



### Introducción

El tema de la adherencia siempre ha preocupado a los médicos; el *National Heart, Lung and Blood Institute* señala que entre 30% y el 70% de los pacientes no cumple con los consejos de su médico. En el caso de las enfermedades crónicas, ese porcentaje llega al 45%. Cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de falta de adherencia aumentan significativamente. En el caso de la diabetes se han encontrado tasas de no adherencia superiores al 50%.

La Organización Mundial de la Salud define al cumplimiento terapéutico como el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones *pactadas* entre un profesional de la salud y un paciente en cuanto a la toma de medicación, el seguimiento de un régimen dietético y la ejecución en los cambios en el estilo de vida pactados. Lo interesante de esta definición es que señala un *pacto entre el médico y el paciente*; se ha modificado la palabra "prescripción", tan habitual en Medicina, por la de recomendación pactada. De este modo, el paciente no es el que pasivamente recibe una indicación, sino el que *acuerda un compromiso*.

Esta definición parece central en todo tratamiento, pero es fundamental en la diabetes, pues resalta de la consulta médica su cualidad de *encuentro* y de *intercambio* entre dos protagonistas: el médico (que posee un saber para diagnosticar, proponer y decidir pautas de tratamiento) y el paciente (que sufre un padecimiento y necesita ser sostenido, apoyado y preparado para tomar las riendas en el control de su enfermedad).

Se define la adherencia en diabetes como el *repertorio de conductas que se ajustan a las indicaciones y pautas de tratamiento tendientes a lograr un buen control metabólico*. Este concepto de adherencia conlleva la *implicación activa y voluntaria del paciente*. Ésta es, justamente, una de las características centrales del tratamiento: el lugar protagónico del paciente en llevar a cabo un tratamiento complejo que lo involucra de manera particular, que exige de sí cambios en sus hábitos cotidianos, realizar conductas de control y cuidado que requieren de conocimientos médicos y nutricionales:

- funcionamiento del páncreas
- mecanismos fisiológicos para comprender bajas o subas de la glucemia (no sólo medirla varias veces al día, en el caso de utilizar insulina, sino también saber qué hacer frente esos valores)
- estar atento a los indicios de hipoglucemia.
- composición de los alimentos, con cálculo más o menos preciso de los hidratos de carbono a ingerir
- controlarse, limitarse, someterse a un nuevo orden, cuidarse.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<b><i>Revisó</i></b>	<b><i>Aprobó</i></b>
<b><i>Nombre</i></b>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<b><i>Firma</i></b>		
<b><i>Fecha</i></b>	30/10	14/11



El diagnóstico de diabetes va a impactar en la vida emocional del paciente y en su entorno más cercano de una manera particular. La conducta es un fenómeno complejo, producto del entramado subjetivo, de las características propias de cada persona ante las circunstancias por las cuales transita su existencia.

### **Particularidades del Diagnóstico de Diabetes**

La diabetes tiene dos características que la hacen peculiar: la autoasistencia y la cronicidad.

#### **Autoasistencia**

En el caso de la diabetes tipo 1, cuya aparición suele ser intempestiva e imprevista, los cambios son inmediatos. De un día para otro, el paciente deberá hacer importantes modificaciones en sus hábitos cotidianos: inyectarse la insulina y monitorear varias veces al día la glucemia; calcular la cantidad de hidratos que va a consumir; no comer de más, pero tampoco dejar de comer, pues ello disminuiría el nivel de glucemia para colocarlo en situaciones de riesgo (un mecanismo de regulación automática que hasta el momento estaba a cargo de un órgano de su cuerpo, debe ser ahora asumido por el paciente). Quedan a su cargo prácticas de autocuidado que requieren la incorporación de conocimientos médicos y nutricionales. Además, no sólo deberá aprender sobre la enfermedad, sino también estar atento a los modos en que su organismo responde a la diversidad de situaciones cotidianas e ir haciendo los ajustes necesarios.

En el caso de la diabetes tipo 2, generalmente regulable con medicación oral, control de la ingesta y actividad física, si bien los cambios parecieran de menor envergadura, suelen provocar en el paciente problemáticas psicológicas semejantes.

#### **Cronicidad**

Curar una enfermedad y recuperar el estado de salud son factores que estimulan los esfuerzos y las renuncias que impone un tratamiento. En este caso esa “recompensa” está ausente, ya que los cambios no son transitorios sino permanentes y abarcan el estilo de vida de cada persona, sus hábitos alimentarios, el sedentarismo, sus conductas sociales.

La incurabilidad no sólo dice que la enfermedad ha llegado para quedarse, sino también instala la amenaza que pende sobre el sujeto por las consecuencias de su “descuido”. El diagnóstico de diabetes es, sin duda una situación de crisis porque enfrenta al sujeto con una situación inesperada que pone en peligro su integridad, le exige cambios perentorios

y definitivos. Frente a ella se reactivarán fantasías y temores arcaicos, se cuestionarán creencias, se pondrán en juego los recursos del Yo para tolerar la ansiedad y la frustración, así como la fortaleza para buscar respuestas adaptativas ante su nueva circunstancia.

La aceptación de la presencia de diabetes resulta difícil a cualquier edad. Distintos factores inciden para que esto ocurra:

- a) la etapa de la vida en la que aparece.
- b) los recursos que el yo tenga para enfrentarla
- c) el grado de sostén y participación familiar

Es central tener presente que la *aceptación* es un punto de llegada, es un camino a recorrer que lleva tiempo y trabajo, similar al trabajo psicológico de un duelo. Éste requiere la aceptación de una pérdida y la adecuación a la nueva circunstancia: algo que antes estaba (su salud) se perdió. La aparición de una enfermedad como la diabetes va a conmocionar profundamente la vida emocional; se cuestionan certezas, se reactivan fantasías y temores arcaicos, se ponen a prueba los recursos con que el sujeto cuenta para afrontar situaciones críticas.

### **Factores que Intervienen en la Adherencia al Tratamiento**

#### **Características Psicológicas del Enfermo**

Se hace referencia a los sentimientos y vivencias que permiten conocer cuáles son las principales ansiedades y temores que dificultan la adherencia al tratamiento:

- Sentimiento de que la enfermedad le es **ajena**: algunos pacientes manifiestan que lo que más les cuesta de la diabetes es “tenerla”, otros dicen “no sólo me hace sufrir, sino que, además tengo que cuidarla”. Queda expresada, de este modo, la dificultad en aceptarla como propia, ¿cómo hacer para cuidar algo que, en realidad, quisiera expulsar de sí mismo o a quien se siente como un enemigo o contrincante? Este sentimiento, que puede ser normal y esperable en el primer tiempo de conocido el diagnóstico, cuando permanece a través del tiempo es de mal pronóstico. El paciente no asume la diabetes como propia, no se compromete con su propio cuidado, come de más, no hace actividad física, olvida la medicación. Son aquéllos que “desaparecen” del consultorio, los que entregan los análisis en sobre cerrado sin ver antes los resultados, los que no preguntan.
- **Vergüenza o menoscabo**: la diabetes es una falla que los expone a situaciones sociales de exclusión. Necesitan ocultarlo a los demás porque la enfermedad aparece como una herida a su autoestima.

- **Enojo y lucha:** Luis (25 años, diabetes tipo 1, con 6 años de diagnóstico): “No tolero que sea para siempre.....es como un enemigo, si no me mantengo alerta esta ahí al acecho...esperando un descuido...” La diabetes es algo exterior a sí mismo no puede apropiarse de la enfermedad y tomar conciencia de que cuidarla es cuidarse.
- **Pérdida de libertad** por las limitaciones y la exigencia de trabajo que le exige el tratamiento. Esto suele ser habitual en los adolescentes, dado que los cuidados que la diabetes requiere se oponen a la necesidad que el joven tiene de luchar por su autonomía, por la independencia de sus padres, como modo de diferenciarse de ellos y afianzar su propia personalidad. La sensación es de quedar sometidos a un orden impuesto desde afuera provocando conductas de rechazo y rebeldía.
- **Las creencias** son las representaciones que el paciente tiene de la enfermedad, en cuya constitución interviene la historia personal y el imaginario social, que señala a la diabetes como una enfermedad invalidante. Estas creencias suelen oficiar como un temor subyacente con valor de certeza que opera en contra de la posibilidad de evitar las complicaciones. Hebe, 56 años, con diabetes tipo 2: “Mientras como me digo, dale seguí... igual vas a terminar con la pierna amputada...” Aquí se ve el peso de una creencia fuertemente arraigada que suele ser habitual en muchos pacientes con diabetes tipo 2. Detrás de las transgresiones puede estar la creencia de un destino que se imagina inexorable. La representación de la enfermedad, marca un destino y sitúa al sujeto en un estado de impotencia: nada le da la salud.
- El concepto de **autoeficacia percibida** (Bandura, 1995) se refiere a la creencia de una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. Las creencias de eficacia influyen en el pensamiento y funcionan como estímulo en la búsqueda de recursos para afrontar las situaciones adversas a las que se vive como un desafío, o bien pueden ser un obstáculo cuando son autodesvalorizantes, el sujeto descrea de su capacidad para resolver los problemas cotidianos. Predominan entonces estrategias de afrontamiento pasivas, de evitación. Se manifiesta como falta de motivación, desánimo ante la exigencia a hacer los controles, el desinterés en aprender.

Se debe considerar también que, muchas veces, la dificultad del paciente en asumir el compromiso de su propio cuidado pone de manifiesto la existencia de **trastornos psicopatológicos previos** a la aparición de la diabetes.

- a) En muchos pacientes, la falta de motivación, el desánimo y la apatía son expresión de un **trastorno depresivo** que a veces suele pasar desapercibido. Predominan los pensamientos negativos sobre sí mismo, la vivencia de no contar con recursos para afrontar las exigencias del tratamiento y una visión pesimista del futuro.
- b) La fobia a las agujas o el temor acentuado a las hipoglucemias pueden ser causa de las dificultades en el autocuidado; ambos síntomas suelen darse en **personalidades ansiosas** que no logran encontrar recursos adaptativos a la enfermedad.



De este modo, los obstáculos psicológicos giran en torno a las vivencias y pensamientos que se ponen en juego, así como a los mecanismos con los cuales el sujeto trata de defenderse de la angustia y el sufrimiento que le provocan la exigencia, la renuncia, los miedos, su inseguridad, su temor al deterioro, sus creencias o certezas sobre un destino que imagina inexorable. Este es el trasfondo que subyace a las conductas observadas en los pacientes y explica la dificultad de hacerse cargo de su propio cuidado, lo que invariablemente conducirá a un mal control de la enfermedad.

### El Sostén del Entorno

El diagnóstico de una enfermedad crónica en un integrante conmociona a todo el sistema familiar. La comprensión y el apoyo que los familiares puedan brindar al paciente, sobre todo en los comienzos de la enfermedad, configura un aspecto central en el logro de una mejor adherencia al tratamiento, puesto que la familia ofrece recursos y soporte emocional que estimulan el esfuerzo del paciente en alcanzar los cambios que el enfermo requiere.

Los conflictos familiares vinculados con la diabetes pueden presentarse cuando los miembros de la familia desacuerdan con las pautas, metas y objetivos del tratamiento. Ejemplo de ello son aquellos casos en los que algunas de las características de la terapia, tales como la organización de horarios (relacionados con la aplicación de insulina, los monitoreos, la toma de medicación, las ingestas) o las indicaciones asociadas a determinadas pautas de alimentación que pueden no coincidir con el estilo familiar, alteran significativamente la dinámica de la familia. En estas situaciones es posible que las indicaciones médicas y nutricionales sean percibidas como un impacto negativo en el desenvolvimiento de la vida familiar. El paciente pasa a ser el “diferente” y esto suele incrementar su hostilidad hacia la enfermedad.

Otra situación de posible conflicto es aquella que se presenta con frecuencia en los adolescentes, y está vinculada con el nivel de autonomía e independencia del joven respecto del grupo familiar en lo que hace al cuidado de su salud. En algunos padres, las conductas sobreprotectoras suelen ser un obstáculo que impide o dificulta que el joven se involucre y asuma el compromiso en el control de la enfermedad.

La inclusión de la familia en las consultas, donde el plan y las indicaciones médicas sean compartidas, favorece el diseño de estrategias y la búsqueda conjunta de alternativas terapéuticas más realistas, fomentando de esta manera una mejor adherencia.

### El Equipo de Salud

En numerosas investigaciones se corroboró la importancia de la relación médico-paciente como variable interviniente en la adherencia al tratamiento. En el estudio *Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs* (DAWN; actitudes, deseos y necesidades de la diabetes) se reveló que los temores e inseguridades de las personas diabéticas se relacionan con la falta de educación y la mala comunicación con el profesional que los atiende.

#### **Que puede hacer el equipo de salud para mejorar la adherencia:**

- a) *Desarrollar la empatía: ponerse en la piel del otro ayuda a comprender sus necesidades y genera confianza en el paciente a plantear dudas, temores y dificultades. Es acortar la distancia con él.*
- b) *Ayudarlo a que se conecte con lo que siente: esto lo ayuda a reflexionar sobre sí mismo y a entender el significado de algunas actitudes que lo dañan.*
- c) *Hacer preguntas más que dar respuestas: lo coloca en un papel más activo y menos dependiente del médico.*
- d) *Enseñar: transmitir información en “pequeñas dosis”, no usar términos técnicos, no hablar de complicaciones **nunca**, hablar de cuidados, de prevención.*
- e) *Hay que entrenar, enseñar a hacer, ayudarlo a descubrir recursos para resolver situaciones cotidianas. La educación diabetológica es fundamental para potenciar el cumplimiento con el tratamiento.*
- f) *Valorar pequeños cambios, tranquilizar y aliviar: reforzar las capacidades del paciente en conducir el curso del tratamiento.*
- g) *Incluir a la familia o alguien de su entorno cuando esto configure un obstáculo en la adherencia*
- h) *Ayudarlo a que pueda recurrir a la consulta psicológica cuando predomina la negación, el sufrimiento, o conductas que lo acercan al riesgo de tener complicaciones*
- i) *Buscar nuevos recursos educativos con utilización de técnicas grupales en los que se incluya un espacio para hablar de las dificultades en el autocuidado (psicoeducación).*
- j) *Organizar grupos terapéuticos focalizados sobre las dificultades en la relación con la enfermedad.*

La adherencia al tratamiento es una conquista que debe ser renovada permanentemente; el concepto de “conquista” hace referencia a que es algo que se alcanza, que se logra gracias a un esfuerzo, a la lucha que se da dentro de uno mismo por vencer dificultades y obstáculos. La magnitud del esfuerzo está en relación con el tipo de cambios que exige el tratamiento, la diversidad de recursos psicológicos con que el sujeto cuente para afrontar esos cambios (motivación, creencias, autoestima, hacer el duelo por el cuerpo que ya no es el que era, capacidad de adaptación a la nueva circunstancia) y a la habilidad del médico para ver al paciente de una manera integral, jerarquizando el diálogo y la comunicación.



### **Bibliografía**

1. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med.* 2005; 22(10):1379-85.
2. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37(2):122-147
3. Dolto F. *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona. Ed. Paidós. 1990
4. Ortiz Manuel, Ortiz Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev. Med. Chile* 2007; 135(5): 647-652
5. Uzorskis B. *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. 2002. Letra Viva. Buenos Aires