

## Creencias relacionadas a la adhesión al tratamiento con antidiabéticos orales según la Teoría del Comportamiento Planificado<sup>1</sup>

Fernanda Freire Jannuzzi<sup>2</sup>  
Roberta Cunha Matheus Rodrigues<sup>3</sup>  
Marília Estevam Cornélio<sup>4</sup>  
Thaís Moreira São-João<sup>5</sup>  
Maria Cecília Bueno Jayme Gallani<sup>6</sup>

**Objetivo:** identificar creencias destacadas comportamentales, normativas, de control y de autoeficacia, relacionadas al comportamiento de adhesión a antidiabéticos orales, utilizando la Teoría del Comportamiento Planificado. **Método:** estudio transversal, exploratorio, con 17 diabéticos, que usaban continuamente antidiabético oral, en seguimiento en ambulatorio. Las entrevistas individuales fueron grabadas, transcritas y sometidas al análisis de contenido, utilizando categorías predefinidas. **Resultados:** surgieron creencias comportamentales relacionadas a las ventajas y desventajas del uso de los medicamentos, como la posibilidad de evitar complicaciones de la diabetes, evitar o retardar el uso de insulina y percibir reacciones adversas. Se evidenció que los hijos y el médico son importantes referentes sociales que influyen la adhesión medicamentosa. Entre los factores que facilitan la adhesión se destacaron el acceso gratuito a los medicamentos y la toma de medicamentos relacionada a marcadores temporales. Por otro lado, la complejidad terapéutica fue considerada un factor que dificulta la adhesión. La comprensión de la forma de uso de los medicamentos y el olvido impactan la percepción de la capacidad de adherir a los antidiabéticos orales. **Conclusión:** la adhesión medicamentosa es un comportamiento complejo permeado por creencias comportamentales, normativas, de control y autoeficacia que deben ser consideradas en la evaluación de los determinantes del comportamiento.

**Descriptor:** Cumplimiento de la Medicación; Conducta; Diabetes Mellitus; Enfermería.

<sup>1</sup> Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, procesos nº 2012/05224-1 y 2010/10006-8, del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 309827/2012-4 y del Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Unicamp (FAEPEX), Brasil, proceso nº 519.294.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asistente, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

<sup>5</sup> Estudiante de postdoctorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Profesor Titular, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada.

Correspondencia:

Fernanda Freire Jannuzzi  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem  
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Cidade Universitária Zeferino Vaz  
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil  
E-mail: fernandafj@yahoo.com.br

**Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

Para controlar la Diabetes Mellitus (DM) y facilitar su administración, es recomendada la utilización de medidas no-farmacológicas y farmacológicas. En ese sentido, ha sido dada particular atención a los factores relacionados a la adhesión medicamentosa, una vez que las enfermedades crónicas e inicialmente asintomáticas son aquellas con mayor propensión a la no adhesión medicamentosa<sup>(1)</sup>. Se sabe que, a pesar de los grandes avances tecnológicos en relación al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes con DM, una alta proporción de personas no adhiere al tratamiento preconizado<sup>(2-3)</sup>.

De modo general, la adhesión medicamentosa es comprendida como la medida que señala si los pacientes siguen las instrucciones para los tratamientos prescritos<sup>(4)</sup>. Se considera que la decisión de tomar o no los medicamentos es un método empírico racional que los pacientes utilizan para expresar sus intenciones de lidiar con la enfermedad. Es importante reconocer y no subestimar la capacidad de tomar decisiones de los pacientes, identificando sus creencias y auxiliándolos en la adopción de comportamientos apropiados.

La Teoría del Comportamiento Planificado (*Theory of Planned Behavior* – TPB)<sup>(5)</sup>, uno de los principales modelos utilizados para estudiar comportamientos de la salud, postula que las creencias impactan los factores de predicción de la intención (motivación) – determinante inmediato del comportamiento. Así, conocer las creencias relacionadas a la adhesión medicamentosa es esencial para comprender las acciones de autocuidado adoptadas, una vez que representan las opiniones sobre las orientaciones de salud con base en conocimientos propios o en experiencias vividas, permitiendo que se rechacen o acepten las conductas prescritas<sup>(6)</sup>.

Sin embargo, se observa que, a pesar de extensamente utilizada en la comprensión de diferentes comportamientos de la salud, es escasa la aplicación de la TPB en la comprensión de los comportamientos relacionados a la prevención y/o control de la DM. Entre los pacientes con DM fueron estudiados los comportamientos de actividad física regular<sup>(7)</sup>, administración de insulina<sup>(8)</sup>, consumo de alimentos pobres en grasa saturada<sup>(9)</sup> y la adhesión al uso de antidiabéticos orales<sup>(10)</sup>; pero no existen estudios en donde se hubiese utilizado la TPB en la población brasileña con DM.

Por tanto, este estudio tiene como objetivo identificar y analizar creencias destacadas: comportamentales, normativas, de control y de autoeficacia, relacionadas al comportamiento de adhesión a los antidiabéticos orales, por medio de la aplicación de la TPB. La identificación

de las creencias, de acuerdo con la TPB, constituye una etapa esencial para subsidiar la construcción de instrumentos de medida que posibiliten la identificación de los factores determinantes del comportamiento de adherir a los antidiabéticos orales. La comprensión de estos determinantes posibilitará el delineamiento de intervenciones que sean efectivas en la promoción del comportamiento de adherir a los antidiabéticos orales.

## Método

Es un estudio transversal, exploratorio, con abordaje cualitativo y cuantitativo, orientado por el referencial teórico de la TPB.

## Referencial Teórico

Se trata de un modelo motivacional derivado de las teorías cognitivas sociales, en el cual el comportamiento es determinado por la *intención* (motivación) para actuar (efectivar el comportamiento) y por la percepción de control sobre el comportamiento. La intención, antecedente inmediato al comportamiento, es determinada por tres factores: *Actitud*: evaluaciones del individuo en lo que se refiere a los resultados probables o esperados en el desempeño del comportamiento; *Norma Subjetiva* que se refiere a la presión social percibida, o sea, la percepción del individuo sobre la opinión de los referentes sociales sobre la realización o no del comportamiento; y, *Control Comportamental Percibido*, que trata de las percepciones del sujeto en relación a cuanto de control tiene sobre la realización del comportamiento<sup>(5,11)</sup>. Cada uno de los tres determinantes de la Intención es formado por sus respectivas creencias. Las *creencias comportamentales* se refieren a la evaluación de los resultados del comportamiento y producen una actitud favorable o desfavorable a su realización. Las *creencias normativas* son relativas a la percepción de referentes sociales sobre el comportamiento y resultan en la norma subjetiva. Las *creencias de control* son elaboradas por la presencia de los factores percibidos que pueden facilitar o dificultar la realización del comportamiento en cuestión e influyen el control comportamental percibido<sup>(5,11)</sup>. El modelo preconiza que en el levantamiento de las creencias sean consideradas aquellas destacadas, esto es, las que primero vienen a la mente cuando el entrevistado es abordado con preguntas abiertas sobre el comportamiento<sup>(12)</sup>.

A pesar de que la literatura apunta el fuerte poder de predicción de la TPB en la determinación de la Intención comportamental en relación a una gama compleja de comportamientos, algunos estudiosos<sup>(13)</sup> han argumentado que la inclusión de otras variables pueden

mejorar la explicación de la variabilidad de la motivación y su poder de predicción sobre el comportamiento. La selección de esas variables depende de su relevancia para la comprensión del comportamiento deseado y de las características del comportamiento estudiado. En relación a la adhesión medicamentosa, la variable *Autoeficacia* fue considerada relevante para el estudio de ese comportamiento y se refiere a la confianza del sujeto en su capacidad de realizar determinados comportamientos que influyen los eventos que afectan su vida<sup>(14)</sup>.

### Local de la investigación

El estudio fue realizado en el ambulatorio general de adultos de un hospital universitario de gran porte en el interior del estado de Sao Paulo.

### Sujetos

Participaron de este estudio individuos con edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico de DM tipo 2, en tratamiento continuo de medicamento(s) antidiabético(s) oral(les) hace por lo menos seis meses, y en seguimiento en ambulatorio en el referido campo de investigación. Fueron excluidos los sujetos: cuya administración de los medicamentos era efectuada por un cuidador; que hacían uso de insulina; que relataron historial de hospitalización o cirugía en los últimos 30 días; y, que mostraron incapacidad de comprensión y de comunicación verbal oral. Fue utilizada la muestra por conveniencia, esto es, fueron incluidos, consecutivamente, todos los pacientes que atendieron a los criterios de inclusión hasta ser alcanzada la saturación de los datos, momento en que no se obtuvo ninguna nueva información y se obtuvo la redundancia<sup>(15)</sup>.

### Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos en el período de marzo a abril de 2012, por medio de entrevista semiestructurada, individual, bajo la forma de respuestas libres, objetivando suscitar creencias destacadas<sup>(11)</sup>. Las entrevistas fueron conducidas en un ambiente privado, siendo su contenido grabado y, posteriormente, transcrito en su totalidad.

### Instrumentos

- Caracterización sociodemográfica y clínica: compuesto por datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, situación de trabajo y renta familiar) y clínicos (tiempo de diagnóstico, número de medicamentos y clases de antidiabéticos en uso);
- Medida autorrelatada de adhesión medicamentosa considerada según dos criterios<sup>(2)</sup>: a) *Proporción de*

*adhesión*: evaluada por medio de cuatro cuadros que describen: 1. Nombre, dosis y posología de los medicamentos prescritos; 2. Forma de utilización de cada medicamento en las 24 horas anteriores a la entrevista; 3. Utilización de los mismos en la semana anterior; 4. Utilización en el mes anterior. Los cuadros 2 y 3, referentes a la toma de medicamentos en la víspera y semana anterior, objetivan obtener respuestas más exactas por medio de la minimización del sesgo de la memoria. La adhesión a los antidiabéticos orales fue calculada con base en las dosis omitidas en el último mes, declaradas por el paciente, según el siguiente cálculo:  $[(\text{dosis prescritas} - \text{dosis perdidas}) \times 100 / \text{dosis prescritas}]^{(16)}$ . Para aquellos que hacían uso de más de un antidiabético oral, la proporción final fue calculada por el promedio de los porcentajes de adhesión a cada uno. La proporción de adhesión fue evaluada como variable continua (promedio de la toma de los medicamentos prescritos) y categórica, clasificada en dosis adecuada ( $\geq 80\%$  de la prescrita) y dosis insuficiente ( $< 80\%$ ); y, b) *Evaluación global de la adhesión* considera, además de la proporción de las dosis utilizadas, la forma como los medicamentos son tomados, la frecuencia y los cuidados necesarios para su administración, considerando la asociación con los marcadores temporales (administración de medicamentos asociada a momentos del día): ayuno, desayuno, almuerzo, cena y al acostarse. Los pacientes fueron clasificados en los grupos: I - Dosis y cuidados adecuados a la prescripción; II - Dosis adecuada y cuidados inadecuados; III - Dosis insuficiente y cuidados adecuados; y, IV - Dosis y cuidados inadecuados. Fueron considerados adherentes los pacientes clasificados en el Grupo I y no adherentes, aquellos clasificados en los grupos II, III y IV.

- Levantamiento de las creencias de adherir al uso de antidiabéticos orales: creado según los presupuestos de la TPB<sup>(11)</sup> y sometido a validez de contenido por medio de la evaluación de cinco jueces especialistas en el área de estudios del comportamiento, en la aplicación de la TPB y en la construcción y validación de instrumentos de medida<sup>(17)</sup>. El instrumento es compuesto por 17 preguntas abiertas y semiabiertas distribuidas en: creencias generales sobre el comportamiento (una), creencias destacadas comportamentales (tres), normativas (cinco), de control (seis) y de autoeficacia (dos). El comportamiento fue definido como: "tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como recetados por el médico en los próximos dos meses", lo que contempla los elementos de objetivo, acción, contexto y tiempo, de acuerdo con los presupuestos de la TPB<sup>(11)</sup>.

## Análisis de los datos

Las respuestas fueron sometidas al análisis de contenido con base en las recomendaciones del modelo teórico de la TPB<sup>(11,18)</sup>. Fueron recorridas las siguientes etapas de análisis: i) exploración del material con el objetivo de categorizarlas, utilizando categorías predefinidas por la TPB, esto es, creencias comportamentales, normativas, de control y de autoeficacia relacionadas al comportamiento de adherir a antidiabéticos orales; ii) *las* respuestas fueron agrupadas en cada categoría de acuerdo con temas o subcategorías extraídas de las declaraciones de los sujetos. Las subcategorías que emergieron del discurso fueron sometidas al análisis de interobservadores para asegurar la confiabilidad de la evaluación (dos investigadores especializados en la aplicación de la TPB), con índice de concordancia de 95% entre los jueces, y iii) se contabilizó la frecuencia de las subcategorías, siendo destacadas las creencias modales o más frecuentes. Para

identificar cuáles creencias serían incluidas, fue utilizado uno de los criterios propuestos por la TPB, en el cual se clasifican como modales las creencias que exceden una determinada frecuencia. En el presente estudio, todas las creencias mencionadas por lo menos 10% de la muestra fueron incluidas.

## Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de una universidad del interior del Estado de Sao Paulo (Resolución No. 6.608/2012).

## Resultados

La muestra fue constituida por 17 sujetos siendo, en su mayoría, mujeres (64,7%), con promedio de edad 59,8 años, con escolaridad promedio de 3,9 años de estudio y que vivían acompañados (88,2%). La renta familiar promedio fue de 2,5 salarios mínimos (Tabla 1).

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes con Diabetes Mellitus en seguimiento en ambulatorio en hospital universitario (N=17). Campinas, SP, Brasil, 2012

Variables	n	%	Promedio (de)	Mediana	Variación observada
<b>Sociodemográficas</b>					
Edad (años)			59,8 (13,9)	57	40-84
Escolaridad (años de estudio)			3,9 (3,3)	4	0-11
Renta familiar mensual (SM)*			2,5 (2,0)	1,9	1-8
Sexo – Femenino	11	64,7			
<b>Situación de trabajo</b>					
Activo	1	5,9			
Inactivo/del hogar	16	94,1			
<b>Clínicas</b>					
Tiempo de diagnóstico de la DM (meses)			68,6 (62,1)	48	8-240
Número de clases de medicamentos en uso			6,8 (2,8)	7	3-13
<b>Antidiabéticos orales en uso</b>					
Metformina	8	47,1			
Sulfonilurea	2	11,8			
Metformina + Sulfonilurea	7	41,2			
Proporción de adhesión (%)			83,7 (25,7)	95	0-100
Uso ≥80% de las dosis prescritas	12	70,6			
<b>Evaluación global de la adhesión</b>					
Adherentes	9	53,0			
No Adherentes	8	47,0			

\*Salario Mínimo (SM) vigente= R\$622,00

En relación a la prescripción de los antidiabéticos orales, se constató la prescripción de Metformina aisladamente (47,1%) o asociada con Sulfonilurea (41,2%). Los pacientes refirieron utilizar, en promedio, 83,7% de las dosis prescritas en el mes anterior a la entrevista, y la mayoría (52,9%) fue considerada adherente en la evaluación global de la adhesión.

Considerando las creencias comportamentales sobre adhesión a los antidiabéticos orales, siete subcategorías analíticas surgieron, representando las ventajas y desventajas relacionadas al comportamiento de adherir a los antidiabéticos orales (Tabla 2). Las desventajas fueron apuntadas en la mayor parte de los discursos, con destaque para las reacciones adversas a los fármacos (82,4%),

seguida por los síntomas de hipoglucemia atribuidos a los medicamentos (29,4%), como puede ser evidenciado en los siguientes discursos: *no es normal quedar soltando el intestino de esa manera. Puede deshidratar* (Sujeto 16). *A veces comienza a dar sudor, la lengua adormece. Ahí, yo tengo que comer una cosa salada o una cosa dulce. Siempre da eso ahí en mí. Ella descontrola. Entonces, yo creo que es el uso del medicamento directo* (Sujeto 16).

Las ventajas incluyeron el control de la glucemia y de la enfermedad, apuntadas en 58,8% de los discursos y la prevención de complicaciones evidenciadas en 52,9% de las declaraciones, conforme observado en las declaraciones: *entonces, los remedios controlan el azúcar más que la dieta. Por eso, en esos días que yo no estoy tomando, él está subiendo* (Sujeto 2); *Ahora si no tomo, más tarde vienen las complicaciones. Yo si tengo miedo de complicar, porque en*

*la familia tuvo un caso de esos y yo tenía que cuidar de esa persona. Solo que ella no tomaba los medicamentos* (Sujeto 16). En menor proporción se destaca la prevención de resultados negativos, como la hospitalización y la muerte, el retardo de la indicación del tratamiento con insulina y la mejoría de los síntomas de hiperglucemia. Los trechos a seguir revelan, respectivamente, las creencias citadas: *cuando la esposa olvida, las hijas van a recordar. Entonces yo estoy siendo siempre recordado. Ellas no quieren verme internado en el hospital debido a la falta de medicación* (Sujeto 7); *El médico dijo que si yo me salgo bien con esa pastilla, no era necesario hacer uso de insulina. Entonces, yo prefiero acertar con las pastillas que tomar la insulina* (Sujeto 13); *Mejora, así, mejora los síntomas de la diabetes. El ardor de los pies. Yo me siento mejor. No cura, pero mejora* (Sujeto 10).

Tabla 2 - Creencias comportamentales relacionadas al comportamiento de adherir a los antidiabéticos. Campinas, SP, Brasil, 2012

Creencias Comportamentales	%
Tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como prescritos:	
Provoca reacciones adversas	82,4
Mantiene la glucemia y la diabetes bajo control	58,8
Evita las complicaciones de la diabetes	52,9
Evita internaciones y la muerte	41,2
Evita o retarda la indicación de insulina	29,4
Provoca síntomas de hipoglucemia	29,4
Mejora los síntomas de hiperglucemia	23,5

En relación a las creencias normativas, los participantes identificaron 04 grupos de referentes sociales positivos: hijos, médicos, cónyuges y equipo de enfermería, evidenciados en las declaraciones: *uno de los hijos siempre me ayuda. Si no me recuerdan, yo no tomo ninguno. Yo olvido. Mi idea de unos tiempos para acá escapó mucho. Queda más difícil* (Sujeto 8); *Yo sigo las órdenes de los médicos, confío mucho en ellos* (Sujeto 7); *Él (apunta para el marido) que ayuda, que va a buscar. Porque el puesto es un poco lejos y como yo tengo esos dolores en las piernas, él decide ir a buscarlos. Me da esa receta, él dice* (Sujeto 2); *Tenemos las enfermeras en la reunión de los diabéticos. Ellas dicen así: la tal de la diabetes mata, ¿no es verdad? Tienes que cortar la pierna, no puedes herirte* (Sujeto 2). Los familiares más próximos (cónyuge e hijos) fueron considerados favorables a la adhesión, una vez que ofrecen apoyo en la adquisición de los medicamentos, organizan los fármacos en recipientes propios, auxilian recordando los horarios y explicando el esquema terapéutico al paciente.

Se observa en las declaraciones de los sujetos que otras personas diabéticas que no adhieren al tratamiento

medicamentoso son apuntadas como referentes sociales negativos: *una prima de mi esposa dice así: "mi abuela tenía diabetes desde hace 30 años, nunca tomó remedio y murió con 90. Larga eso". Ella hace así y cree que estoy haciendo mal porque me prohíben comer tantas cosas. Ella cree que es por eso, que estoy sufriendo por nada, que no precisa tomar eso* (Sujeto 7). Esos referentes son aquellos con complicaciones de la DM, que no adhieren a las demás orientaciones del tratamiento, que relatan problemas familiares, no se preocupan con la salud, mueren solos, son muy ancianos o jóvenes y, especialmente, no creen en el tratamiento (Tabla 3).

En relación a las creencias de control, fueron informados los factores que impiden/dificultan, y aquellos que favorecen/facilitan el comportamiento, que representaron una y cinco subcategorías, respectivamente. Entre los cinco factores que facilitan, se destacaron, la adquisición de los medicamentos de forma gratuita, tener rutinas y control de las actividades diarias, tomar los medicamentos asociado a los marcadores temporales, llevar los medicamentos al salir de casa y diferenciar las pastillas

y grageas por color, forma y tamaño. Las declaraciones destacadas a seguir revelan las creencias de control: *recibir las en el puesto facilita. Hay días que usted no tiene un centavo para comprar pan; yo termino de almorzar, y ya tomo enseguida, con el estómago lleno* (Sujeto 17); *cuando yo salgo yo lo llevo. Eso hace parte ya. Es como mi cartera: para donde voy, yo la llevo* (Sujeto 7); *yo no sé el nombre, pero sé por el color y por el tamaño. Algunos son todos iguales*

(Sujeto 12); *yo tengo horario para todo, para desayuno, para almuerzo, para café de la tarde, para cena, todo. Yo tengo horario para todo* (Sujeto 4).

Fue mencionado que tomar los medicamentos más de una vez por día dificulta el comportamiento de adherir a los antidiabéticos: *hay que tomarlo temprano y en la noche, y es eso que me perturba. Mejor si fuese solamente una vez* (Sujeto 10) (Tabla 4).

Tabla 3 - Creencias normativas relacionadas al comportamiento de adherir a los antidiabéticos orales. Campinas, SP, Brasil, 2012

Creencias Normativas	%
Al tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como prescritos, sería aprobado por:	
Mis hijos	70,6
Mi médico	58,8
Mi esposo o esposa	52,9
El equipo de enfermería	17,6
Al tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como prescritos, no sería aprobado por:	
Conocidos que son diabéticos y no adhieren al tratamiento	58,8

Tabla 4 - Creencias de control relacionadas al comportamiento de adherir a los antidiabéticos orales. Campinas, SP, Brasil, 2012

Creencias de Control	%
Tornan <i>más fácil</i> tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como prescritos:	
Adquirir los medicamentos de forma gratuita	70,6
Asociar la toma de medicamentos a los marcadores temporales	29,4
Llevar las pastillas al salir de casa	29,4
Diferenciar los medicamentos por color, forma y tamaño	17,7
Tener rutinas y control de las actividades diarias	11,8
Tornan <i>más difícil</i> tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como prescritos:	
Tener que tomar los medicamentos más de una vez al día	23,5

Las creencias de autoeficacia se refieren a la percepción que el individuo tiene de su capacidad o no para realizar el comportamiento. El análisis de la declaración: *la única cosa que yo estaba comentando es que hay remedios aquí que yo estaba tomando y no sabía para que eran. [...] Pero, entendiendo para que sirven es más fácil* (Sujeto 13) – revela que el factor que justificó la capacidad

de realizar el comportamiento fue la comprensión de la receta. La creencia que explicó la posible incapacidad para la adhesión a los antidiabéticos orales fue el olvido, como muestra el discurso: *[...] cuando recordamos, ¿no es verdad? Yo trabajo, y llevo los remedios al trabajo. El problema es que olvidamos, nos distraemos* (Sujeto 14) (Tabla 5).

Tabla 5 - Creencias de autoeficacia relacionadas al comportamiento de adherir a los antidiabéticos orales. Campinas, SP, Brasil, 2012

Creencias de Autoeficacia	%
Yo me siento capaz de tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como prescritos debido a:	
Comprensión de la receta y de la forma de uso de los medicamentos	35,3
A veces, yo no me siento capaz de tomar los medicamentos para el tratamiento de la diabetes exactamente como prescritos debido a:	
Olvido	17,6

## Discusión

El objetivo de este estudio fue suscitar y analizar las creencias destacadas relacionadas a la adhesión a los antidiabéticos orales, por medio de la aplicación de la TPB. Se trata de una investigación pionera en el contexto brasileño cuyos hallazgos ofrecen subsidios para la construcción de un instrumento para medir los determinantes de la adhesión a los antidiabéticos orales. Según la TPB, cada uno de los determinantes cognitivos del comportamiento consiste de un conjunto de creencias y de su evaluación por los sujetos. De esa forma, conocer las creencias subyacentes en el uso de los antidiabéticos orales es esencial para la comprensión de los determinantes de la adhesión medicamentosa, así como para subsidiar el delineamiento de intervenciones efectivas para la promoción de ese comportamiento entre pacientes con DM<sup>(19)</sup>.

Al lidiar con un paciente con la enfermedad mal controlada el profesional de la salud enfrenta desafíos al tratar de descubrir la causa de la hiperglucemia, o sea, si está relacionada a la no adhesión medicamentosa o si ocurre a pesar del uso correcto de los medicamentos. Una vez que los sujetos puedan estar más dispuestos a relatar las creencias negativas sobre el tratamiento medicamentoso de que admitir la baja adhesión, cuestionar las creencias puede permitir identificar a los pacientes con mayor propensión a la no adhesión.

En relación a las creencias comportamentales, se destaca el impacto percibido por las reacciones adversas atribuidas a los antidiabéticos orales, lo que puede conducir a la no adhesión, hallazgo también observado en estudios previos<sup>(19-20)</sup>. Otra desventaja de la adhesión, son los episodios de hipoglucemia, responsables por sensaciones de irritación, mal estar y debilidad que contribuyen para no alcanzar el control glucémico en la DM<sup>(21)</sup>. El miedo de esos eventos aumenta el estrés asociado a la DM, con significativo impacto en la administración de la enfermedad y en el control metabólico<sup>(22)</sup>. Las ventajas de la adhesión se relacionan al control de la enfermedad, a la minimización de las complicaciones y prevención de resultados negativos, lo que evidencia la percepción de la DM por los sujetos como una enfermedad progresiva, potencialmente fatal, que culmina en el tratamiento con insulina y con el impacto en la calidad de vida. En un estudio semejante<sup>(10)</sup> también fueron verbalizadas la sensación de bienestar proporcionada por el uso regular de los antidiabéticos orales, la potencial reducción de complicaciones y la mantención de la glucemia y de la DM bajo control.

Con respecto a las creencias normativas, los referentes sociales positivos evidenciados fueron los

hijos, el médico, el cónyuge y el equipo de enfermería. Los pacientes diabéticos que no adhieren al esquema medicamentoso fueron considerados referentes sociales negativos. El profesional de la salud debe considerar la influencia de los referentes sociales en la motivación del paciente diabético para adherir al tratamiento y proponer intervenciones que consideren los referentes positivos. En un estudio previo<sup>(23)</sup> que utilizó la TPB en la identificación de creencias relacionadas a la adhesión a la terapia antirretroviral entre inmigrantes latinos seropositivos, la familia, el cónyuge/compañero, el médico, los amigos que son seropositivos, además del consejero de HIV/SIDA y de los miembros de grupos de apoyo a los pacientes con HIV fueron considerados referentes sociales positivos para la adhesión.

En lo que se refiere a las creencias de control, fue considerado como factor que impide o dificulta la adhesión medicamentosa, la necesidad de tomar los medicamentos más de una vez al día, lo que apunta para la complejidad del esquema terapéutico como factor desfavorable para el uso correcto de los medicamentos. Los factores que favorecen o facilitan el comportamiento fueron: adquisición de los medicamentos de forma gratuita, tener rutinas y control de las actividades diarias, tomar los medicamentos asociados a los marcadores temporales, llevar los medicamentos al salir de casa y diferenciar los pastillas y grageas por color, forma y tamaño. Esos ítems revelan que la adhesión medicamentosa es sustentada por la facilidad de acceso a los medicamentos y por la incorporación de las acciones de tomar los medicamentos a las rutinas diarias, hallazgo corroborado por estudios previos<sup>(10,24)</sup>.

Por último, la creencia positiva en relación a la autoeficacia para la adhesión fue la comprensión de la receta y de la forma de uso de los medicamentos. La creencia negativa levantada en esa categoría fue el olvido. Esos datos fueron corroborados con hallazgos de la literatura<sup>(20,25)</sup>. Un estudio semejante<sup>(19)</sup> identificó que la mayoría de las creencias referentes a la adhesión medicamentosa en la DM está relacionada a la baja adhesión, destacándose la percepción de que no hay necesidad de tomar los medicamentos cuando el resultado de la glucemia es normal, las preocupaciones con efectos colaterales y dependencia y la complejidad del esquema terapéutico.

## Conclusión

Los resultados de este estudio evidencian que la adhesión a los antidiabéticos orales es un comportamiento complejo impregnado por creencias comportamentales,

normativas y de control que deben ser consideradas en la evaluación de los determinantes del comportamiento. Emergieron creencias comportamentales sobre la percepción de reacciones adversas, hipoglucemia, posibilidad de control de la glucemia y de la enfermedad y prevención de resultados negativos. Los referentes sociales fueron los hijos, el médico, el cónyuge, el equipo de enfermería y otras personas diabéticas. Facilitan la adhesión: adquirir gratuitamente los medicamentos, tener rutinas y control en el día a día, tomar los medicamentos asociado a los marcadores temporales, llevar los medicamentos al salir de casa y diferenciarlos por color, forma y tamaño. Dificulta el comportamiento tener que tomar los medicamentos más de una vez al día. La comprensión de la receta justificó la capacidad para efectuar el comportamiento y el olvido, explicó la posible incapacidad para la adhesión. La investigación de la influencia de las creencias en la intención de adherir a los antidiabéticos orales ofrecerá subsidios para realizar intervenciones enfocadas en la promoción de la adhesión medicamentosa entre pacientes con DM.

## Referencias

1. Tsai JC. Medication adherence in glaucoma: approaches for optimizing patient compliance. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006;17:190-5.
2. Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009. 151p.
3. Bailey GR, Barner JC, Weems JK, Leckbee G, Solis R, Montemayor D, et al. Assessing barriers to medication adherence in underserved patients with diabetes in Texas. *Diabetes Educ*. 2012;38(2):271-9.
4. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16(2):CD000011.
5. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 1991;50:179-211.
6. Boogar IR, Mohajeri-Tehrani MR, Besharat MA, Talepasand S. The Effect of Sociostructural and Collaborative Decision-Making on Diabetes Self-Management. *Iran J Public Health*. 2013;42(3):280-92.
7. Boudreau F, Godin G. Participation in Regular Leisure-Time Physical Activity Among Individuals with Type 2 Diabetes Not Meeting Canadian Guidelines: the Influence of Intention, Perceived Behavioral Control, and Moral Norm. *Int J Behav Med*. 2014. [Epub ahead of print]
8. Louch G, Dalkin S, Bodansky J, Conner M. An exploratory randomised controlled trial using short messaging service to facilitate insulin administration in young adults with type 1 diabetes. *Psychol Health Med*. 2013;18(2):166-74.
9. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA, Norman P. Predicting the consumption of foods low in saturated fats among people diagnosed with Type 2 diabetes and cardiovascular disease: the role of planning in the theory of planned behaviour. *Appetite*. 2010;55(2):348-54.
10. Farmer A, Kinmonth A-L, Sutton S. Measuring beliefs about taking hypoglycaemic medication among people with Type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2006; 23(3):265-70.
11. Ajzen I. Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire. [Internet]. 2010. [acesso 6 mar 2014]. University of Massachusetts at Amherst WebSite. Disponível em: <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
12. Ajzen I, Fishbein M. Attitudes and the attitude-behavior relation: reasoned and automatic processes. In: Stroebe W, Hewstone M, editors. *European review of social psychology*. Chichester, UK: Wiley; 2002. v.11, p. 1-33.
13. Conner M, Armitage CJ. Extending the theory of planned behavior: a review for further research. *J Appl Soc Psychol*. 1998;15:1429-64.
14. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994. [acesso 6 mar 2014]. v. 4, p. 71-81. Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Ventura-Cerdá JM, Mínguez-Gallago C, Fernández-Vellalba EM, Alós-Almiñana M, Andrés-Soler J. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp*. 2006;30(3):171-6.
17. Jannuzzi FF, Rodrigues RCM, Spana TM, Cornélio ME. Desenvolvimento e validação de instrumento para levantamento de crenças relacionadas à adesão aos antidiabéticos orais. *Caderno de Resumos*. 17º Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Diabetes, 2012. São Paulo; 2012.
18. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980.
19. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Misconceptions about diabetes and its management among low-income minorities with diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(4):591-3.

20. Stewart DW, DePue J, Rosen RK, Bereolos N, Goldstein MG, Tuitele J, et al. Medication-taking beliefs and diabetes in American Samoa: a qualitative inquiry. *Transl Behav Med.* 2013;3(1):30-8.
21. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Hypoglycemia in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes.* 1997;46(2):271-86.
22. Wild D, von Maltzahn R, Brohan E, Christensen T, Clauson P, Gonder-Frederick L. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Educ Couns.* 2007;68(1):10-5.
23. Vissman AT, Hergenrather KC, Rojas G, Langdon SE, Wilkin AM, Rhodes SD. Applying the theory of planned behavior to explore HAART adherence among HIV-positive immigrant Latinos: elicitation interview results. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):454-60.
24. Hjelm K, Bard K. Beliefs about health and illness in latin-american migrants with diabetes living in Sweden. *Open Nurs J.* 2013;7:57-65.
25. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007; 15(6):1105-12.