nos revisemos diario, porque uno puede ver bien nuestros pies y el malestar andando, ya para cuando lo sentimos o con el médico lo notemos a lo mejor el mal ya va más arriba (apoyo de lenguaje corporal) y sí lo notamos pronto, quizá sólo sea un cachito lo que nos tenga que cortar y no todo”.

ALM: “recomiendo el cuidado del cuerpo y de las manos, los pies cuidar de no lastimarnos y cuidar el azúcar que nos afecta mucho y seguir activos”...

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 ADHESION DEL TRATAMIENTO.

Las razones que los pacientes diabéticos adultos mayores identifican como impedimentos para adherirse a las recomendaciones que son de naturaleza interna y externa que hace el equipo de salud promueva y analice (los médicos, trabajo social, los grupos de promoción a la salud y DIABETIMSS, los grupos de auto ayuda, etc.).

DIETA.

Para el caso de la adhesión a la dieta recomendada, las barreras internas son primordialmente las atribuciones que los adultos mayores hacen acerca del control que pueden ejercer sobre las preferencias y gustos de 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 la vida, al igual que la regulación del apetito y las cantidades que requieren para sentirse satisfechos. A este 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 una buena comida o alimentarse bien.

DTG “es ver los alimentos sabrosos, se me hace sabroso y es como una tentación”...“es querer convivir con la familia y siento que yo ya estoy excluido, porque ya no puedo comer lo que comen ellos” “Si bastante, me doy cuenta que si yo pusiera un régimen alimenticio estricto yo podría bajar mi glucosa, pero mi fuerza de voluntad me impide, no puedo, vaya no soy estricto”

MLZ “ la alimentación como barrera, la cosa es comer de todo un poco, si comes un poco y lo saboreas, te va a saber rico y no vas a tener cargo de conciencia”.

“Hacer ejercicio... mi médico me dice que no hay alimento prohibido para el diabético... el problema es moderar la frecuencia y la cantidad con lo que se toman los alimentos. Se puede comer de todo pero poquito”

DTG “La familia no debe comer diferente al diabético, pero no entienden, no lo aceptan, que la diabetes se puede prevenir”

En cuanto a barreras externas existen limitaciones para disponer de sus alimentos recomendados para la dieta del diabético y más si sobreponen a la necesidad de tener que preparar los alimentos para la familia y para el mismo diabético. Por la misma razón las mujeres diabéticas consideran que invierten demasiado esfuerzo para preparar lo que consumirá la familia y lo que corresponde a su propia dieta.

La barrera de gran importancia es la función que tiene la comida 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.

DTG “pero voy a comer y voy a querer mas, veo cualquier cosa y me la como... yo veo que las dietas son caras, quisiéramos hacer dieta y pos sale más caro” “aquí la diabetes se presenta por la que hacemos: tortillas sopas, frijoles pos bueno casi

cosas que son carbohidratos y también son proteínas como carne y luego comer sin medida, y es lo que luego pasa, mientras más volumen va agarrando uno, uno va comiendo mas. No tenemos educación alimenticia y aparte de que mi mama y mi papa trabajaban, uno comía lo que dejaban”.

MLB: “No comer nada que perjudique, pos sí es problema, pero si vamos a comer como mencionábamos hace ratito, vamos a estar comiendo sabroso y hay que aminorar la cantidad”... “Bueno yo no considero que la familia sea barrera, sólo que a la mayoría de las personas que tiene bastante dinero o una economía solvente”.

ANM: “Es más problema la dieta” “A veces no lo puedo llevar, porque casi siempre se cocina para todos en general en la familia, y no hay un plato especial para el diabético”

ACTIVIDAD FISICA.

El seguimiento de las actividad física se ve obstaculizado por las por las rutinas que ya tiene establecidas los participantes de atención a otros miembros de la familia o a otras actividades, en el caso de las mujeres. Para los hombres se reportan como limitantes las capacidades físicas disminuidas por la enfermedad por el envejecimiento, y tener que trabajar para obtener un ingreso.

DTG “antes trabajaba de pie y caminaba poco, entonces llegaba cansado y ya no hacia ejercicio... hasta hace poco hago ejercicio, pero ya con cuidado, pues ya no puedo hacer estiramientos que me vayan hacer daño, vaya ya no es lo mismo pero yo no he sido una persona sedentaria... ya camino mucho por la mañana salgo a dejar a mi nieta a la escuela y camino unos 20 minutos y así después en la tarde de nuevo, bueno en total camino 2 horas al día”

VCP: “A que le atribuye que en esos 8 años se controlo, yo corría una hora diaria, llevaba bien mi dieta después me descuide y recaí. Creo lo mejor era hacer ejerció”.

CONTROL DE GLUCEMIA.

Para la adhesión a las recomendaciones del chequeo de los niveles de glucemia se percibe como una dificultad técnica a ese obstáculo interno y de auto monitoreo al extraer la muestra de sangre para el glucómetro, el obstáculo principal como barrera externa es el acceso limitado a la unidad de medicina familiar donde el chequeo está programado una vez al mes para acudir a su cita médica. El resto del tiempo lo regulan con la toma de hipoglucemiantes orales basados en la percepción de los síntomas asociados al nivel de glucosa en sangre. Lo mismo sucede con la aplicación de la insulina, no pueden hacer una estimación exacta del la glucemia sino con base a la percepción de los síntomas. Habría que resaltar a este respecto que algunos pacientes se han adaptado a los niveles altos de glucosa y cuando bajan experimentan malestar, por lo que ajustan el tratamiento en concordancia con ello.

DGT: “no uso el glucómetro, no tengo, si estoy comiendo más o menos regular, pero si hay una comida especial o un evento me sube el azúcar. Mi médico me ve que ando mal y me manda estudios”

ANM: “yo he tenido la suerte de buscar no tomar el medicamento, pero cuando me baja el azúcar y me desespero y empiezo a sudar helado, cuando sube pues me duele la cabeza, tengo un aparatito con el que me checo el azúcar, y ya sé si tomar 3 pastillas en lugar de dos”.

ANM: “El usar el glucómetro es riguroso, pero es bueno. Yo desde luego no soy un patrón a seguir, pero yo nunca me he privado de comer, nada, de nada, yo soy de los que están festejando que al nieto que al sobrino, me dan mi rebanada, y a veces me dan una rebanada más chica, y eso si nunca falto de tomar mi medicamento”.

INB. “Usar el glucómetro, para checarse el azúcar y seguir la dieta y seguir activas...y hacerse sus estudios y asistir a sus citas”...

VCP: “Por eso en DIABETIMSS. Es donde puede hacer preguntas, le explican cómo usar el glucómetro”...

MEDICAMENTOS.

En cuanto a la toma de medicamentos como barrera interna, se valora cuando perciben un bienestar aparente. La barrera externa para seguir las recomendaciones sobre el uso de medicamentos se ubica fundamentalmente en el acceso a los mismos. Por un lado, no siempre lo encuentran en la farmacia del sistema de seguridad social. En el caso de comprarlo, la disponibilidad de recursos económicos para su adquisición, junto con la vigilancia que los miembros de la familia tengan sobre la adquisición y consumo, son 2 condicionantes la ingesta del medicamento y la dosis recomendada.

CVA Con glucosa de 110 mg/dl. “en DIABETIMSS me ayudaron a llevar bien mi dieta
Y mis medicamentos” (metformina)

MLZ con glucosa 80 0 90mg/dl. “hasta la fecha no he llevado medicamento, solo dieta y ejercicio. Algunos médicos me dicen que yo no soy diabética. Pero luego me destrampo y resulta que me salen cifras altas (hasta 130).

MLZ “Si baja el azúcar es importante comer a sus horas, porque si uno toma el medicamento pero no come, el medicamento hace su efecto, pero si uno le da su alimento, entonces se va a controlar su azúcar”

PERCEPCION DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.

Los pacientes diabéticos adultos mayores atribuyen las complicaciones propias de la enfermedad al proceso de no llevar adecuadamente su tratamiento de la

enfermedad, sin dejar de tomar en cuenta el proceso de envejecimiento que paralelamente se presenta. Por tanto en la medida que se pierde capacidad de independencia por el deterioro de la edad no perciben que sea posible que ellos en esas condiciones controlen completamente la enfermedad, 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, también lo pierden por el avance de la enfermedad.

DTG “pues con la dieta y el tratamiento yo me sentí bien, pero siento que me he ido deteriorando por la edad” “sin medicamento y sin la dieta estaría peor”

Por otro lado la autovaloración de los pacientes acerca de la “fuerza de voluntad” para llevar a cabo las recomendaciones es generalmente positiva y más facilidad lo relacionado a la toma del medicamento, aspecto en el que los pacientes creen que parcialmente pueden contribuir su esfuerzo personal para el control de la enfermedad.

DTG “Si bastante, me doy cuenta que si yo pusiera un régimen alimenticio estricto yo podría bajar mi glucosa, pero mi fuerza de voluntad me impide, no puedo, vaya no soy estricto”.

“cuando uno tiene fuerza de voluntad en principio uno viene con el médico, y así uno trata de comer menos y deja de comer grasas, antes la manteca era primordial, ahora la botella de aceite, y antes el salero en la mesa y uno salaba la comida al gusto, y le daba gusto al cuerpo, por eso digo que es bueno venir al médico”

CVA: “la fuerza de voluntad si existe, yo deje de fumar por que tenia tos, y deje de fumar después de 50 años de fumador”

DTG “solamente que me complicara y cayera en el hospital, entonces llevaría la dieta, como los fumadores hasta que les da insuficiencia pulmonar dejan de fumar”

REJ “La fuerza de voluntad si influye, me iban a operar del oído, y me dijeron que no podían operarme porque salí con un infarto y me dijeron que tenía que dejar de fumar... y de la noche a la mañana después de 30 años de fumar, deje de fumar”

ANM: “esa gente que sabe que las cosas van mal y aún así no hace nada por tratarse, Pos se va más rápido”.

DTG “... la degeneración por la edad y por la enfermedad... a esta edad ya uno no hace lo que hacía hace 20 años y pues también es parte de la enfermedad que es progresiva y mortal, si la dejamos avanzar”

En esta parte de los metas de la vida o su plan de vida aunque no lo plantean bien definido, está dirigido a encontrar más tranquilidad, armonía con la familia y

felicidad, considerando que en lo que corresponde a la enfermedad van a seguir su tratamiento para buscar mayor calidad de vida al final de la vida.

DTG “yo tomo la vida como viene” “Diario, uno mismo se siente mejor”

CVA “yo hago lo que me gusta, y sigo haciendo lo que me gusta”

JJR “No, no tengo plan de vida. Yo espero nacer y morir”

ANM: “Sí, tenemos un plan vamos a poner el tiempo, o los tiempos de cuando me case, por supuesto teníamos un reto una ambición , ahora ya no es tanto, la familia ya se va retirando, pues ya como que se pierde, pero pues sigo con la familia, nos reunimos cada tercer día , o cada ocho días, y bueno a futuro pues pienso seguir aquí en CAASSAM porque lo siento benéfico para mí y lo que aprendo aquí lo enseño a los míos, y a los demás que puedo y creo que eso es un plan de vida.

MLB: “Sí, pues para mi es de aquí en adelante tratar de cuidarme, tener una vida tranquila, si tenemos chance de salir a conocer más pues salir, tengo dos hijos uno soltero uno casado, pero de aquí en adelante sólo estamos mi esposo y yo, y pues casi todo lo demás que planeamos cuando jóvenes pues ya lo logramos, y de aquí en adelante ya sólo queda ver para nosotros”

MCG: “llevar una vida digna, bien sana, divertirme hacer ejercicio”

INB: “para usted que plan tiene: no ya no, pero su enfermedad no la cuenta en el plan de vida, Pues si solamente estar tranquila pero otra cosa ya no nos queda”. “Y si uno no coopera con su tratamiento se complica. No vivir tantos años, si no que lo que nos toque vivir cuidarnos, más que nada lo que vivamos lo vivamos con calidad de vida, buscar vivir bien. Debemos disfrutar una vejez activa, que nos movamos que salgamos a pasear”

VCP: “mi meta es cuidar mi tratamiento, sé que mi enfermedad es para siempre, entonces debo cuidarme”. “Amanecer un día más, mi meta es salir cada día de mi casa, tocar guitarra” “yo no tengo plan de vida, sólo me la paso bien y llevo un dicho sí. Acá hay algo muy bueno no es competir con los demás, es que usted aparte de querer ser algo, y no perder la razón, mantenerse activos”.

SEÑALES PARA LA ACCION.

La experiencia de los síntomas propios de los niveles elevados de glucemia es una señal para la acción, muy importante para los participantes. Los síntomas como mareos, dificultades para moverse y cansancio se encuentra entre ellas. Los síntomas como el mareo, la sudoración fría, y la dificultad para respirar y la

taquicardia lo relacionan con los cuadros de hipoglucemia por falta de alimento. En algunos otros casos, las complicaciones de la enfermedad como la retinopatía diabética, hipertensión, alguna afección cardíaca, pérdida de piezas dentales y la pérdida de sensibilidad en extremidades, son señales que le permiten al paciente evidenciar para retomar las recomendaciones para el cuidado de la enfermedad. Otra señal es la cercanía temporal de la siguiente cita para el chequeo de los niveles de glucosa en sangre, ante ello, los pacientes pueden hacer un esfuerzo adicional para adherirse a las recomendaciones, sobre todo cuando han roto la dieta y abandonado la actividad física.

MLZ “A parte de ser diabética (10 años) soy hipertensa, de hipertensa llevo 23 años y juntas las dos han empezado hacer travesuras en el organismo y bueno tengo cita en medicina interna para que me digan que está pasando con mi riñón” (nefropatía hipertensiva leve)

JJR “cuando me dijeron que era diabético... a los 6 meses le confirmaron el diagnostico... luego empecé a sentir dolor cuando iba al baño a orinar y luego me empecé a caerme ya muy seguido y tons ya. Cuando llegue al CASSAAM y ya era el número uno en caídas (sufría cuadros de hipoglucemia)

DTG “ aquí la diabetes se presento por la que hacemos: tortillas sopas, frijoles pos bueno casi cosas que son carbohidratos y también son proteínas como carne y luego comer sin medida, y es lo que luego pasa, mientras más volumen va agarrando uno, uno va comiendo mas. No tenemos educación alimenticia y aparte de que mi mama y mi papa trabajaban, uno comía lo que dejaban”.

ANM: “Es que físicamente sabe uno, bueno yo, cuando tengo el problema y tomo un dulce o empiezo a comer, luego, luego siento que se tranquiliza todo, dejo de sudar frio, dejo de sentir el dolor en el estomago, dejo de estar mareado”.

El azúcar elevada que afecta: ANM: “Afecta el riñón”.

MLB: “ataca los pies”. REP: “la vista”.

RRJ: “La diabetes descontrolada afecta los pies: pos que no hay circulación, y las heridas se infectan más, por ejemplo dice una persona que se llaman “conejillas” que aún que por fuera se ven bien, por dentro no sana”.

SCR: “Desde cuando desde hace 2 años. Al inicio me salió de 400 mg la glucosa en el hospital y al inicio me trataron con insulina, duro varios días alta el azúcar pues me costó trabajo creer que era diabética pero si lo entendí porque me sentí mal – porque tenía una hermana que se la paso llorando hasta meses, llorando hasta que acepto que era diabética”.

APOYO SOCIAL.

Los participantes algunos son viudos y otros casados, de alguna manera todos viven con su familia de origen por lo que cuentan con una fuente potencial de apoyo social. En la mayoría de los casos la familia provee apoyo social, en los que está presente la forma de ayuda material, física y de consejo. Y dentro de su ambiente de los adultos mayores refieren que sus actividades laborales que realizan y las actividades del hogar no afectan el apego al tratamiento del paciente diabético. 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 indicado, encargándose del cuidado de los pies y manos, vigilando que el paciente prepare los alimentos según las recomendaciones y los consuma, así como vigilando que consuma los medicamento de acuerdo a las indicaciones del médico.

Sin embargo, varios de los participantes hicieron evidente que las relaciones familiares no son siempre de apoyo, siendo obstáculo importante para que el paciente dependa económicamente de ellos, o que se presente una dinámica familiar de conflicto donde el ejercicio de la autoridad este desplazado hacia otra persona diferente al del paciente mismo.

Ejemplos:

DTG: ¿quienes participan con apoyo? “pos seria ya en conjunto, el doctor, el que nos da los medicamentos, los hijos”.

RRJ: “Me dicen de mí medicina, mi esposo o mis hijos, me llevan a las citas con el médico”.

JAF: “tomar más agua”.

ANM: “les ayuda la familia, en la comprensión”.

JAF: “Nosotros, la familia y el médico”.

INB: “usted se quiere. Claro que si me quiero, sino, no haríamos nada, mi familia no está muy atenta, pero siempre hay alguien de la familia que me cuida, pues dicen que ahora yo soy la niña. Y yo tengo un hijo sacerdote. Y me ayuda económicamente cada mes y moralmente a mí y a sus hermanos. Pero casi todos ayudan con labores de campo en unas tierras que tenemos en Tlaxcala”.

EPC: “yo tengo 4 hijos y todos ven por mí. Me ayudan en todo”.

ALM. “las hijas le ayudan, tengo una hija pero gracias adiós. Yo tengo a mi esposo y me la paso con él. Mis hijos están muy ocupados, entonces solo hay un poco de apoyo moral”.

AOS “Mi hija es madre soltera y vive conmigo y está al pendiente de nosotros”...“sus hijos le preguntan de su estado de salud: cómo ¿Cómo todavía viven? (risas) Es cierto esa parte moral se acercan a preguntar, cuídate mama”...

VCP: “Aquí nos enseñaron el médico familiar dice de los problemas es el equipaje que tenemos cada quien y debe cargar con lo suyo, entonces ha eso y que prácticamente yo vivo con mi hija. Y ya lo supere. Pero yo también llevo mi tratamiento, desde la alimentación, el ejercicio. Usted lleva el cuidado de su cuerpo...”.

Por otro lado sabemos que el apoyo social se extiende al tipo de servicios de atención que recibimos en las unidades de atención médica. Por lo cual la confianza de una relación médico paciente es importante para fortalecer el apego al tratamiento.

ANM: “Yo digo que si afecta la relación médico-paciente porque, en primer lugar que ve un médico que le toca, y que no se le ve interés por atenderlo, ya desde ahí está afectando, usted no se siente con la confianza necesaria para decirle que es lo que tiene”.

MCG: “Si, Exactamente, luego también la confianza, hasta platicaba con él y me preguntaba cómo están mis hijos, la casa, o sea yo platicaba, no sé hasta luego yo le preguntaba si le molestaba si seguía diciéndole, y me decía, que estaba bien pues que él necesitaba saber las condiciones que tengo en mi casa, para entonces así poder actuar directamente al problema”.

DTG Y CVA “yo digo que si, si fuéramos un grupo de puro diabético, y así el médico ya sabe en qué etapa esta uno, y podríamos revertir , que bueno pero el médico familiar , ni explica, ya está hecho nada mas pica la computadora y ya está la receta y ya no explica”

DTG “tiene la responsabilidad compartida con otros especialistas... “Por ejemplo el oftalmólogo para la vista, el angiólogo para la circulación, el nefrólogo para el riñón”

El equipo de salud y los grupos de auto ayuda que promueven: fomentan la salud y revisan los elementos para la detección y tratamiento oportuno de los pacientes diabéticos. Abordando los elementos del comportamiento de adherencia al tratamiento. Considerando los siguientes contenidos: actividad física, dieta, medicamentos, cuidado de su cuerpo, asistencia al control y revisión médica. A estos grupos promotores de la salud se enlazan el DIABETIMSS, que se encarga

de la atención integral de paciente diabético en algunas Unidades Médicas del IMSS. Y la existencia de un Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos Mayores (CASSAAM) que es nutrido por la referencia que hacen las unidades de Medicina Familiar Norte del D.F. En donde se hace una valoración integral del adulto mayor y sometido a una serie de programas para promover un envejecimiento activo, en los aspectos físico, mental y social. Al mismo tiempo estos grupos promueven la formación de personal, cuidador familiar que conozcan y manejen los contenidos de prevención y control.

DTG “pues es que aquí nos han dado confianza a cada uno que nos han ayudado y nos hemos levantado”... “todos lo afirman CVA, MLZ, EAM, REJ, JJR, BMS, hasta las muchachas (risas ¿verdad?)”

CVA “con mi doctora le dije que era diabético y me dice no hay problema, acá le vamos ayudar a llevar una vida tranquila en diabetimss”

CVA Y DTG “el Diabetimss nos da platicas cada mes de los mismo, dieta, ejercicios y medicamentos, de ahí me mandaron al CASSAAM. Y vine asustado por que pensé que ya estaba complicado”

ANM: “Yo creo que esto es muy bueno para nosotros, estamos dando una repasada a los problemas que tenemos, con una y otra y otra vez viendo los problemas que tenemos, tratando de buscar la solución o sobrellevarlos”.

AET: Como se lleva con su médico. “En la actualidad con el médico me llevo muy bien”. “El médico familiar influye mucho, además deben de saber que de este problema no salimos, mire acá diabetimss nos no nos regañan, nos tratan con más confianza, nos ponen en una mesa con sus nombres como usted que puso nuestros nombres y nos explican. Con el médico a veces me regaña, y no debe de ser”...

MLB: “Pues igual el aprender a pensar los problemas que nos dan nuestras enfermedades, encontrar soluciones rápidas, entrar con disciplina, no dejar pasar nuestros medicamentos, la dieta, porque así se agrandan nuestros problemas, y pues yo me llevo todo, la convivencia con los compañeros me ha ayudado mucho a seguir, aprendo mucho y me agrada estar aquí”.

AUTOMEDICACION.

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 de los niveles de de

glucosa en sangre y a 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 la glucemia, y por otro lado los pacientes experimentan efectos desagradables por el uso del medicamento (por ejemplo, mareos, diarrea ocasional) con los hipoglucemiantes y mareos con la aplicación de la insulina lo que les hace suponer que les está dañando y no controlando. Es común que los pacientes decidan discontinuar el uso de la insulina y regresar al uso de medicamentos orales aumentado o reduciendo la dosis según su propia interpretación de los efectos que tiene sobre el organismo.

Es común que los pacientes sufran de glucemia elevada, sin que ellos perciban efectos adversos inmediatos o reporten complicaciones por lo que no perciben la necesidad de tomar medicamento.

Otra razón de la automedicación es que los pacientes interpretan el uso de la insulina como una señal de mayor gravedad y progresión de la enfermedad, por lo que se resisten a su uso.

En algunos casos los efectos adversos de la insulina son interpretados como que la insulina es muy fuerte y seguramente no la necesitan, es decir que interpretan que su diabetes no es grave. De manera que regresan a los hipoglucemiantes orales, decidiendo él mismo paciente la dosis requerida según su experiencia.

RRJ: “A mí, la metformina me suelta mucho el estomago. Yo quisiera no seguir tomando el medicamento, tengo 6 años a partir de que empecé a hacer ejercicio, yo deje el medicamento, y cuando deje el ejercicio, y como a las 6 de la tarde me sentía muy mal y entonces iba a comerme todo lo que había en el refrigerador, entonces me dijo no deje la medicina, ya no coma así y pues me mando la metformina, pero yo no quiero seguir con el medicamento. Yo no me siento mal”. “ No, no, sí me siento bien. Inclusive cuando no me la tomo, y luego me la tomo como que se me quita el hambre. Eso siento con la metformina”.

ANM: “un día se me subió mucho el azúcar y se me bajo la presión y querían inyectarme insulina, pero nunca quise insulina y le dije al médico que no quería inyectarme que me diera tiempo para controlarme”

“Aquí en el instituto, no nos surten la metformina y la tengo que comprar, y me sube bastante la azúcar”.

“Es más problema la dieta”

“A veces no lo puedo llevar, porque casi siempre se cocina para todos en general en la familia, y no hay un plato especial para el diabético”

RRJ: “Yo al principio, al mes nomas me tomaba una pastilla de glibenclamida, y me bajo a 300, y ya después fui con el doctor y me dijo que me tomara de 3, como

al otro día era navidad, y ese día se me bajo, y no más me paraba y me iba de lado, estaba mareada, me llevaron a la clínica.

DTG “porque si dejara pasar 3 días, andaría mareado y en la diabetes se siente pesadez y pos para mi es difícil dejar el tratamiento” “mucho tiempo dure tomando glibenclamida, como yo manejaba más de 200 mg de glucosa, me dice el doctor usted es candidato a la insulina y ahora manejo 150 mg de glucosa...creo que me falla la dieta, tendría que ser más estricto para llevar la dieta”

BMS “me operaron de una hernia a raíz de ahí ya. ¿Usted creyó que era diabético? “no, después de 5 años, pues yo comía de todo”...
“ya me mandaron dieta, sigo con insulina y muchos medicamentos para glaucoma y nefropatía diabética”. (El paciente inicio diálisis peritoneal)

ESTRATEGIAS Y RECURSOS QUE SE DISPONEN PARA CONTROLAR LA ENFERMEDAD Y SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL EQUIPO DE SALUD.

Incluye además de seguir el tratamiento farmacológico, asistir a sus citas concertadas para su control y acercarse a intentar cambiar los malos hábitos por prácticas saludables que integran el estilo de vida recomendado por el profesional: (Una alimentación adecuada y una actividad física suficiente que permitan equilibrar el gasto metabólico), el cuidado de su cuerpo, incidiendo en los casos de quienes padecen la diabetes para mejorar la adherencia terapéutica, no se conforman con su control personal; si no además están interesados en que trascienda la estrategia de prevención a los familiares para establecer prácticas saludables que en potencia en el futuro pueden ser diabéticos.

DTG “La familia no debe comer diferente al diabético, pero no entienden, no lo aceptan, que la diabetes se puede prevenir”

MLZ “ la alimentación como barrera, la cosa es comer de todo un poco, si comes un poco y lo saboreas, te va a saber rico y no vas a tener cargo de conciencia”.

DTG “nunca tome en cuenta la herencia de la diabetes... como ahora con mi nieto, con mi hija, que pongan un alto con la comida, pero no, seguimos comiendo lo mismo” “comer menos, mantenerse activo... y gasto lo que como”

El cumplimiento de la dieta representa dificultades tanto para hombre como para mujeres participantes, sin embargo, las razones varían según se comenta en la descripción de las barreras.

La actividad física es práctica por todos, aunque con variaciones en nivel de su

cumplimiento.

DTG “mantenerme activo, para gastar lo que tengo, yo sé que si me muevo, gasto lo que como”

REJ “camino mucho y tomo clases de baile”

JJR “desayunando adecuadamente y haciendo ejercicio diario, uno mismo se siente mejor”

CVA “ahora ya camino, antes solo me trasladaba en carro, y ahora camino y me siento bien”

El cuidado de su cuerpo en general especialmente el cuidado de sus extremidades que la mayoría del los participante refiere que si la realiza el propio paciente y en el mejor de los casos asisten al podólogo.

Todos los participantes: “El cuidado de pies y manos. Cuando me baño busco un apoyo y me lavo los pies y luego me seco bien”

El uso de medicamentos es seguido por todos los participantes. El monitoreo de glucemia representa dificultades sobre todo en aquellos que no acuden a su Unidad de Medicina Familiar de manera regular, toda vez que carecen de los recursos económicos para adquirir los materiales necesarios (glucómetro con batería, lancetas, algodón y alcohol) y realizarlo por su cuenta, sin embargo, algunos se checan la glucemia en los “Consultorios de Similares”

JJR “yo me checo con mi médico cada mes”

AET: “Una paciente me dijo que entro con el médico y le dijo al médico me va a regañar por qué no me hice el estudio, y el médico le dijo para que quiere que la regañe si se está dando cuenta de su falta de su error, lo que tiene que hacer es lo correcto, para llevar bien su tratamiento”.

Todos los participantes: “si cada mes por el tratamiento y checar el azúcar”

Por otro lado los pacientes acuden al monitoreo de glucemia mensualmente, para asistir a cita concertada para el control de su enfermedad. Sin embargo de acuerdo a los estándares establecidos por la asociación de Diabetes Americana, (ADA por sus siglas en ingles, 2010) indican que para los paciente insulino dependientes el chequeo debe realizarse 3 o más veces al día, y no señalan el requerimiento para pacientes medicados con hipoglucemiantes orales. Sin embargo la Norma Oficial Mexicana recomienda que en paciente no controlados el monitoreo se lleve a cabo diariamente, inclusive varias veces al día, y en paciente controlados al menos una

vez a la semana.

La mayoría de los participantes refieren que el seguir el tratamiento implica diversos grados de dificultad, aunque la disposición es buena en general; puesto que llegan a chequearse la glucemia en laboratorios particulares.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El plantear una estrategia de estudio de tipo cualitativo de entrevista focal; a un tema tan importante como en la adherencia terapéutica, es una necesidad debido a que existen una amplia gama de factores que hay que explorar en pacientes adultos mayores que padecen diabetes mellitus tipo 2. Esto significa que existen una serie de cambios y adaptaciones para el individuo que la padece, como para la familia, los servicios de salud y la sociedad que lo circunda; debido a que las enfermedades crónicas por sus características del daño, su permanencia del mismo, el daño residual y las complicaciones que se desarrollan o que aparecen como comorbilidad requiere un entrenamiento especial al paciente, para su control y largos periodos de supervisión, observación y cuidado.¹⁴

La conducción de un grupo focal con pacientes diabéticos adultos mayores arroja como resultados la expresión de sus experiencias acerca del apego al tratamiento de su enfermedad.

Dentro de las características personales de los pacientes estudiados la mayoría de los pacientes sufren la diabetes en forma crónica, y se manifiestan en forma importante las comorbilidades más frecuentes entre ellas la hipertensión arterial, dislipidemia, cardiopatía isquémica, hipoacusia, glaucoma y cataratas. El 64 % sufre la polifarmacia. Estos elementos dificultan la pertinencia de llevar correctamente el apego al tratamiento. Sin embargo por lo expresado por los pacientes que indican que no se le dificulta tomar sus medicamentos y debido a que en el CASSAAM tienen un filtro para seleccionar a los pacientes con riesgo intermedio, es decir que son independientes en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y con la motivación que han recibido acerca del envejecimiento activo tiene una actitud propositiva llevar su tratamiento medicamentoso en el 88% de los pacientes estudiados.

En la parte de las características de la enfermedad y su tratamiento . La forma particular de cómo se estructuran sus percepciones permite entender sus interpretaciones sobre la enfermedad, sus complicaciones y su manejo. Así, se observa como los comportamientos de adhesión terapéutica varían en función de dichas interpretaciones. Diversos autores enfatizan la necesidad de entender el problema de vivir con una enfermedad crónica, no solo por las propias demandas

generadas por su manejo, sino por las estrategias requeridas para mantener la calidad de vida satisfactoria a pesar de las incapacidades y daños (14). La adherencia al uso del medicamento que es reportada por los participantes es alta del 88% aproximadamente, no así para los comportamientos a la dieta y a la actividad física que requieren un ajuste en estos aspectos del estilo de vida, ya que el caso de tabaquismo y alcoholismos lo refieren como positivo de social en durante su juventud sin embargo actualmente no fuman y no toman alcohol, sin embargo la dieta si representa dificultad, pues el 80% refiere algo de dificultad, y el 12 % tiene mucha dificultad y solo el 8 % no tiene dificultad en llevar correctamente su dieta. En el caso de la actividad física refieren el 60 % de los paciente que el ejercicio los llevan de manera regular y el 32% lo lleva a cabo de manera irregular y solo el 8% no lo lleva a cabo el ejercicio. Por otra parte, se observa que los participantes tienden a la automedicación por miedo a experimentar episodios de hipoglucemia que se perciben como más dañinos a diferencia de manejar niveles altos de glucemia, y tienen temor al uso de la insulina inyectada que se interpreta como avance y deterioro de la enfermedad, hallazgos similares son reportados por Montiel Carbajal y Domingos Guedea 2011.¹⁵

Ante la ocurrencia no sistemática de los comportamientos de adhesión, que están en función del sistema de creencias y la fuerza de voluntad para ejercer los cambios que requiere el proceso de evaluación del paciente diabético que los adultos mayores han asumido 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 han marcado la pauta para orientar las estrategias de educación diabeto-lógica, y el entrenamiento de habilidades y practicas saludables que apoyen el cambio del estilo de vida que impone la diabetes. Un ejemplo es el entrenamiento para el manejo de las señales internas y externas asociados al comportamiento de la alimentación y actividad física, estrategias que se han observado en pacientes que han mantenido los cambios producidos por el estilo de vida.¹⁴

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 fortalecer la educación diabeto-lógica para que los pacientes entiendan la acción del medicamento, los síntomas experimentados y los beneficios sobre el control de la enfermedad. Simultáneamente debe incluirse el entrenamiento para la adecuada interpretación de los síntomas que señalan la necesidad del medicamento o incluso desbalances debido a la alimentación inadecuada o una actividad física insuficiente, sobre todo en pacientes limitados de recursos económicos y de acceso a los servicios de salud que no pueden monitorear su glucemia.

Las relaciones interpersonales. Es otro aspecto importante a considerar en el diseño de la promoción y en su caso, el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar e institucional. 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 de estilo de vida del paciente diabético adulto mayor requiere del esfuerzo constante y sostenido del grupo de salud tomando en consideración que se están tratando de modificar hábitos muy arraigados con los recursos familiares y del sistema de salud muy 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 del espiral con recaídas para lo cual será necesario ajustar estrategias y promover que el paciente acuda periódicamente a sus citas medicas, para analizar la circunstancias que obstaculizan o favorecen el seguimiento de su prescripción.

La susceptibilidad percibida:(síntomas, deterioro, creencias y dieta descontrolada). Se puede observar a partir de la identificación de su padecimiento y sus complicaciones que finalmente es una expresión donde explicitan los participantes del estudio, acerca de la trayectoria de su enfermedad. Es de suma importancia que el paciente acepte el inicio de su padecimiento, identificándose como paciente diabético, proceso que le permite asumir su enfermedad permitiendo tener un comportamiento de conciencia para sí, de apego a su tratamiento en forma inmediata. En esta circunstancia cuando el adulto mayor no acepta su enfermedad, retrasa la capacidad del paciente a asumir el apego a su tratamiento y con la cronicidad el paciente se deteriora por su enfermedad, aunado al deterioro que el adulto mayor sufre por la edad naturalmente.

Sin embargo para los participantes el problema central para poder cumplir con su adherencia al tratamiento es la dificultad para cambiar los hábitos que habían aprendido durante toda su vida, en el caso particular la alimentación con excesos y mal llevada se convierte en una barrera difícil de superar por el paciente diabético.

En lo correspondiente a la promoción de la salud hay que destacar la identificación de los malos hábitos de alimentación como parte de la convivencia de los participantes con su familia hecho que pudieron visualizar para prevenir la diabetes, si su familia logra incluirse en la dieta de paciente diabético, esto retrasaría o evitaría la aparición de nuevos casos en las familias. La barrera fundamental es la falta de información sobre la alimentación de la familia, pues el obstáculo inmediato es expresado por los familiares diciendo “yo no soy el enfermo”.

Sin embargo, para cambiar los malos hábitos, se tendría que echar andar mecanismos con una estrategia combinada de promoción sociocultural: Una partir de formar grupos de los mismos enfermos y cuidadores de la familia, serian como animadores socioculturales a fin de incidir en el proceso de cambio como se dio en

la organización de las comunidades destruidas en Europa durante la postguerra de la segunda guerra mundial.²¹La otra estrategia se conoce más en nuestro país como la promoción sociocultural de promotores externos, grupos que se forman en el sector salud con personal de salud y gente interesada en la promoción de la salud, concientizando los procesos que ayudan al cambio de los malos hábitos y modifican el estilo de vida.

La severidad percibida. Cuando el paciente diabético no acepta su padecimiento, mientras no exista una señal de complicación no se apega a su tratamiento a la toma de su medicamento, actividad física y dieta requerida. En el caso de los participantes adultos mayores aunque no llevan sistemáticamente un deporte, si están conscientes de llevar una actividad física, que les permite tener una vejez activa. Refieren que para las generaciones de niños y jóvenes, por la organización de la vida cotidiana y el desarrollo de la tecnología, no se integra de manera natural a la actividad física, de tal forma que se vislumbra jóvenes con sedentarismo importante y menos actividad física.

La amenaza percibida. Se compone de la susceptibilidad y severidad percibida. Se expresan ambos aspectos a través de la experiencia adquirida por los participantes en la trayectoria de su diabetes, proceso que le ayuda a cumplir con su tratamiento de acuerdo a los síntomas, complicaciones y/o la comorbilidad observada, le conduce a tener más señales que observar para el control de la diabetes.

Beneficios. En la trayectoria de la diabetes, a la experiencia la consideran como un beneficio importante, especialmente en aquellos participantes que se han documentado y preparado en los diversos grupos como DIABETIMSS y los grupos de auto ayuda y de revisión de los problemas que pueden presentar algún descontrol o desbalance de su diabetes(hipoglucemia, hiperglucemia u otras complicaciones).

El tomar su medicamento, llevar una dieta adecuada de acuerdo a su gasto metabólico, donde se rescata el plato del bien comer, la actividad física, y el cuidado del cuerpo, destacando el cuidado de las extremidades, con diversos niveles de interés en los participantes. De llevar adecuadamente el apego a su tratamiento les reporta satisfacción sobre todo a la hora de contrastar con el buen control de su glucemia.

Las barreras. Tiene que ver con los hábitos arraigados principalmente en la alimentación, puesto que cada paciente tiene una serie de costumbres y hábitos que se forman sus gustos, preferencias, fuerza del hábito, donde se puede incluir las adicciones a los alimentos. La historia de su vida personal, no se cambia automáticamente debido a que se requiere involucrarse en un proceso de concientización “en sí” y “para sí”. En sí, cuando ya aceptaron su enfermedad, y este proceso cambia a para sí cuando aborda su control y apego al tratamiento en forma activa y consciente, informándose de medicamentos, de los síntomas de su

enfermedad, para iniciar el proceso de cambio de hábitos a prácticas saludables.

La actividad física, se convierte en una barrera cuando hay una capacidad física disminuida.

El chequeo de la glucemia, y la medicación se comporta como una barrera interna de acuerdo a su percepción e interpretación de síntomas y de su estado de salud con otros compañeros.

Las barreras externas se conectan directamente con el medio ambiente. En relación con los alimentos, para los participantes es más importante la disponibilidad y acceso a los alimentos, más que el tiempo y esfuerzo requerido para su preparación. Refieren en este problema no tener impedimento ni por el tiempo, ni por el esfuerzo debido a que el adulto mayor en esta etapa de la vida donde ya no trabaja formalmente.

La actividad física, no la lleva a cabo por ocuparse de otras actividades y obligaciones que no permiten tener una actividad física suficiente. Las condiciones climáticas la contaminación ambiental se suple fácilmente realizando la actividad física en el interior de su casa.

El cuidado de los pies en su barrera externa: encontramos el acceso al calzado especial y acceso al uso de protección para el cuidado de sus manos.

Chequeo y medicación. Ambos elementos en el paciente adulto mayor depende de la disponibilidad y acceso a la Unidad de Medicina Familiar, donde se dificulta implementar el chequeo cotidiano en forma frecuente (solo una vez al mes, con excepción de un descontrol importante que requiere incluso seguimiento por el servicio de atención médica continua o urgencias) y el acceso al medicamento solo cuando no hay abasto suficiente en el IMSS.

La percepción del control y efectividad de su tratamiento. El paciente una vez que identifica la amenaza percibida y la percepción de control y auto eficacia de las medidas que realiza para el tratamiento de la diabetes.

Al presentarse la susceptibilidad y severidad percibida, se conforma una amenaza percibida y paralelamente los beneficios y barreras nos conducen a un control efectivo. Habría que ver como las condiciones del medio ambiente contextualiza su trayectoria de su diabetes y se observa como el apoyo social se expresa, si no abunda en la ayuda, en las accesibilidad y el abasto de las necesidades materiales, físicas, y de consejo aportado principalmente por sus familiares, del equipo de salud y de los grupos de autoayuda. La fuerza de voluntad cuando se aplica toma vital importancia tanto en la conciencia en sí y para sí.

Aunque en el planteamiento del estudio, toma en consideración el proyecto de vida,

para este aspecto se observo que en los adultos mayores el proyecto de vida lo asocian a las condiciones personales y sociales de vida alcanzados de manera general con su familia. Por lo cual por el momento refieren al proyecto de vida en forma general sin asociarlo directamente con su salud, pero si como una de tantas metas para buscar una vejez activa y con mayor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Peralta M.L. y col. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. Vol. 17, No. 3. Sep-Dic 2008.
- 2.Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Catalogacion de OPS ISBN 92 75 325499 (Clasificación de la NLM: W 85. Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades NoTransmisibles) Washington, D.C.Capitulo II. La magnitud del problema de la adherencia terapeutica deficiente. OMS 2004. pag.7-9.
- 3.Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Catalogacion de OPS ISBN 92 75 325499 (Clasificación de la NLM: W 85. Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades NoTransmisibles) Washington, D.C.Capitulo X. Diabetes.OMS 2004. pag.75-86.
- 4.Vazquez-Martinez JL, Gómez-Dantés H, Fernández-Cantón S. Diabetes Mellitus en poblacion adulta del IMSS.Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000.Rev Med IMSS 2006; 44 (1):13-26.
- 5.Pérez Martínez V.El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. Rev Cubana MGI 2010; 26(2): 1-10.
6. Vermeire E., Van Royen P., Coenen S.,Sabbe B,Wens J., Denekens J. GPs' .The adherence of type 2 diabetes patientsto their therapeutic regimens: A qualitative from the patient`sperspective.Rev. Pract.Diab Inst July/August 2003 Vol.20 No.6.209-214.
- 7.Lindenmeyer, Antje, Whitlock S., Sturt J., and GriffithsF.Patient engagement with a diabetes self-management intervention. Health sciences Research Institute.Warwick \medical School,university of Warwick Coventry U.K.Chronic Illness 2010; 6.306-316.
- 8.Modelos de Creencias de Salud. Psicología y SIDA. Modelo psicologico de la Salud. (2011):1-3.<http://sida/aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/modelo->

.Consultado 16/11/2011.

9. Adherencia al Tratamiento en Hipertensos de Areas de Salud del Nivel Primario. Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias de la Salud. Msc Martin A. Dr.C. Grau A.J., Dr.C. Bayarre V. Escuela Nacional de Salud Publica de Cuba. La Habana 2003-2009.1-145.

10. Orueta Sanchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Toledo España. Vol.29-no-2005:40-48.
<http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es.consultada> en diciembre del 2010.

11. Nieto L. y Pelayo R. (2009) " Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud" Revista Académica e Institucional. UCPR, Colombia 2009.85:61-75.

12. Palop Larrea V. Martínez Mir F. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. España. Vol 28-No 5-2004.28:113-120. <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>. Consultado el 30/11/2011.

13. Aguilar V. Evaluación del apego al tratamiento en enfermedades crónicas en adolescentes del Hospital Gaudencio González Garza. Material Impreso de un Protocolo de Investigación. Antecedentes del Centro Médico la Raza. IMSS 1910.

14. Robles S.L., y Mercado M.J. El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependiente. Colección Fin de Milenio. Serie de Medicina Social. Universidad de Guadalajara, México 2000.310-343.

15. Montiel C. M., Domínguez G. M. "Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMt2". Revista Latinoamericana de Medicina Conductual Vol1. Num2 2-2011/7-2011. pp 7-18.

16. Martín A.L. Aplicaciones de la Psicología en el proceso de salud enfermedad. Rev. Cubana. Salud Pública 2003;298(3):275-81.

17. Novelo L.H. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. Revista de Salud Pública y Nutrición. UANL.5-2003.1-3.

18. Vázquez C.J. L./Panduro C. A. Diabetes Mellitus Tipo 2. Un problema epidemiológico y de emergencia en México. Investigación en Salud, marzo 2001/vol.III Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.18-26.

19. Moreno S.P.E., Roales N.J. El modelo de creencias en salud: Revisión teórica ,

consideracion critica y propuesta alternativa. I:Hacia un analisis funcional de la creencias de salud.International Journal of Psychology and Psichological Therapy,june,2003/vol3, num1.Universidad de Almeida, España.91-109.

20.RICOVERIM.LOSGRUPOSFOCALES.2011;1/19.<http://Ricoveri.ve.tripod.com/ricoveri-marketing2/id48.html>. Build a Website of your own on Tripod.Consultado 30/11/2011.

21.FollariR., HernanadezJ.,Sanchez P.,*Trabajo en Comunidad análisis y perspectivas*.México UAS 1984.937pp.

22. Díaz-Llanes G. Los grupos focales. Su utilidad para el médico de familia. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4)

ANEXOS.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Marzo 2011 Enero 2012	Febrero 2012	Enero Junio 2012	Octubre Diciembre 2012	Marzo Agosto 2013	Septiembre 2013
Elaboración de Protocolo						
Registro en el Comité Local de Investigación						
Recolección de datos						
Análisis de datos						
Redacción de tesis						
Tesis concluida						

ENTREVISTA FOCAL(Anexo1)

<p style="text-align: center;">I. Características personales.</p> <p>FICHA DE IDENTIFICACION.(Que se llena previo a las sesiones de discusión grupal, e incluye: (Edad, sexo, estado civil, escolaridad, comorbilidad, origen poblacional, religión, Con quien vive, apoyo familiar, ingresos económicos, tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidad y polifarmacia).</p>
<p style="text-align: center;">II. Características de la enfermedad y del tratamiento.</p> <p>¿Usted cree que está enfermo?, ¿de qué? Y ¿desde cuándo? ¿Qué tan enfermo esta?, ¿es grave?, ¿Cómo percibe su gravedad?, ¿Qué hace contra la enfermedad? ¿Percibe algún beneficio de lo que se hace contra su enfermedad? ¿Qué obstáculos o barreras percibe para tratarse? ¿Qué le mueve para hacer algo y cuidar su salud? ¿Cumple con la toma de su tratamiento? Si, no, ¿porque? ¿Sabe para que lo toma? ¿Ha tenido efectos adversos? Si, no, ¿porque? ¿Le explican como tomarlo y sus efectos? ¿Usted se informa, si, no, porque? ¿Realiza alguna actividad de prevención? ¿Acude a sus citas o control? , Si, no, ¿porque? ¿Entre cada cita que hace para mejorar su salud? ¿Influye el acceso del lugar de residencia al centro de salud? Si, no, ¿porque? ¿Influye en su economía, por los costos? Si, no ¿porque?</p>
<p style="text-align: center;">III. Características de las señales para la acción.</p> <p>¿Cómo considera que cumple con su tratamiento? ¿En que cumple? Si, no, ¿porque? ¿Qué le funciona para llevar a cabo su tratamiento? ¿Los síntomas o daños a su salud lo consideran como una señal para ir al médico? Si, no, ¿porque? ¿Su control instrumentado (glucómetro)?. Si, no, ¿porque?</p>
<p style="text-align: center;">IV. Características para cumplir con las metas de la adhesión al tratamiento.</p> <p>¿Se toma su medicamento? Si, no ¿Porque? ¿Lleva a cabo su dieta? Si, no, ¿porque? ¿Lleva a Cabo alguna actividad física o ejercicio? Si, no, ¿porque? ¿Qué hábitos ha cambiado para mejorar su salud? ¿Los cuidados específicos de alguna parte de su cuerpo? Si, no, ¿porque? ¿Qué otras prácticas las considera saludables? ¿Tiene un plan de vida? Si, no, porque? ¿Cómo valora su plan de vida, para llevar a cabo su tratamiento? ¿Tiene que ver la voluntad? Si, no, ¿porque? ¿Se cree capaz de resolver cualquier cambio de su enfermedad? Si, no, ¿porque? ¿Cómo participa su experiencia para llevar a cabo los cuidados de su enfermedad?</p>
<p style="text-align: center;">V. Características interpersonales.</p> <p>¿Su relación con el médico afecta el tratamiento? Si, no, ¿porque? ¿La confianza con su médico ayuda? ¿Con la familia? ¿Cómo le ayudan? ¿Con información? ¿Con apoyo material? O ¿con apoyo afectivo? . ¿El personal de a farmacia o la farmacia? ¿La ayuda, interfiere? Si, no, ¿porque? ¿Qué personaje es más importante o son importantes para llevar a cabo su tratamiento y cuidados de la enfermedad?</p>
<p style="text-align: center;">I. Características del ambiente.</p> <p>¿El sistema de atención a su salud es adecuado, para que usted cumpla con su tratamiento? ¿En qué? Si, no, ¿Porque? ¿La vida diaria lo absorbe para no poner atención a su tratamiento? Si, no, ¿porque? ¿Usted cree que requiere de un grupo diferente de profesionales para mejorar su tratamiento? Si, no, ¿porque? ¿Los cambios en el hogar le afectan? ¿Cómo? ¿Los cambios en el trabajo le afectan? ¿Cómo?</p>

Anexo 2
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

Fecha: inicia-5-de-octubre-2012

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM) Registrado ante el Comité Local de Investigación o de la CNIC con el número: El objetivo del estudio es:

EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: En responder una serie de preguntas que contestara en un promedio de 30 minutos

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: NINGUNO YA QUE SOLO ES RESPONDER UN CUESTIONARIO

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

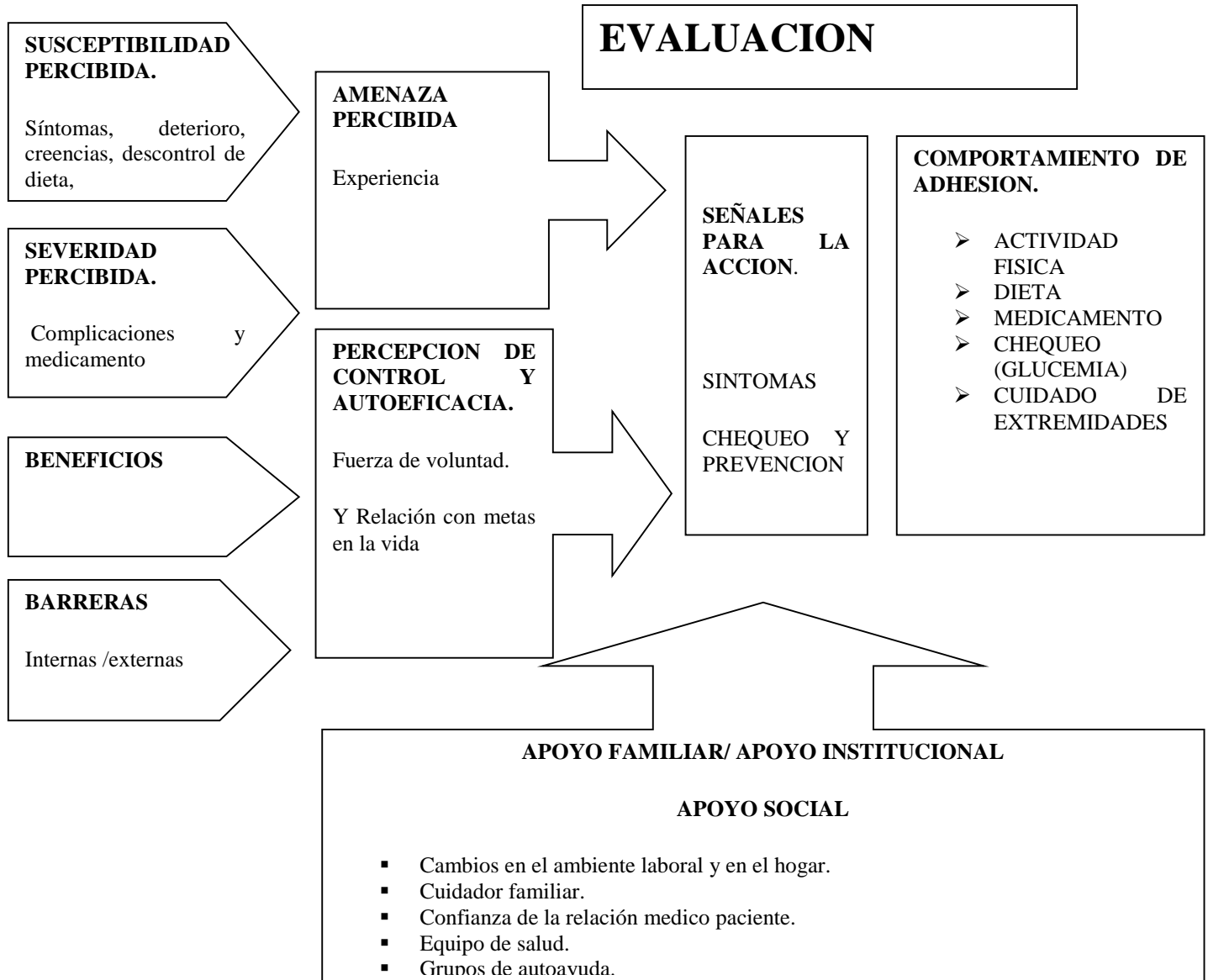
Nombre y firma del paciente

Dr. Víctor Manuel Aguilar Matricula

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: TEL 5747 3500 EXT 25158 victor.aguilar@imss.gob.mx Testigos
Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-

Anexo3.

Modelo integral relacional de las variables asociadas a la adhesión al Tratamiento Del adulto mayor con DMT2.



CUADROS DE DATOS GENERALES DE LOS GRUPOS FOCALES.

Entrevista del Grupo Focal 1. Cuauhtémoc, María, Estela, Daniel, Ramona, Jesús y Benito.

GPO1/ PARTICIPANTE	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ORIGEN	RELIGION	CON QUIEN VIVE	APOYO ESPOS(1) FAMIL.V(2)	FUENTE DE INGRESOS	DX EST	COMORB. OTRA COMPLIC.	POLIFARM
G-1 CV A	72	CASADO	PRIMARIA	MICH	CATOLICA	ESPOSA HIJA(1) NIETA(1)	1	PENSION	DM 2 7a	HAS 7a	N O
G-1 ML Z	65	CASADA	PRIMARIA	D.F.	CATOLICA	ESPOSO	1	PENSION	DM 2 10a	HAS 7a NEFROPA TA HIPERTEN SIVA 1a	N O
G-1 EA M	75	DIVORCADA	PRIMARIA	OAX	CATOLICA	SOLO	1y2	SOLO APOYO FAMILIAR.	DM 2 1a	HAS 44a Dislipid. 6a	SI
G-1 DT G	73	VIUDO	PRIMARIA	D.F.	CATOLICA	HIJO NUERA 2NIETOS	2	AYUDA DE LIGA DE MADRES SOLTERAS	DM 2 17a	HAS 27a Hipoacusia 2a	N O
G-1 RE J	84	VIUDA	PRIMARIA SEGUNDO	D.F.	CATOLICA	FAMILIARES	2	TARJETA ALIMENTICIA Y APOYO FAMILIAR	DM 2 6a	HAS 6a Dislipid.3a	SI
G-1 JJ R	81	VIUDO	PRIMARIA CUARTO	GT O	CATOLICA	SOLO	2	PENSION Y TARJETA SENECTUD	DM 2 2a	CATARATAS 2a Sx de caídas 2a	SI
G-1 BM S	77	VIUDO	PRIMARIA	D.F.	CATOLICA	SOLO	2	PENSION	DM 2 20a	HAS 20a NEFROPA TA DIABETIC A 5a C/ DIALISIS PERIT.1a	SI

Entrevista del grupo focal 2: Justina, Abraham, Rosario, Carmen, José, María Luisa y Ramona.

GPO2/ PARTICIPANTE	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ORIGEN	RELIGION	CON QUIEN VIVE	APOYO ESPOS(1) FAMILY(2)	FUENTE DE INGRESOS	DX EST	COMORB. OTRAS COMPLIC.	POLI-FARM
G-2 JSC	72	CASADA	PRIMARIA	D.F.	CATOLICA	FAMILIARES	2	APOYO FAMILIAR	DM2 12 ^a	HAS 13 ^a Dislip.5 ^a Neuropat. 2a	SI
G-2 ANM	77	CASADO	PRIMARIA	GTO	CATOLICA	SOLO	2	APOYO FAMILIAR	DM2 28 ^a	HAS 28 ^a Dislip. 2 a Osteoartritis 12a	SI
G-2 RRJ	76	CASADA	PRIMARIA	D.F.	CATOLICA	ESPOSO+FAMILIARES	1 Y 2	APOYO FAMILIAR	DM2 12a	HAS 15 ^a Dislipid.7 ^a	SI
G-2 MCG	70	VIUDA	PRIMARIA	EDO MEX	CATOLICA	FAMILIARES	2	APOYO FAMILIAR	DM2 14a	Gastritis 22a HAS 7 ^a Dislip. 3 ^a	SI
G-2 JAF	71	CASADO	SECUNDARIA	D.F.	CATOLICA	ESPOSO	0	PENSIONADO	DM2 7a	HAS 3a Dislipid. 3a	SI
G-2 MLB	65	CASADA	PRIMARIA	DF	CATOLICO	ESPOSO	1	PENSIONADA	DM2 10	HAS 7a NEFROPATA HIPERTENSIVA 1a	NO
G-2 REP	84	VIUDA	PRIMARIA	D.F.	CATOLICA	FAMILIARES	2	APOYO FAMILIAR	DM2 6a	HAS 3 ^a Dislip.3a	SI

Entrevista del grupo focal 3. Aurora, Valeriano, Inés, Esther, Antonia y Socorro.

GPO3/ PARTICI- PANTE	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARI- DAD	ORIGI- NARIO	RELIGION	CON QUIEN VIVE	APOYO ESPOS(1 FAMILY)2	FUENTE DE INGRESOS	DX EST	COMORB. OTRAS COMPLIC.	POLI-FARM
G-3 AOS	65	CASA DA	PRIMARIA	D.F.	CATOLI CA	HIJOS	1 Y2	APOYO FAMILIAR	DM2 5ª	HAS 10ª Púrpura. Trombocito- peneca 42 IAM 10ª Hipoacusia B. 9a Osteoporosis 6ª Tiroiditis 3 a	SI
G-3 VEJ	84	CASA DO	PRIMARIA	OAX	CATOLI CA	FAMILIARE S	1Y2	APOYO FAMILIAR	DM2 12ª	Catarata 10ª Glaucoma 9a HAS 3ª Cardiop. Isquemica 3ª Dislipidemia 3 a	SI
G-3 INB	79	VIUDA	PRIMARIA	TLAX	CATOLI CA	HIJOS	2	APOYO FAMILIAR	DM2 7ª	i.venosa periférica 12a Glaucoma 7ª Rinitis alerg 22a	SI
G-3 EPC	75	VIUDA	PRIMARIA	OAX	CATOLI CA	SOLA	2	APOYO FAMILIAR.	DM2 22a	HAS 12 a	NO
G-3 ALM	72	CASA DA	PRIMARIA	SLP	CATOLI CA	ESPOSO	1Y 2	APOYO FAMILIAR	DM2 2ª	HAS 2ª Gastritis 2ª	NO
G-3 SCR	67	CASA DA	PRIMARIA	HGO	CATOLI CA	ESPOSO	1Y2	APOYO FAMILIAR	DM2 2a	HAS 22ª	SI

Entrevista del grupo focal 4. María Eugenia, María Luisa, Vicente, Antonio y Josefina.

GPO4/ PARTICIPA NTE	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLA- RIDAD	ORIGI- NARIO	RELIGION	CON QUIEN VIVE	APOYO ESPOS(1 FAMILY(2	FUENTE DE INGRESOS	DX EST	COMORB. OTRAS COMPLIC.	POLI-FARM
G-4 MAE	74	DIVORCI ADA	PRIMA RIA	HGO	CATOLIC A	HIJOS	2	APOYO FAMILIA R	DM2 2a	I.VenosaP.C.. 42 ^a Osteoartritis17a HAS 7 ^a Dislip. 5 ^a Glaucoma 6a	SI
G-4 MLA	65	VIUDA	SECU NDARI A	D.F.	EVANGEL ISTA	SOLO	2	APOYO FAMILIA R	DM2 19a	HAS 3a CATARATA 4 ^a Nefropat.3a	NO
G-4 VCP	81	VIUDO	PRIMA RIA	D.F.	CATOLIC A	HIJOS	2	PENSIO NADO	DM2 29a	HAS 1 ^a	NO
G-4 AET	80	CASADO	PRIMA RIA	D.F.	CATOLIC A	ESPO SO	1	PENSIO NADO	DM2 34 ^a	HAS CARDIOPATIA ISQUEMICA Gonartrosis 7a	NO
G-4 JBN	79	VIUDA	PRIMA RIA	D.F.	CATOLIC A	SOLO	2	APOYO FAMILIA R	DM2 27a	HAS 14 ^a Catarta b. 17 ^a Colon irritable 12 a	SI