

IV. DISCUSIÓN

El análisis estadístico permitió comprobar las hipótesis planteadas; ya que se encontró que los jubilados con adherencia reportan una mejor calidad de vida y un mayor autoconcepto. Esto coincide con lo planteado por Portilla (2011) y la OMS (2004b), pues se reconoce que la adherencia terapéutica, es de vital importancia para evitar repercusiones negativas en la salud de la población. La adhesión al tratamiento médico es un proceso influenciado por diversos factores como son los sociales, los psicológicos, los económicos, los propios de la enfermedad y del tratamiento, y de la organización de los servicios de salud (Hernández & Grau, 2005; Ferrer, 1995). Los resultados permiten afirmar que existe una relación entre la adhesión al tratamiento médico y la satisfacción y el impacto del tratamiento, pues los adherentes se mostraron más satisfechos que los no adherentes. Ejemplo de ello son las medias obtenidas en la prueba calidad de vida pues los adherentes obtuvieron una media de 32.52 mientras que los no adherentes una de 46.64. El test al ser inverso quiere decir que entre más bajo sea el puntaje más satisfecho se encontrará con esta subescala.

Por otro lado, Ferrer (1995) señala que el estado civil ha demostrado ser un predictor de la adherencia. En el estudio realizado la mayoría de los no adherentes eran divorciados (44%) y viudos (32%), por lo cual, esto podría ser un indicador de la no adherencia al tratamiento médico pues puede que estas personas al no sentir el apoyo de un cónyuge o inclusive la motivación que produce éste para vivir, no les importe tanto el hecho de seguir el tratamiento. Siguiendo esta misma línea Rodríguez (1995) y Ferrer (1995) afirman que el papel del apoyo social y familiares es de vital importancia en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Pues las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento.

Unido a lo anterior se suma el hecho de que las personas que tienen un mayor número de grupos sociales como son familia, hijos, nietos, amigos de algún club o actividad que realicen y una pareja, se adhieren más pues sienten que comparten con alguien más, el peso emocional que ocasiona su enfermedad, haciendo que ésta sea más llevadera y entonces se comprometa más con el tratamiento porque existe Otro que da valía, o cómo diría el psicoanálisis, un Otro que permite la comprensión de mi persona.

Si bien es cierto que, en las enfermedades crónicas, sobre todo en las que tienen un carácter asintomático, como puede ser el caso de la diabetes, es más difícil de seguir las recomendaciones por la larga duración de los tratamientos (Basterra, 1999), un factor importante a tomar en cuenta son el número de años que la persona ha padecido con la enfermedad. En el caso de nuestra muestra se puede observar (ver Tabla 3) cómo a medida que pasan los años de la enfermedad disminuyen los no adherentes mientras que los adherentes se mantienen. Esto se debe a que los estragos de la misma enfermedad terminan pesando de más con el paso de los años, y se empeora si no se apega al tratamiento médico. Pero, además, se suma a esto la cultura de la no prevención que vivimos.

La prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a la reducción de factores de riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 2010). Las actividades de prevención se clasifican en tres niveles los cuales son prevención primaria o medidas orientadas a evitar la aparición de la enfermedad (OMS, 2010). Prevención secundaria destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad sin manifestaciones clínicas y prevención terciaria, la cual se enfoca en realizar acciones que minimicen los sufrimientos causados al perder la salud, así como facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables (OMS, 2010). Por desgracia, en nuestro país la prevención es terciaria por lo cual, la persona se cuida, si es que decide hacerlo, hasta que la enfermedad presenta sus síntomas más graves. A pesar de que esta tendencia se quiere erradicar, y que cada vez se buscan programas que vayan hacia la atención primaria y secundaria, una de las premisas que he escuchado a la generación *Baby Boomers*, y considero que la mayoría de ellos ha internalizado “es que de algo me tengo que morir”, razón por la cual también puede que no presenten la adherencia al tratamiento.

Otro factor importante es la motivación que tiene el paciente para adherirse. Roca (2000) afirma que la motivación hacia la salud dirige el comportamiento del paciente con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que le conserven. Por lo cual, es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo, tomando como base una visión plena de la vida; pues la persona con proyectos, metas y propósitos a lograr será capaz de estructurar su campo de actuación en función de proteger su calidad de vida en la que incluirá la adherencia a un tratamiento que lo garantice. No obstante, pueden existir personas que según las fases de Atchley (1976) vivan la fase

de desencanto en cuanto a la jubilación. Estos jubilados viven la pérdida del rol y a la par de ello luchan contra los estereotipos de que, ahora se han vuelto personas inútiles, no productivas y sin otro motivo en la vida, es entonces que la persona puede perder las metas y propósitos que se había fijado, y a la par, descuide su tratamiento médico.

Por otro lado, aquellas personas que se apegan al tratamiento podrían estar en la etapa de reorientación (Atchley, 1976), pues esta etapa implica la posibilidad de involucrarse en nuevas actividades y buscar la ayuda de familiares y amigos, estableciendo rutinas diarias que proveerán satisfacción para la persona. Dentro de estas rutinas en los enfermos crónicos está presente el ámbito del cuidado de su salud, el cual puede convertirse en un ritual, pues se realizaría como una actividad diaria, que requiere de ciertos pasos. Si el cuidado de la salud se vuelve un ritual y además se acompaña de un amigo o familiar puede generar mejores resultados.

Hasta este momento se ha recalcado la importancia de la socialización en las personas para tener una mejor imagen de sí mismos y por ende una mejor calidad de vida. No obstante, regresando al tema del trabajo, como se ha mencionado este no sólo es una forma de organizar nuestra actividad, sino que también nos ayuda a formar nuestro autoconcepto (Gómez, 2003). Los jubilados con mejor autoconcepto son los adherentes esto puede deberse al hecho de que para ellos la jubilación no representó una muerte emocional al dejar el rol, sino que toman esta etapa como una oportunidad para poder emprender cosas que no habían hecho hasta el momento, como viajar, pasar más tiempo con la familia e incluso estudiar una carrera, idioma o emprender nuevas modalidades de trabajo. Para este grupo el sentido vital recaería en algo más que en el trabajo, recaería en su propia persona, en sus necesidades, en sus sueños y aspiraciones. Lo cual provocaría que se sintieran más conformes con sus propias experiencias y entonces obtengan mejores puntuaciones en el autoconcepto, a la par de que procuren el cuidado de su salud, pues el cuerpo para ellos sería como un templo que requiere de cuidado y atención. Lo anterior se complementa con lo obtenido al correlacionar el puntaje de autoconcepto con la escala preocupación por eventos futuros provocados por la diabetes mellitus tipo 2 en jubilados adherentes (ver Tabla 15). Aquí la alta correlación se debe a que un mayor autoconcepto es igual a una mayor preocupación por lo que va a pasar y por lo tanto mayor cuidado de la salud.

Las malas percepciones en cuanto al autoconcepto pueden deberse a que la persona que se jubiló viva sin haber cumplido las expectativas que se había planteado cuando joven, por lo cual, en lugar de llegar a esta etapa del ciclo vital dispuesto a gastar las herramientas psicológicas que cosechó durante su vida, como es un buen autoconcepto, llega con frustraciones porque su yo ideal no empata con su yo percibido. Por lo cual, la enfermedad lo abatiría de una forma más rápida y también podría provocar descuido de su persona.

Debido al hecho de que el autoconcepto se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones personales. Es un proceso continuo que no se completa nunca, por lo que en ámbitos educativos este constructo es de gran relevancia (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). En este aspecto las personas con bajo autoconcepto podrían aprender a cuidar de su salud para poder percibirse como individuos capaces de cuidarse a sí mismos, y por lo tanto individuos que también son dignos de recibir apoyo social de aquellos que los rodean, o buscar personas que le brinden un poco de calidez humana a su existencia.

En relación a la variable calidad de vida se encontró que los jubilados diabéticos adherentes presentaban mejores puntuaciones. Esto se debe a que existe una relación entre mejor autoconcepto y mejor calidad de vida puesto que los individuos que han realizado una mejor introspección de sí mismos son capaces de concebir a la vida con nivel de satisfacción más alto. De acuerdo a los resultados de la investigación se puede inferir que estos individuos tendrían la capacidad de triangular de una forma poco alejada de la realidad, las condiciones objetivas en las que vive, con sus propias percepciones personales y además con sus valores culturales, esto a su vez permitirá una interpretación de la vida más empática y con menos disonancias cognitivas entre lo que se vive y lo que se hubiera querido vivir.

Considero que existen dos variables que afectan la salud hoy en día. La primera es la falta de introspección ligada a la velocidad en la que vivimos y la segunda es la actitud hedonista con la que reaccionamos ante el más mínimo dolor. El proceso de conocerse a uno mismo, es un proceso que dura toda la vida. Este proceso inicia desde el momento en que se nace y termina cuando uno se muere. Desgraciadamente esta capacidad de introspección se ha ido perdiendo en nuestra cultura de "lo rápido es mejor". Pues nos hemos vuelto de forma voluntaria, esclavos del trabajo, de estándares objetivos de calidad de vida como son una mejor casa, el mejor coche, el tener más bienes, más dinero, más de todo lo que nos rodea. Es por eso que no sólo

en la jubilación, sino en todas las etapas de la vida, hemos dejado de pensar, percibir y conocernos para poder escuchar a nuestro propio cuerpo y mente y entonces buscar lo que es mejor para nosotros, como es la salud, o un momento de tranquilidad, o iniciar algo nuevo, no importando que se tenga 60 y más. Creo que junto con esta incapacidad que hemos fomentado al no escuchar nuestras propias necesidades también se junta la parte hedonista en dónde preferimos no dejar de sentir el placer de la comida, el de no sentir el piquete para las pruebas, el no querer renunciar a un estilo de vida que nos daña, y entonces preferimos arriesgarnos a no seguir las indicaciones de los médicos con tal de no renunciar a este placer que se ha convertido en goce.

Para poder asegurar mejores programas para los enfermos crónicos debe hacerse más hincapié en la importancia de la psicoeducación. Pues la educación ayudaría a combatir los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas. Roses & Roses (2000) afirman que cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad permitirá mejorar la calidad de vida del mismo. También un buen proceso educativo puede asegurar la adherencia al tratamiento por parte del paciente y así maximizar la eficiencia del mismo, y aliviar la carga que la enfermedad pudiera causar a todos los implicados en el proceso, cómo son obviamente el paciente en primer lugar, su núcleo familiar, y las infraestructuras de salud.

En la actualidad, se reconoce que para conseguir los objetivos del control de la diabetes es necesario que el paciente tenga una formación en su autocontrol. Acompañado de programas intensivos de tratamiento (ADA, 1998; Alfaro, Simal & Botella, 2000). Dentro de los mismos uno de los puntos más importantes será el reforzamiento de la educación continua y el acompañamiento de un adecuado tratamiento psicológico si bien la diabetes mellitus es una enfermedad orgánica, el impacto emocional y social de la diabetes es un hecho comprobado (The Expert Committee on the diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997, Portilla, 2011).

Finalmente, se sugiere que se realicen más estudios de este tipo con muestras más grandes y cuyas características sean diferentes para corroborar o no la existencia de una relación entre calidad de vida y autoconcepto en jubilados diabéticos con y sin adherencia al tratamiento médico. A la par se sugiere ampliar la muestra al campo de las mujeres comparando diferentes generaciones de la fuerza laboral.