

Auto-administrando el tratamiento de la osteoporosis en el rescate del bienestar, mediado por la (in)visibilidad de indicadores de la enfermedad

Luciana Bronzi de Souza¹

Gláucia Maria Ferreira da Silva Mazeto²

Sílvia Cristina Mangini Bocchi³

Este estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de los pacientes con el tratamiento de la osteoporosis. Los marcos teórico y metodológico fueron, respectivamente, la Grounded Theory y el Interaccionismo Simbólico. Los sujetos fueron 12 pacientes en una clínica especializada. Las declaraciones fueron transcritas y analizadas, habiendo sido obtenida una síntesis de los temas descritos. En el proceso de análisis surgieron dos fenómenos: "auto-evaluando el estado de salud de acuerdo a los indicadores de la enfermedad" y "tomando una decisión sobre el tratamiento teniendo como meta el bienestar". La reestructuración y la interrelación de los componentes que pertenecen a estos fenómenos (temas, categorías y subcategorías) permitieron identificar la categoría central, llamada "auto-administrando el tratamiento de la osteoporosis en el rescate del bienestar, por medio de la (in)visibilidad de los indicadores de la enfermedad." Además, permitió elaborar un modelo teórico referente al proceso emprendido por el actor en su movimiento cíclico de experiencia, entre la adhesión y el relajamiento en lo que se refiere al tratamiento de la osteoporosis.

Descriptores: Osteoporosis; Cooperación del Paciente; Investigación Cualitativa; Resultado del Tratamiento; Enfermedad Crónica.

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP, Botucatu, SP, Brasil:

¹ Estudiante del curso de Graduación en Nutrición, Instituto de Biociências de Botucatu, SP, Brasil. E-mail: lubronzi@hotmail.com.

² Médica, Doctor, Profesor Asistente, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu, SP, Brasil. E-mail: gmazeto@fmb.unesp.br.

³ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu. E-mail: sbocchi@fmb.unesp.br.

Correspondencia:

Gláucia Maria Ferreira da Silva
UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu
Rua Campus de Botucatu, S/N
Distrito de Rubião Júnior
CEP: 18618-000 Botucatu, SP, Brasil
E-mail: gmazeto@fmb.unesp.br

Autogerindo o tratamento da osteoporose no regaste do bem-estar, mediado pela (in)visibilidade de indicadores da doença

O presente estudo teve como objetivo compreender a experiência dos pacientes com o tratamento da osteoporose. Os referenciais metodológico e teórico foram, respectivamente, a Grounded Theory e o Interacionismo Simbólico. A amostra desta pesquisa foi composta por 12 pacientes, acompanhados em um ambulatório especializado. Dos depoimentos obtidos, após transcritos e analisados, obteve-se uma síntese dos temas descritos. Do processo de análise, emergiram dois fenômenos: "autoavaliando o estado de saúde, segundo os indicadores da doença" e "tomando a decisão quanto ao tratamento, tendo como meta o bem-estar". O realinhamento e a inter-relação de componentes, pertencentes a esses fenômenos (temas, categorias e subcategorias), possibilitaram identificar a categoria central, denominada "autogerindo o tratamento da osteoporose no regaste do bem-estar, mediado pela (in)visibilidade de indicadores da doença". Ademais, permitiu elaborar um modelo teórico referente ao processo empreendido pelo ator no seu movimento cíclico da experiência, entre a adesão e o relaxamento quanto ao tratamento da osteoporose.

Descritores: Osteoporose; Cooperação do Paciente; Pesquisa Qualitativa; Resultado de Tratamento; Doença Crônica.

Self-Managing Osteoporosis Treatment for Well-Being Recovery Mediated by the (in)visibility of the Disease Signs

The present study aimed to understand patients' experience with osteoporosis treatment. The methodological and theoretical frameworks were, respectively, the Grounded Theory and Symbolic Interactionism. The research subjects were 12 patients monitored in a specialized outpatient unit. The obtained statements were transcribed and analyzed, leading to a synthesis of the described themes. From the analysis process, two phenomena emerged: "self-evaluating health conditions according to the disease signs" and "making a decision about the treatment targeting at well-being". The realignment and the inter-relationship of the components belonging to these phenomena (themes, categories, and subcategories) allowed to identify the core category: "self-managing osteoporosis treatment for well-being recovery mediated by the (in)visibility of the disease signs". Furthermore, it allowed for the design of a theoretical model concerning the process used by the player in his cyclic movement of the experience, between adherence to and relaxation from the osteoporosis treatment.

Descriptors: Osteoporosis; Patient Compliance; Qualitative Research; Treatment Outcome; Chronic Disease.

Introducción

Ese estudio emergió de la experiencia de los autores trabajando con un equipo multiprofesional en unidad-ambulatorio especializada en enfermedades osteometabólicas, donde la osteoporosis ha sido un diagnóstico prevalente, contextualizado en un país que ha experimentado el fenómeno del envejecimiento, de manera similar a todas las demás naciones de América

Latina y el Caribe⁽¹⁻²⁾.

La osteoporosis es normalmente definida como una enfermedad caracterizada por la reducción de la masa ósea y deterioración de la micro-arquitectura del tejido óseo, llevando a un aumento de la fragilidad de ese tejido y, consecuentemente, a un aumento en el riesgo de fracturas⁽³⁾. La enfermedad osteometabólica

es más común y es un importante problema de salud pública en otros países, afectando más de 200 millones de mujeres en el mundo. Además de eso, de acuerdo con la *National Osteoporosis Foundation*, 22 millones de mujeres después de la menopausia, con edad de más de 55 años, presentan la enfermedad y, de estas, 78% no son diagnosticadas⁽⁴⁾. En Brasil, se estima que cerca de 10 millones de individuos tienen osteoporosis y que 2,4 millones sufren de algún tipo de fractura todos los años⁽³⁾.

Tratamientos efectivos contra la osteoporosis están disponibles hace más de 10 años. A pesar de que la investigación clínica muestra los beneficios de esos métodos terapéuticos, la eficacia es más baja en pacientes que no adhieren totalmente a la terapia. Fundamentados en estudios, estos autores muestran que 50% de los pacientes dejan de adherir después del primer año de terapia y que la baja persistencia y adhesión está asociada con los elevados índices de fracturas⁽⁵⁾.

Estudios explorando las barreras que impiden la adhesión de individuos al tratamiento de la osteoporosis muestran que las personas no acostumbran a considerar la enfermedad como un problema relevante de cuidado con la salud, una vez que ella se desarrolla silenciosamente, diferentemente de otras patologías que son inicialmente presentadas por manifestaciones clínicas⁽⁶⁾. Se suma a esto la falta de conocimiento del paciente sobre la susceptibilidad de cada uno al envejecer y la creencia de que se trata de un proceso normal en la vida de los más viejos⁽⁷⁾.

Como resultado, es común los profesionales de la salud encontrar personas que se sorprenden por la enfermedad cuando ya está en una fase avanzada, marcada por la fractura⁽⁷⁻⁸⁾, dolor significativo⁽⁷⁾ y alteraciones en los resultados de prueba de radiodiagnóstico⁽⁹⁾. Ni siquiera el hecho de que un individuo puede mostrar recurrentes fracturas asociadas con la osteoporosis se asegura de que él o ella desarrolle la percepción de riesgo de nuevos episodios. Un estudio revela que 54% de los pacientes con fracturas recurrentes no fueron capaces de relacionarlos con la osteoporosis⁽⁶⁾.

La literatura recomienda que los profesionales del área de la salud deben empeñarse en operacionalizar estrategias que puedan contribuir para la reducción de esas barreras⁽¹⁰⁾, basándose en procesos educativos continuados⁽¹¹⁾.

En vista del envejecimiento poblacional brasileño, la prevalencia de la enfermedad y la baja adhesión al tratamiento de la osteoporosis, así como la importancia de

realizar estudios al respecto de este asunto⁽⁵⁾ y, tratando de aumentar el conocimiento que irá proporcionar la base para acciones educativas, decidimos comenzar nuestro proceso de investigación con la siguiente pregunta: — ¿Cómo es la experiencia de un individuo sometido al tratamiento de osteoporosis? Por medio de este estudio, pretendemos comprender la experiencia de interacción de individuos sometidos al tratamiento de la osteoporosis, así como desarrollar un modelo teórico representativo de esa experiencia bajo el marco de referencia teórico y metodológico de la investigación cualitativa.

Método

Este es un estudio cualitativo aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Botucatu, proceso nº 396/2008-CEP; este fue conducido en pacientes con osteoporosis que estaban siendo acompañados por más de un año en el Ambulatorio de Disturbios del Calcio de la Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad Estatal Paulista, en Brasil.

La recolección de datos se inició después de la obtención del Consentimiento Libre y Esclarecido de Participación en la Investigación. Fueron conducidas entrevistas no estructuradas, grabadas de acuerdo con la siguiente pregunta orientadora: — ¿Cómo ha sido su experiencia con el tratamiento de la osteoporosis? Las declaraciones obtenidas fueron transcritas y las grabaciones, posteriormente destruidas.

El abordaje metodológico utilizado fue la *Grounded Theory*: descubriendo categorías, ligándolas, desarrollo de memorándums e identificación del proceso⁽¹²⁾. Nosotros enfatizamos que, en este abordaje metodológico, la recolección de datos sucede simultáneamente con el proceso analítico, hasta que el Investigador alcance la saturación teórica, o sea, hasta que ningún dato relevante surja del análisis, así mostrando que las categorías se desarrollaron en términos de propiedades y dimensiones y que las relaciones entre ellas están bien establecidas y validadas por los propios datos⁽¹²⁾. En el presente estudio, la saturación teórica ocurrió en el análisis de la 12ª entrevista, con 11 mujeres y un hombre con edad variando entre 36 y 79 años.

La experiencia del actor sometido al tratamiento de la osteoporosis fue analizada bajo la luz del Interaccionismo Simbólico. Cuatro importantes aspectos distinguen ese abordaje teórico de las otras, en Psicología: "1 – El Interaccionismo Simbólico crea

una imagen más activa del ser humano y rechaza la imagen de un organismo pasivo y determinado. 2 – El ser humano es comprendido como alguien actuando en el presente, que es influenciado no solamente por lo que ocurrió en el pasado, pero también por lo que está sucediendo ahora. 3 – La interacción no es solamente lo que está ocurriendo entre las personas, es también algo que está sucediendo dentro de los individuos. La definición puede ser influenciada por aquellos con quien interactuamos. Esto también es resultado de nuestra propia definición, de nuestra interpretación de la situación. 4 – El Interaccionismo Simbólico describe al ser humano como más activo en su mundo que en otras perspectivas. Los conceptos de Interaccionismo Simbólico son: símbolo, *self*, mente, colocarse en el lugar del otro, acción humana e interacción social⁽¹³⁾.

Resultados: La experiencia interaccional del individuo sometido al tratamiento de la osteoporosis

El análisis de los datos de acuerdo con la *Grounded Theory* nos permitió entender la experiencia interaccional del individuo sometido al tratamiento de la osteoporosis por medio de los fenómenos A y B.

Fenómeno A. Autoevaluación de las condiciones de salud según los indicadores de la enfermedad

Es el proceso continuo de autoevaluación conducido por el individuo sobre sus condiciones de salud, basándose en las manifestaciones de la osteoporosis, que indicarán al individuo la visibilidad o no de la enfermedad en su vida, así como su comportamiento con relación al tratamiento. En cuanto la evidencia no es revelada al individuo, este se percibe bien y, por lo tanto, la enfermedad también continúa a ocupar un plano invisible en su vida cotidiana. Lo opuesto le ocurre a aquellos que se enfrentan con la concretización de la enfermedad, por medio de la difícil experiencia de pasar a convivir con las manifestaciones de la osteoporosis. Ese fenómeno integra dos temas (A1, A2).

Tema A1. Percibiéndose bien al no experimentar las manifestaciones de la enfermedad

Se trata de la experiencia del individuo cuya osteoporosis fue diagnosticada, pero como no la siente por medio de manifestaciones clínicas, permanece independiente en las actividades cotidianas, sin percibir la enfermedad como un problema en su día a día. Este tema se agrupa en dos categorías (A1.1, A1.2).

Categoría A1.1. No evidenciando alteraciones significativas en las actividades de la vida diaria

Son las experiencias en las cuales el individuo no experimenta limitaciones significativas en sus actividades diarias; por lo tanto, ese individuo disfruta de total independencia y autonomía delante de la enfermedad, que es todavía invisible en su vida: [...] *Yo evito agarrar pesos. Sabe [...] también no podemos abusar [...], pero yo trabajo, yo hago mis cosas normalmente [...], eso no cambió nada en mi vida [...]* (Actor 5); [...] *para mí no cambió nada después (del diagnóstico) de la osteoporosis [...]* (Actor 2); [...] *yo voy a la huerta de mañana y quedo esperando el sol salir para tomarlo por la mañana. Quedo allá moviendo, moviendo y ahí voy para casa y allá hago todo lo que tengo que hacer [...]* (Actor 3).

Categoría A1.2. No se percibiendo con las evidencias relativas a la evolución de la enfermedad

Se trata del individuo que fue diagnosticado con osteoporosis, pero no está conviviendo con las manifestaciones clínicas de la enfermedad, como señaladores de atención a su salud. Esa categoría reúne tres subcategorías: no haber experimentado fracturas; no haber sentido dolor; no haber percibido alteraciones posturales: [...] *¡Sabe! Yo me caigo, pero no tengo problema. Yo llevo cada caída y nunca quebré nada [...]. No se hace cuanto tiempo yo tengo osteoporosis, pero gracias a Dios, yo no siento dolor ninguno [...]. Yo tengo una óptima salud* (Actor 6); [...] *En la postura, yo no percibí nada, pero procuro quedar siempre más recta, no quedar muy curvada [...]* (Actor 10); [...] *Yo tengo osteoporosis hace 11 años y en ese tiempo nunca quebré nada [...]* (Actor 5); [...] *No siento dolor [...]* ¡Nada, nada! *No siento nada [...]* (Actor 9).

Tema A2. Percibiéndose abatido al verse acometido por la enfermedad

Es como se ve el individuo que venía sintiéndose bien a pesar del diagnóstico de la osteoporosis y que comienza a convivir con las manifestaciones de la enfermedad. Expresa tristeza delante la enfermedad, revelada de forma concreta por las evidencias, como: resultado de densitometría ósea mostrando evolución mala de la enfermedad, dolor, fracturas, alteraciones posturales y limitaciones en las actividades cotidianas. Ese tema integra dos categorías (A2.1, A2.2).

Categoría A2.1. Percibiéndose con las manifestaciones de la enfermedad

Es como comienza a verse aquel individuo

cuando conviviendo con las evidencias reveladoras del curso natural de la osteoporosis, manifestada por medio de las siguientes subcategorías: densitometría ósea señalizando empeoramiento de las condiciones de la enfermedad después de la interrupción del tratamiento; sintiendo dolor; estando con miedo de caídas y sufriendo fracturas; presentando alteraciones posturales; presentando limitaciones en actividades del día a día como resultado de la enfermedad: [...] *por un año y medio, dos años, yo no tomaba nada, ni calcio. Sólo que ahí yo hice la densitometría ósea, y realmente había aumentado mi osteoporosis. Después de eso, yo comencé a tomar y estoy tomando normalmente [...].* (Actor 1); [...] *iDuele todo! ¡Mucho! Si yo ando mucho, estrujar mi ropa iduele todo!* (Actor 10); [...] *Yo siento mucho dolor, en mis piernas y en mis dedos [...]* (Actor 11); [...] *Mi primera fractura fue en el brazo, sólo se trizó y esos días yo caí y quebré la cadera en dos lugares. Quedé 20 días de reposo [...]* (Actor 10); [...] *Quedo curvada casi siempre, pero yo creo que empeoró por causa de la osteoporosis [...]. Yo ya encogí [...]* (Actor 11); [...] *Yo quedé más limitada; hay cosas que yo hacía y ya no hago más porque el médico me lo prohibió [...]* (Actor 4).

Categoría A2.2. Sintiendo triste al verse con osteoporosis

Es un sentimiento desagradable proveniente de experimentar manifestaciones de la enfermedad, señalizando al individuo que su evolución está haciendo un movimiento desfavorable en el proceso salud-enfermedad y, por lo tanto, es necesario adherir al tratamiento para tratar de recobrar el sentimiento de bienestar: [...] *Para mí es triste saber que estoy con osteoporosis [...], pero después que yo comencé a tratarme aquí, yo me siento mejor* (Actor 7); [...] *Quedé triste cuando supe de la osteoporosis [...]. Yo ya tenía miedo de tener eso por saber que no tiene solución [...] y hoy me da mucha tristeza en la noche, a veces yo comienzo a llorar [...]* (Actor 11).

Fenómeno B. Tomando la decisión en lo que se refiere al tratamiento, teniendo como meta el bienestar

Es una actitud emprendida por el individuo delante del tratamiento de la osteoporosis que es proveniente del proceso de autoevaluación de su condición de salud, por medio de la visibilidad o no de los síntomas de la osteoporosis en su experiencia. En caso de que el individuo se perciba acometido, o sea, si la enfermedad se tornó un hecho concreto en su vida, él emprenderá

un movimiento para rescatar su bienestar, por medio del seguimiento del tratamiento recomendado por los profesionales de la salud. Entre tanto, cuando los indicadores de la enfermedad desaparecen, por estar conviviendo con situaciones incómodas relacionadas al tratamiento, tiende a relajar con el mismo, para intentar experimentar el bienestar pleno, por un período de tiempo, hasta que haya la recurrencia de las manifestaciones, y tenga que forzosamente retomar el tratamiento recomendado. Ese fenómeno congrega tres categorías (B1, B2, B3).

Categoría B1. Relajando con el tratamiento en busca del bienestar pleno

Es la actitud emprendida por el individuo que fue diagnosticado con osteoporosis y experimenta un estado de bienestar en relación a las evidencias de la enfermedad, como: dolor, alteraciones posturales y fracturas, pero todavía convive con situaciones desagradables relacionadas con el tratamiento, medicamentoso o no, al cual está sometido. Como resultado, el individuo decide relajar o abandonarlo, a fin de aprovechar, por un período de tiempo, el bienestar pleno, o sea, no experimentando ninguna situación desagradable, así colocando la enfermedad en un plano invisible en su cotidiano. Esa categoría congrega dos subcategorías: abandonando la dieta recomendada por considerarla fuera de sus posibilidades de consumo; interrumpiendo el tratamiento medicamentoso delante de los efectos colaterales: [...] *La nutricionista me recomendó comer queso blanco, pero yo no como mucho, porque me hace mal. Yo tengo alergia y me da jaqueca [...]* (Actor 2); [...] *Leche y queso yo consumo poco, porque yo no puedo comprar. Leche yo compro más, pero verduras y queso yo compro poco [...]* (Actor 8); *Yo no podía más tomar los medicamentos, porque comenzó a doler, toser, ardor e inclusive un poco de vómito [...]. Yo quedé unos dos años sin tomar nada. Quería dar unas vacaciones del medicamento. Después yo volví a tomar [...]* (Actor 1).

Categoría B2. Reasumiendo el tratamiento al experimentar las manifestaciones de la enfermedad, en busca del bienestar.

Es la decisión de tomar para sí la responsabilidad de ser fiel y seguir a las orientaciones dadas por el equipo multiprofesional en lo que se refiere al tratamiento, con el objetivo de combatir las manifestaciones de la enfermedad, por medio de dos actitudes, representadas en las subcategorías: tomando los medicamentos correctamente y consumiendo la dieta recomendada: [...] *Trato de tomar los remedios en el horario cierto para no hacer nada equivocado [...]* (Actor 3); [...] *Bebo leche todo día,*

como queso, como verdura también [...] (Actor 6); [...] Lo que yo puedo hacer, yo hago, compro siempre lo que se puede y trato de bien [...] (Actor 10).

Categoría B3. Rescatando su bienestar

Es una fase de la experiencia en la cual el individuo percibe que está consiguiendo rescatar el deseado bienestar, al seguir el tratamiento, mediante la difícil situación de verse acometido por la enfermedad: [...] Después que yo comencé a tratarme aquí [...], yo me siento mejor, porque yo venía aquí con dolores horribles [...] dolía todo [...] y ahora yo siento dolor a veces, pero bien débil [...] disminuyó con ese tratamiento [...] (Actor 7).

Descubriendo la categoría central

La estrategia utilizada para descubrir la categoría central fue interrelacionar los dos fenómenos "Autoevaluando las condiciones de salud, según los indicadores de la enfermedad" y "Tomando la decisión en lo que se refiere al tratamiento, teniendo como meta el bienestar", buscando compararlos y analizarlos a fin de comprender como se daba la interacción entre sus componentes. Esa estrategia nos permitió identificar categorías y subcategorías claves que evidenciasen el movimiento individual en relación al tratamiento de la osteoporosis, así como llegar a la categoría central, conforme presentado en la Figura 1.

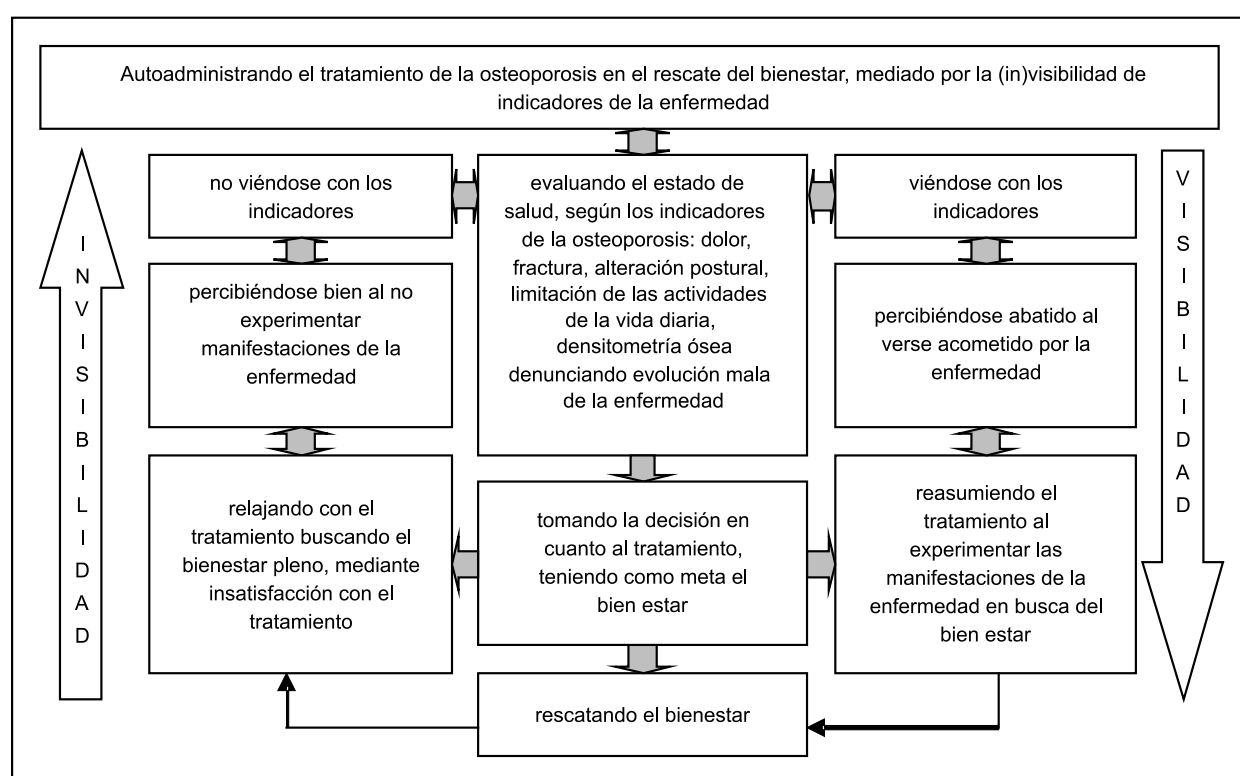


Figura 1 - Categoría central: Autoadministrando el tratamiento de la osteoporosis para rescatar el bienestar, mediado por la (in)visibilidad de indicadores de la enfermedad.

Discusión

La osteoporosis es una enfermedad esquelética caracterizada por el comprometimiento de la resistencia ósea que predispone al aumento del riesgo de fracturas. Estas están asociadas con el aumento de la morbilidad y mortalidad, pérdida funcional y consecuencias psicológicas. Intervenciones fármaco-terapéuticas en la mujer con osteoporosis después de la menopausia,

resultan en reducción substancial del riesgo de fractura. Debe ser enfatizada la importancia del soporte nutricional, de ejercicios apropiados y del abandono del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. A pesar de la efectividad de la terapia con agentes medicamentosos, la mayoría de los pacientes que inician el tratamiento no lo mantienen por más de un año. De esa manera, una de las principales metas para la reducción del riesgo de fracturas consiste en el desarrollo de estrategias

dirigidas al aumento de la adhesión al tratamiento⁽³⁾.

La realización de este estudio demuestra que la experiencia de individuos con osteoporosis emprende un movimiento cíclico entre el relajamiento del tratamiento y la retomada del mismo, objetivando el bienestar, mediada por la visibilidad o no de la enfermedad, según su interacción con las señales y síntomas correlacionados a la enfermedad.

El hecho de que el individuo continuamente autoevalúa su estado de salud, teniendo como parámetro la presencia o ausencia de indicadores (símbolos) de la manifestación de la osteoporosis, como: dolor, fracturas, alteraciones posturales, limitaciones en las actividades de la vida diaria y densitometría ósea, factores que denuncian la progresión de la enfermedad son centrales para que el individuo tome la decisión de reasumir o relajar el tratamiento.

De acuerdo como el Interaccionismo Simbólico, las definiciones y los juzgamientos de un individuo son altamente dependientes de las definiciones sociales que el mismo encuentra durante la vida. De esa manera, los actores, en esta investigación, conciben el proceso salud-enfermedad como la ausencia o presencia de señales y síntomas de la enfermedad, distanciando cualquier intervención de promoción de salud y prevención de enfermedad. Es verdad que el concepto de salud es cuestionable. Sin embargo, si inclusive los Investigadores del área han, en vano, tratado de definirlo de forma precisa, manteniéndolo como un punto ciego en la epidemiología⁽¹⁴⁾, ¿qué se puede decir de la población en general?

Es por esa razón que la decisión del individuo en reasumir el tratamiento es emprendida mediante la comprensión de estar acometido por la enfermedad, al percibirse, concretamente, con las señales y síntomas. Al no percibirlos, la osteoporosis es colocada en un plano invisible. Así, el individuo relaja el tratamiento, para obtener el bienestar pleno, principalmente cuando experimenta efectos colaterales de la medicación o por considerar la dieta recomendada fuera de sus posibilidades de consumo, en las siguientes situaciones: alimentos no agradables, onerosos o por presentar intolerancia a la lactosa. De hecho, a pesar de efectos colaterales relacionados al uso de la medicación contra la osteoporosis no sean frecuentemente discutidos, ellos existen⁽¹⁵⁾ y pueden, por lo menos en parte, ser responsables por el abandono del tratamiento. Así, durante la elección del esquema terapéutico a ser utilizado, uno de los más importantes aspectos a ser evaluado es la relación riesgo/beneficio de cada

medicamento. Con relación a la dieta, está claro que alimentos ricos en calcio (Ca), en particular, poseen un papel fundamental en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. El tenor y la biodisponibilidad de ese mineral varían considerablemente en los alimentos y un gran número de factores influyen en su absorción. La leche de vaca y derivados son las fuentes más ricas y con la más alta absorción de Calcio. Sin embargo, otros alimentos, como frijoles blancos, brócolis, col rizada y los pescados pequeños enteros, podrían ser utilizados en asociación con productos de mayor tenor/biodisponibilidad, a fin de alcanzar los niveles dietéticos adecuados de Calcio en individuos que no quieren o no pueden ingerir leche de vaca⁽¹⁶⁾. En lo que se refiere al costo de la dieta requerida, programas comunitarios, destinados a obtener una ingestión alimentar adecuada, sumados al desarrollo socioeconómico local, deben ser incentivados con el propósito de prevenir y tratar un gran número de enfermedades relacionadas a la nutrición, entre las cuales está la osteoporosis.

Según el Interaccionismo Simbólico, la interacción con el *self* y con los otros lleva al individuo a tomar decisiones que dirigen el curso de acción. Es esa la definición de la situación hecha por el actor que es central para como la acción ocurrirá⁽¹³⁾. Por lo tanto, es necesario que el individuo reconfigure su *self*, dándose la oportunidad de compartir el conocimiento de los profesionales, así como de las experiencias de otros pacientes que han experimentado situaciones semejantes. Así, sería recomendado a los profesionales de la salud que: a) promuevan acciones terapéuticas, por medio de grupos operativos orientados a la educación en salud, con el objetivo de estimular a las personas a reflexionar sobre el proceso cíclico de autoevaluación expresado en el modelo y la adopción de una nova concepción del proceso salud-enfermedad, promoción de la salud y prevención de complicaciones. Esa estrategia se ha mostrado efectiva en el tratamiento de otras enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus⁽¹⁷⁾. Para eso, los profesionales deben poseer conocimientos pedagógicos acerca del proceso de comunicación, como la capacidad de escuchar, comprender y negociar. Para las autoras, la dinámica de grupo estimula la relación interpersonal entre los pacientes y los profesionales de salud, facilitando la discusión entre individuos con los mismos objetivos y permitiendo el intercambio de informaciones. Los integrantes comparten experiencias comunes, que auxilian en el entendimiento de la enfermedad al tornar posible la expresión de dudas y expectativas, llevando al soporte mutuo; b) traten de

colocarse en el papel del individuo con osteoporosis, para tratar de entender el significado de las palabras y acciones emprendidas, como un intento de localizarlo en el movimiento cíclico de la experiencia (modelo teórico). Por ejemplo, un individuo que llega al consultorio relatando bienestar está, probablemente, pasando por una fase de mayor vulnerabilidad al interrumpir el tratamiento, a fin de experimentar el completo bienestar, particularmente cuando el mismo tiene un histórico de sufrimiento con efectos colaterales del tratamiento medicamentoso o dificultades en seguir la dieta recomendada; c) utilicen el modelo teórico descubierto, no solamente como instrumento para tratar de localizar la dirección que el individuo adoptó o está adoptando, pero también como una tecnología educacional, para trabajar el comportamiento del individuo (o del grupo) en relación al tratamiento, objetivando mostrar cómo se configura la experiencia de las personas sometidas al tratamiento de la osteoporosis y como la no persistencia implica en retroceso en el proceso terapéutico de la enfermedad; y, d) comprendan que el proceso de enfrentamiento de la no adhesión al tratamiento de la osteoporosis está más allá de las actividades prescriptivas de terapias medicamentosas y no-medicamentosas. Es preciso adoptar acciones educativas, dentro de un abordaje comprensivo y multiprofesional, tomándose en cuenta el paradigma biopsicosocial.

Al analizar el modelo teórico descubierto, "Autoadministrando el tratamiento de la osteoporosis en el rescate del bienestar, mediado por la (in)visibilidad de los indicadores de la enfermedad", bajo la perspectiva del conocimiento preexistente, percibimos que el mismo es corroborado con los hallazgos de estudios previamente conducidos, como descrito en la introducción de este manuscrito⁽⁶⁻⁹⁾. Entre tanto, parece que su mayor

contribución puede ser configurada como un prototipo tecnológico para que los profesionales de la salud ayuden a individuos con osteoporosis a autoevaluarse en relación a la adhesión al tratamiento, así como llevarlos a una mejor visualización de su interacción entre relajamiento (fase de invisibilidad de los síntomas y señales), o la susceptibilidad para retroceder en el tratamiento de la enfermedad, y la posibilidad de mejorar esas señales y síntomas al adherir al tratamiento (fase de visibilidad de la enfermedad).

También es digno de mencionar que las entrevistas no estructuradas constituyen el principal instrumento de recolección de datos en la investigación cualitativa en salud. Esos estudios están consolidados en la literatura⁽¹⁸⁾ y contribuyen de manera importante para la calidad de la práctica basada en evidencias⁽¹⁹⁾.

Consideraciones finales

El uso de la *Grounded Theory* como base metodológica y del Interaccionismo Simbólico como referencial teórico permitió la comprensión de la experiencia vivida por los pacientes con osteoporosis sometidos al tratamiento de la enfermedad. Posibilitó también la construcción de un modelo teórico que facilita la elaboración de estrategias para intervención terapéutica de acuerdo con el momento experimentado por el individuo. Con seguridad podemos sugerir la conducción de estudios epidemiológicos caso-control para evaluar el impacto de utilizar este modelo como una tecnología de educación en salud, con el propósito de actuar en los pacientes con osteoporosis como un recordatorio continuo, contribuyendo con el esfuerzo que hacen siguiendo el tratamiento propuesto por el equipo multiprofesional de salud.

References

1. Ministério da Saúde (BR). [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 06 maio 2008]. Programas e projetos: doenças cardiovasculares; [3 telas]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
2. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003.
3. Castellar E, Vilar L, Griz L, Lima JG, Nóbrega LHC. Manuseio da osteoporose: uma visão geral. In: Vilar L, editor. Endocrinologia clínica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2006. p. 843-77.
4. Penrod J. Getting funded: writing a successful qualitative small-project proposal. Qual Health Res. 2003 July;13(3):821-32.
5. Lekkerkerker F, Kanis JA, Alsayed N, Bouvenot G, Bulet N, Cahall D, et al. Adherence to treatment of osteoporosis: a need for study. Osteoporos Int. 2007 October;18(10):1311-7.
6. Baheiraei A, Ritchie JE, Eisman JA, Nguyen TV. Exploring factors influencing osteoporosis prevention and control: a qualitative study of Iranian men and women in Australia. Maturitas 2006 May; 54(2):127-34.
7. Jachna CM, Forbes-Thompson S. Osteoporosis: health beliefs and barriers to treatment in an assisted living facility. J Gerontol Nurs. 2005 January; 31(1):24-30; quiz 42-3.
8. Giangregorio L, Dolovich L, Cranney A, Adili A, Debeer J, Papaioannou A, et al. Osteoporosis risk perceptions among patients who have sustained a fragility fracture. Patient Educ Couns. 2009 February; 74 (2):213-20.

9. Sedlak CA, Doheny MO, Estok PJ, Zeller RA, Winchell J. DXA, health beliefs, and osteoporosis prevention behaviors. *J Aging Health*. 2007 October; 19(5):742-56.
10. Sharts-Hopko NC, Sullivan MP. Beliefs, perceptions, and practices related to osteoporosis risk reduction among women with multiple sclerosis. *Rehabil Nurs*. 2002 November-December; 27(6):232-6.
11. Giangregorio L, Papaioannou A, Thabane L, DeBeer J, Cranney A, Dolovich L, et al. Do patients perceive a link between a fragility fracture and osteoporosis? *BMC Musculoskelet Disord* [serial on the internet]. [cited 2008 March 21]; 9:38:[about 9 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-9-38.pdf>.
12. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1989.
13. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1989.
14. Almeida N Filho. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol* abril-dezembro 2000; 3(1-3):4-20.
15. MacLean C, Newberry S, Maglione M, McMahon M, Ranganath V, Suttrop M, et al. Systematic review: comparative effectiveness of treatments to prevent fractures in men and women with low bone density or osteoporosis. *Ann Intern Med*. 2008 February; 148(3):197-213.
16. Buzinaro EF, Almeida RNA, Mazeto GMFS. Biodisponibilidade do cálcio dietético. *Arq Bras Endocrinol Metabol* outubro 2006; 50(6):852-61.
17. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública*. julho-agosto 2003; 19(4):39-47.
18. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* September-October 2006; 14(5):812-20.
19. Ailinger RL. Contributions of qualitative research to evidence-based practice in nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. June 2003; 11(3):275-9.

Recibido: 15.5.2009

Aceptado: 20.12.2009

Como citar este artículo:

Souza LB, Mazeto GMFS, Bocchi SCM. Auto-administrando el tratamiento de la osteoporosis en el rescate del bienestar, mediado por la (in)visibilidad de indicadores de la enfermedad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mai.-jun. 2010 [acceso en:];18(3):[09 pantallas]. Disponible en:

día

año

URL