

Análisis de concepto: “decisión de cambio” para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos

RESUMEN

Objetivo: a fin de contribuir con la clarificación y el desarrollo de conceptos útiles para la ciencia de enfermería en su práctica, este trabajo utilizó la metodología de Rodgers con el fin de proporcionar una definición del concepto “decisión de cambio” (DC) para el mejoramiento de conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas (obesidad, hipertensión arterial y diabetes). **Método:** se realizó el análisis de evidencia empírica en bases de datos para identificar atributos, términos subrogados, antecedentes y consecuencias en relación con el concepto DC. De forma complementaria se aplicaron entrevistas semiestructuradas con codificación abierta. **Resultados:** la decisión de cambio es definida, entonces, como el proceso de elección que requiere de intención y actitud para comprometerse con responsabilidad en el mejoramiento de la conducta de salud, de manera efectiva y permanente respecto de las condiciones sociales y emocionales a las que una persona es sometida ante la presencia de una enfermedad crónica y que requiere de manera impostergable el apoyo familiar y profesional de salud. **Conclusión:** la decisión de cambio es un juicio de elección que requiere de voluntad permanente para cambiar las conductas de salud y resolver las posibles contingencias que pueda provocar una enfermedad crónica.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, salud, enfermedad crónica. (Fuente: DeCs, BIREME).

1. Doctor en Ciencias de Enfermería. Presidente del Colegio Mexicano de Licenciado en Enfermería A.C. Filial Puebla. erick_landeros@hotmail.com
2. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesora de la Facultad de Enfermería de la UANL. rabenavi@gmail.com
3. Doctorado en Ciencias de Enfermería. The City University of New York. keville.frederickson@lehman.cuny.edu
4. Maestra en Ciencias de Enfermería. Investigador, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP). maria.dcmartinez@correo.buap.mx
5. Estudiante de Licenciatura, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP). marisol.celis@correo.buap.mx

Analyzing "Decision to Change" in Order to Improve Health Care Behavior in Adult Chronic Disease

ABSTRACT

Objective: in order to clarify and develop useful concepts for nursing practice, this study used Rodger's methodology with the purpose of defining "Decision to Change" (DC) and thus improve health care behavior when dealing with chronic disease (obesity, hypertension, diabetes). **Method:** empirical evidence found in databases was analyzed in order to determine the attributes, subrogated terms, background and consequences in the DC concept. To complement this, semi-structured open coded interviews were also applied. **Results:** thus, the "Decision to Change" can be defined as electing an intention and an attitude to responsibly commit towards effectively and permanently improving behavior towards the social and emotional conditions surrounding a persona affected by chronic disease, who requires immediate support from family and health care providers. **Conclusion:** decision to change is a deliberate election that requires permanent determination to change health care behavior and solve eventual contingencies resulting from chronic illness.

KEY WORDS

Nursing, health, chronic disease. (Source: DeCs, BIREME).

Análise de conceito: "decisão de mudança" para melhorar as condutas de saúde no contexto das doenças crônicas em adultos

RESUMO

Objetivo: a fim de contribuir com a classificação e o desenvolvimento de conceitos úteis para a ciência de enfermagem no contexto de sua prática, este trabalho utilizou a metodologia de Rodgers com o propósito de proporcionar uma definição do conceito "decisão de mudanças" (DM) para o melhoramento de condutas de saúde no contexto das doenças crônicas (obesidade, hipertensão arterial e diabetes). **Métodos:** realizou-se a análise de evidência empírica com bases de dados para identificar atributos, termos substitutos, antecedentes e consequências com relação ao conceito DM. De forma complementar, aplicaram-se entrevistas semiestruturadas com codificação aberta. **Resultados:** a DM é definida, então, como o processo de eleição que requer intenção e atitude para comprometer-se com responsabilidade no melhoramento da conduta de saúde, de maneira efetiva e permanente, com respeito às condições sociais e emocionais às quais uma pessoa é submetida na presença de doenças crônicas e que requer de maneira urgente o apoio familiar e profissional de saúde. **Conclusão:** a DM é um julgamento de escolha que requer vontade permanente para mudar as condutas de saúde e resolver as possíveis contingências que possa provocar uma doença crônica.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem, saúde, doença crônica. (Fonte: DeCs, BIREME).

Introducción

El perfil epidemiológico en el continente americano señala que las enfermedades crónicas (EC) como la obesidad, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) representan las principales causas de morbilidad y mortalidad; hoy en día constituyen epidemias en la población adulta, y han superado las fronteras socioeconómicas y aquejan por igual a ricos y a pobres (1). De acuerdo con las estadísticas, México es el segundo país con más casos de obesidad en el mundo (2), el sobrepeso en conjunto con la obesidad afectan al 70 % de toda la población entre los 30 y 60 años en ambos sexos (3), y el problema es aún mayor porque la obesidad es considerada un factor de riesgo directamente relacionado con otras enfermedades crónicas, por ejemplo, la cifra promedio de las personas que padecen hipertensión arterial más obesidad es del 77,5 %, y en personas con diabetes la cifra alcanza el 80 %; estos padecimientos causan 50 mil muertes al año (4-7).

Una vez que el padecimiento crónico es diagnosticado y los síntomas se hacen presentes, las personas contemplan con determinante decisión cambiar la forma de cuidar de su salud, pero ¿por qué lo hacen? ¿Qué es lo que condiciona o propicia la decisión de cambio? Hoy en día es claro que la DMT2, la HTA y la obesidad son consecuencia de conductas que no favorecen la salud y que dependen a su vez de factores de riesgo no modificables como el sexo y la condición genética, en consecuencia, estos padecimientos solo pueden controlarse, no se curan. Es por ello que entender el concepto "decisión de cambio" para mejorar conductas de salud en personas que ya tienen el padecimiento es primordial a fin de controlar la posible generación o exacerbación de síntomas que puedan desarrollar complicaciones. Es imperativo comprender cómo es que se ha desarrollado este concepto en aquellos que han superado el problema y que mantienen bajo control las EC, es decir, aquellas personas que han conseguido mejorar sus conductas de salud reflejadas en el control de las cifras de hipertensión, la hiperglucemia y la reducción de peso. Lo anterior, teóricamente, podría ser útil para la prevención, ofreciendo un soporte empírico para las investigaciones que traten el tema de enfermedades crónicas.

De acuerdo con el estado del arte, el concepto de interés no tiene evidencia en el desarrollo de su aplicación en enfermería, ni ha sido del todo dinámico, no ha sido clarificado y no se ha utilizado desde un punto de vista pragmático en el contexto de enfermedades crónicas en adultos.

El propósito de este trabajo es analizar y proporcionar una definición del concepto "decisión de cambio" para el mejoramiento de conductas de salud en el contexto de las EC en adultos, con el fin de obtener una comprensión clara para su utilidad en las intervenciones de enfermería en el contexto social, y que sirva para desarrollar instrumentos para la investigación dentro del primer nivel de atención para la salud utilizando la práctica basada en la evidencia (8).

Antecedentes

Tradicionalmente el concepto "decisión" se utilizaba en las ciencias matemáticas, económicas y en la estadística (9). Desde la década de los setenta el concepto ha sido utilizado por los psicólogos en el ámbito del estrés como proceso de conducta en la toma de decisiones ante situaciones críticas (10). El *Diccionario de la Lengua Española* (11) presenta dos definiciones para el concepto decisión: 1) determinación, resolución que se toma o se da en una cosa dudosa; 2) firmeza de carácter. La definición del *Oxford Dictionary of American English* (12) señala que es una conclusión o resolución para llegar a alcanzar acciones futuras, después de considerar un juicio firme de resolución. Bajo estas premisas, el objetivo de utilizar el concepto "decisión de cambio" es para mejorar las conductas de salud con el interés particular que representan en la prevención y control de EC. Este concepto tiene una serie de atributos que se identifican en diferentes contextos y denotan posturas filosóficas o disciplinares particulares relacionadas, pero su análisis finalmente resultará de una revisión exhaustiva de literatura y entrevistas que arrojen como resultado una definición útil del concepto.

Método

El análisis de la literatura se realizó bajo la perspectiva de análisis de Rodgers (13) e incluyó a las disciplinas de psicología, sociología y, preferentemente, enfermería y medicina. El periodo de búsqueda se realizó durante los años de 1997 a 2011. Los idiomas de elección fueron el español y el inglés en las siguientes bases de datos: CUIDEN, CINAHL, LILACS, MEDLINE y la base de datos de la Universidad de Austin, Texas. La búsqueda se enfocó en los resúmenes y de estos se seleccionaron los artículos de interés, se utilizaron palabras clave y términos subrogados en la búsqueda de literatura como: resolver, solucionar, solventar, determinación, voluntad y disposición; adicionalmente, se buscó la palabra "cambio". Estos términos se determinaron con base en

el *Diccionario de la Lengua Española* (11) y el *Oxford Dictionary of American English* (12).

El muestreo se realizó por conveniencia encontrando en la literatura un total de 39 artículos relacionados con el concepto de interés, de los cuales fueron seleccionados 25 por la relación directa con la temática. De acuerdo con la disciplina se encontraron doce artículos de enfermería, nueve de medicina, dos de sociología y siete de psicología.

Resultados

Para el proceso de análisis del concepto de interés se expusieron sus atributos, el contexto donde se ha desarrollado, los antecedentes, las consecuencias, los términos subrogados y los relacionados.

1. Los principales atributos fueron *proceso y control*, los cuales aparecieron repetidamente en varios de los artículos (14-17). Los autores señalan que algunos comportamientos son difíciles de modificar porque no son fácilmente controlables, requieren de un proceso que incluye mejorías, recaídas, frustración y resentimiento, que finalmente resultan en el control del comportamiento. Para que este proceso sea exitoso y la conducta se pueda controlar, se requiere de algunos otros atributos como la *responsabilidad* (15) y el *compromiso* (18), los cuales deben ser compartidos, es decir, no solo deben recaer en el personal de salud, es necesario buscar la responsabilidad y el compromiso del paciente, y esto se logra cuando el personal de salud le otorga el *poder* (15), atributo que en la toma de decisiones incluye al autocuidado que resulta en el apego al tratamiento exitoso y efectivo a largo plazo. Esta acción por parte del personal de salud involucra a los enfermos con el conocimiento de sus padecimientos, lo que resulta en un atributo más: la *búsqueda* (16), la cual ayuda a incrementar el conocimiento de nuevas alternativas de tratamiento e innovaciones en tecnología; la búsqueda llega a ser permanente e incita al paciente a valorar constantemente diversas opciones existentes a fin de decidir sobre la mejor alternativa para cuidarse (en pacientes con diabetes se ha demostrado que a menor conocimiento sobre la enfermedad, menor toma de decisión con respecto al tratamiento) (19).

Las personas con EC requieren enfrentar nuevos retos en la vida y vislumbrar los cambios de conducta como nuevas oportunidades. Se precisa tomar riesgos que vinculen al paciente

activamente en los comportamientos que promuevan la salud, para ello se requiere de otros atributos del concepto: el *coraje* (20) (carácter) y la *actitud* (21) que indiscutiblemente son fundamentales para lograr la "decisión de cambio" en la conducta de salud.

Finalmente, los atributos de *autodirección y autodeterminación* (14). El primero se refiere al deseo de progreso, apertura a la experiencia, sentimiento de libertad, espontaneidad, confianza en uno mismo para tomar decisiones con objetivos trazados, con dirección. Con respecto a la autodeterminación en una persona que padece alguna enfermedad crónica, es una etapa donde el enfermo se hace dueño en alguna medida de su propia vida porque controla algunas de sus contingencias, como tomar en consideración el sentido de prevención para controlar síntomas de alarma ante una elevada presión arterial o una hiperglucemia y, en consecuencia, tomar acciones para no verse inmiscuido en esos problemas, por ejemplo: comer sano, hacer ejercicio, controlar su estrés, conservar el peso, entre otros.

2. El concepto se ha desarrollado en el contexto de diferentes disciplinas. Con respecto a enfermería y medicina, este ha sido manejado de forma implícita al explicar la manera en que las personas pueden cambiar sus estilos de vida con respecto a las conductas que favorecen la salud, sin embargo, la mayoría de los artículos encontrados en la disciplina médica han demostrado ser aún muy puntuales desde el punto de vista biológico, es decir, se centran en los mecanismos de la enfermedad crónica, la epidemiología y el tratamiento, relacionados con los ámbitos del sistema de salud y servicios hospitalarios. Por otra parte, en enfermería minoritariamente se centran en la atención personalizada, el cuidado de la familia con enfermos crónicos y la atención holística que requiere la comunidad.

La psicología y la sociología han tratado de explicar las conductas y sus cambios a través de diversos modelos, estudiando a las personas con EC desde un punto de vista que apoya el tratamiento y el cuidado, porque incluyen el contexto de salud y sus determinantes sociales. Los trabajos de sociología contienen metodología cualitativa, tratan de explicar la perspectiva de las enfermedades crónicas desde el punto de vista del enfermo (16, 22-26), lo que ha resultado en la evidencia de conocimiento sumamente valioso para la atención de estas enfermedades y la comprensión de quienes las padecen.

3. Los antecedentes del concepto son variados, se enfocan en el proceso que experimenta un individuo para incorporar la "decisión de cambio". Entre los más significativos se encuentra la *afección familiar* (17, 21, 27) cuando uno de sus miembros padece alguna enfermedad, y *los cambios de roles* (17, 27). Dentro del grupo familiar, de acuerdo con la evidencia, los cónyuges son la primera fuente de cuidados para las personas que están casadas, y los hijos la segunda, sin embargo, se reconoce que las madres y las hijas ocupan el primer lugar como cuidadores primarios (17).

Por otro lado, el rol de cuidador no es asumido por las personas con enfermedades crónicas (autocuidado) dado que, a falta de síntomas que incapaciten su vida cotidiana, no requieren o no perciben la necesidad de obtener ayuda; las enfermedades como la HTA y la DMT2 son comúnmente llamadas "silenciosas", y mientras no causen dolor o incapacidad como la obesidad, las personas no se perciben enfermas (28). Con estos antecedentes, el individuo implicado y su familia experimentan la difícil situación de decidir sobre la conveniencia de los tratamientos cuando se hace evidente que la salud ha sido afectada, porque antes no había sido necesario. En ese justo momento es cuando la estabilidad familiar empieza a dañarse, los roles empiezan a cambiar, las habilidades de los cuidadores adquieren un papel importante dado que comienzan a desarrollar destrezas específicas, y la economía es mucho más planificada máxime cuando el soporte principal de la familia es precisamente el que padece la enfermedad (29).

Otro antecedente son las *presiones sociales* (30). La adopción de nuevos patrones de conducta está influenciada por diversas formas de presión, por un lado, toda la mercadotecnia de la comida no nutritiva es anunciada en la televisión y la radio como principales medios masivos de comunicación, por otro, los aparadores de las tiendas muestran ropa de moda que únicamente las personas delgadas podrían usar, aunado a que el estereotipo del cuerpo humano mejor aceptado es el delgado, y en muchas de las situaciones de forma extrema, tal como se observa en las mujeres que se dedican al modelaje. Ambas posturas son controversiales y son factores externos al individuo. Socialmente la presión en las personas con obesidad es cruel, pues constantemente se les suele decir "gordo, obeso" y muchos otros sobrenombres que hieren susceptibilidades. Considerando la relación que tiene la obesidad con la HTA y la DMT2, la presión social incita a las per-

sonas a *renunciar a ciertas satisfacciones* (31) y a cambiar su forma actual de conducta como el comer sal, postres, grasa; por otro lado, no vestir lo que le gusta porque el sobrepeso los incita a adoptar patrones más sanos de comportamiento. La dieta y el ejercicio han sido las principales conductas con las que se han enfrentado las enfermedades crónicas en adultos (32), sin embargo, la deserción es muy alta porque no se llega a una fase de mantenimiento de las mismas a pesar de conocer los riesgos (33).

Dentro de los antecedentes más importantes se halló en algunos artículos la experiencia previa, al respecto existe una *percepción de riesgo y beneficio* (34). La percepción de beneficio es un antecedente común en las personas que han tratado de mantener conductas saludables y han experimentado sus bondades tanto físicas como mentales; por otro lado, el riesgo incluye a aquellos individuos que han tenido problemas con las manifestaciones de la enfermedad crónica dado que solo lo perciben cuando se está afectando gravemente su salud. Así, tanto la percepción de riesgo como la de beneficio, a pesar de ser dos posturas opuestas son complementarias, y constituyen antecedentes fundamentales para iniciar y mantener conductas de ejercicio, buena alimentación, eliminar el consumo de tabaco y disminuir el estrés.

Cuando las personas deciden autocuidarse comúnmente se tiene el antecedente de haber reforzado su cambio de conducta a través de *pláticas previas con el personal de salud* (15, 18, 21, 23, 27, 31, 32), principalmente con las enfermeras y los psicólogos quienes motivan a la persona a decidirse por adoptar un nuevo estilo de vida. Uno de los antecedentes más claros en la "decisión de cambio" es la pérdida de la función o habilidad para mantenerse en el trabajo (*imposibilidad de trabajar*) (16). Cuando las personas sufren los estragos de una enfermedad que las incapacita no son las mismas y se vuelven dependientes de quienes las cuidan, esta situación provoca sentimientos de tristeza, dolor, llanto y llegan a la depresión por no poder controlar la enfermedad; finalmente, para los que toman la "decisión de cambio", la imposibilidad de trabajar los incita a adoptar nuevos estilos de vida a fin de recuperar la salud. Esta situación se concatena con el antecedente de la *motivación familiar* (30), si la familia está bien organizada, muestra cohesión entre sus miembros y existe buena comunicación, la motivación para adoptar estilos de vida saludables es menos traumática.

4. Entre las principales consecuencias se encuentra el *cambio de conducta* (17, 25, 27, 30, 31, 33, 34-36) que en realidad es la decisión esperada en la mayoría de las personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, este cambio de conducta para mantener hábitos saludables no es tan exitoso pues en muchas ocasiones es esporádico, un impulso de motivación limitada que no dura más de seis meses o no se adopta en más de dos años para considerarla como un éxito (37). Un ejemplo muy conocido es cuando se decide dejar el cigarrillo, siempre existe la posibilidad de recaída y deserción o se retoma, pero finalmente se abandona (38). Existen muchos casos exitosos, pero para lograr el soporte conductual se requiere del *cambio de comportamiento de toda la familia* (17, 20, 21, 27, 35) como consecuencia de la toma de decisiones en el cuidado de la salud. Esto significa que las *responsabilidades son compartidas* (15), cada uno de los miembros de la familia deberá poner de su parte para cambiar sus conductas en beneficio de quien padece la enfermedad crónica, así en conjunto la familia empieza a *des-aprender malos comportamientos* (20) que afecten a la salud, lo cual no es una tarea fácil, pero es una de las consecuencias que dan mayor soporte a la "decisión de cambio" en el contexto de las enfermedades crónicas y que solo se logra con el tiempo y la perseverancia, no es un efecto inmediato.

Una de las consecuencias más deseadas por parte de los enfermos es no sentir los síntomas de la enfermedad; cuando se decide cambiar y se logra mantener la conducta, *disminuyen las preocupaciones* (15) porque se mantiene el *control de las manifestaciones* (16) y esto es consecuencia de la eficacia en la salud nutricional, el control del peso y la actividad física regular, que en conjunto provocan un sentimiento de *satisfacción* (39). No obstante, la mayoría de las personas que tienen éxito cuando han decidido cuidarse procuran *mantener la expectativa* (20) porque saben que la enfermedad crónica no se cura, y en cualquier momento podrían tener problemas de salud si abandonan su nuevo estilo de vida.

5. Los *términos subrogados* para el concepto "decisión de cambio" fueron: juicio (17), relativo a una introspección del individuo que le permite valorar las ganancias potenciales frente a potenciales pérdidas; la "decisión de cambio" para mejorar las conductas de salud es un juicio permanente. *Elección* (17), referente a una alternativa específica, cuando la decisión es procesada solo se puede obtener una parte de los resultados; si la decisión es determinante, conforme pasa el tiempo los nuevos hábitos son la única elección. *Control* (14) sobre uno mismo; la "decisión de cambio" es considerada como un control en el sentido de recuperar la salud y regular su propio entorno. *Voluntad* (21), para apegarse a un patrón de conducta que favorezca la salud se requiere de una actitud positiva a fin de seguir el cambio de comportamiento; decidir en un conflicto significa *resolver* (15) la ambivalencia que ayude a realizar efectivamente las acciones necesarias sobre las nuevas alternativas de cuidado, y seleccionar *a priori* las expectativas de resultado convenientes para la salud. *Estilos de vida* (25), entendidos como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. *Afrontamiento* (22), que constituye un mecanismo cognitivo que puede intervenir en la adaptación a la enfermedad y facilitar el ajuste psicológico del paciente, lo que se ha relacionado con la adhesión al tratamiento.
6. Los términos relacionados fueron: *intención* (30) de llevar a cabo distintas formas de conducta saludable; la intención parece determinada básicamente por la percepción del control sobre la conducta y el balance coste-beneficio de la misma (expectativa de control y de resultados). La intención es uno de los elementos que finalmente contribuyen a la iniciación y el mantenimiento del cambio de conducta. *Dilema* (17) y *conflicto* (37) con respecto a las decisiones en los problemas de salud. Estos términos son internos y requieren de solución; las personas con EC tiene la *alternativa* (36) de modificar su conducta para mantener o recuperar su salud, o continuar con los mismos hábitos que los hacen sentirse placenteros o que son una rutina muy arraigada que forma parte de lo cotidiano, pero que saben que finalmente los perjudica. Por ejemplo, utilizar el automóvil para trasladarse a muy cortas distancias, mantenerse todo el día sentado en la oficina, acostarse por varias horas a ver el televisor con el control del mismo en la mano, tomar refresco todos los días a la hora de los alimentos o disfrutarlo con alimentos no nutritivos, fumarse un cigarrillo al amanecer antes de cualquier otra cosa, subir por el ascensor en vez de tomar las escaleras, bajarse del autobús lo más cerca posible a la oficina, etc. Todo esto responde a un estilo de vida predeterminado, y cuando se manifiesta la enfermedad y causa problemas de incapacidad, es cuando cobra significado *adoptar nuevos patrones de conducta* (15, 18).

La expresión *cambio en el estilo de vida* (21, 35, 39, 40) es a menudo relacionada con la "decisión de cambio" en el contexto de las enfermedades crónicas, allí se incluye el cambio en creencias, comportamientos como el alimentario, los hábitos para la prevención como el ejercicio, apego al tratamiento farmacológico, cambios en rutinas establecidas que incluyen las familiares para adoptar nuevos patrones de conducta y *autocuidado* (15, 28, 40, 41).

Si en la persona con EC existen dudas acerca de la decisión que va a tomar, o no conoce qué va a resultar si decide o no solucionar el conflicto con respecto a su cambio de conducta, siempre se mantiene la *incertidumbre* o la incapacidad de construir un significado ante la enfermedad.

Un término relacionado con la decisión de cambio es el *compromiso* (21), que representa responsabilidad activa por parte del paciente y de la entidad de salud que lo atiende. Cuando una persona es diagnosticada con alguna enfermedad crónica, el compromiso es hacerse responsable de esta, no tanto con la salud, pues esta ya no existe, sino en cuanto a *enfrentar nuevos retos en la vida* (20).

7. Hallazgos adicionales: se aplicaron entrevistas semiestructuradas a seis personas que padecen enfermedades crónicas y que han podido mantenerlas bajo control, con la finalidad de buscar los elementos relacionados que propiciaron la decisión de mejorar sus conductas de salud. El análisis de las entrevistas se realizó en un nivel de codificación abierta con el programa Atlas.ti 5.2 (42) en cuatro categorías (Figura 1). A continuación se explican y se muestran junto con algunas de sus expresiones.

- *Categoría Familia*. Referida al grupo de personas que viven juntas y que comparten condiciones, opiniones, conductas de salud y estilos de vida en común. Expresiones:

...Que pudieras cambiar la mentalidad de un gordo que lo que más le gusta es comer, porque es la idiosincrasia de la familia, creer que comer es la felicidad, que probamos de todo y podemos dar cátedra de las mejores dietas, aunque nunca las llevemos a cabo, que cuando nos enfermamos decimos "ahora sí", y es un día y al siguiente estamos comiendo, porque nos llena de felicidad comer, contéstame, ¿tú no eres feliz cuando ves a tu familia y comes lo que hace tu mamá? Entonces, la familia también tiene que cambiar.

...Mi familia igual tuvo que cambiar la comida, ahora todos pues, comemos sano, no tanta sal, aunque no les gustó al principio, ya se acostumbraron, ahora solo tomamos agua, no refrescos.

- *Categoría Salud*. Referida a las condiciones físicas y orgánicas en las que se encuentra una persona con enfermedad crónica, con o sin manifestaciones del padecimiento. Expresiones:

...Me dijeron que me podía infartar, y en ese momento tomé la decisión de no comer tanta grasa y controlar mi presión.

...Cuando tuve el susto (consecuencia de una hiperglicemia), fue cuando decidí cambiar mi vida, no se lo deseo a nadie, pero entendí que la salud es lo mejor que uno puede tener, y pues ahora me cuido.

- *Categoría Actitud*. Referida a la postura cognitiva determinada por la creencia de poder realizar eficazmente las metas propuestas. Expresiones:

Pensar que podía hacerlo, pensando positivamente, yo pesaba 123 kilos, por lo menos tenía que bajar 30 kilos; actualmente peso 76 kilos y mi diabetes no me causa problemas y puedo hacer todas mis cosas, sigo haciendo ejercicio.

- *Categoría Acciones*. Referidas a las habilidades que una persona con enfermedad crónica realiza para cuidar de sí misma a través del cambio de su conducta o la regulación de su medioambiente. Expresiones:

...Cuando decidí bajar el azúcar, en primer lugar tenía que ponerme en manos de un profesional.

...Ahora ya no me quedo en la sala viendo televisión, trato de hacer cosas, mantenerme ocupado; los fines de semana me levanto, pues, como si fuera a trabajar, para hacer algo en la casa, lo que sea, pintar, arreglar (reparar), no sé...

Definición resultante

En las personas con EC la "decisión de cambio" se define como: el proceso de elección que requiere de intención y actitud para comprometerse con responsabilidad en el mejoramiento de la conducta de salud, de manera efectiva y permanente con respecto a las condiciones sociales y emocionales a las que una

persona es sometida ante la presencia de una enfermedad crónica, y que requiere de manera impostergable el apoyo familiar y profesional de salud.

Discusión

El método de análisis de Rodgers (13) contribuyó a comprender el concepto "decisión de cambio" para el mejoramiento de las conductas de salud que se configura alrededor de la presencia de enfermedades crónicas en adultos. La estructuración de la definición resultante puede contribuir a la propuesta de intervenciones efectivas contra la obesidad, la DMT2 y la HTA, enfermedades que tienen un fuerte impacto económico y repercusiones familiares importantes (3, 29).

En los artículos revisados diversos autores refieren que la toma de decisiones (o sus subrogados) requiere de un proceso dinámico, gradual, influido por el medioambiente y diferentes factores (30, 34, 35, 43). Tal vez esto sea resultado de los conflictos que ocurren ante la presencia de una enfermedad crónica, las presiones sociales por la imagen corporal en el caso de la obesidad, el desgaste económico de la familia en el caso del tratamiento de la DMT2 y la HTA, el impedimento para trabajar o no acudir a la escuela, todo lo cual implica situaciones personales de respuesta variada que, de acuerdo con los hallazgos, buscan el control de la situación a través del mejoramiento de la conducta de salud con la satisfacción de mantener sus actividades cotidianas normales, situaciones que corresponden a los resultados de la categoría *actitud* de los códigos vivos.

Un problema en particular se presenta con la obesidad dado que muchas personas no la perciben como una enfermedad porque no incapacita, no produce dolor o malestar (28), situación que es similar en las fases iniciales de la diabetes y la hipertensión por ser "enfermedades silenciosas", y solo hasta que empieza el deterioro físico es cuando deciden mejorar sus conductas de salud (20, 21). Esto es apoyado por los estudios de Noone (34) Ricciardi (44) Lamond y Thompson (45) Davidson y Knalf (46) quienes concuerdan en que para tomar la decisión de cambiar la conducta que mejore la salud tiene que haber como antecedente una percepción de riesgo o beneficio, situación que motivó a configurar la definición resultado de este trabajo en un sentido estrictamente preventivo. De acuerdo con González Schlenker (31) y Fierro (14), mientras no haya conciencia de la magnitud del problema por parte de la población, y no se renuncie a ciertas satisfacciones para

que los patrones de conducta nuevos den inicio, no se dará el proceso de decisión de cambio, lo que en este trabajo se confirma con la categoría de salud de los códigos vivos.

En varios artículos se puntualiza que la decisión de cambio está influida por el asesoramiento y la información que brinda el personal profesional de salud (15, 18, 21, 23, 27, 35, 47), quienes ponderan a la educación en dieta y ejercicio como estrategia para mejorar los resultados de la adherencia al tratamiento. Esta situación concuerda con la categoría de *acción* de los códigos vivos en los hallazgos adicionales, y se refleja en la definición resultado de este trabajo.

Para que una persona decida cambiar su conducta de salud es absolutamente necesario el apoyo familiar, los resultados que respaldan esta afirmación se identificaron en la categoría *familia* del código vivo y en las investigaciones de Goldbaum (35), Bermúdez *et al.* (30) Seligman *et al.* (27), Cazenave *et al.* (17) y Lopategui (20). De acuerdo con los resultados de estas investigaciones, la intervención de la familia es definitiva en los padecimientos crónicos, pero implica la siguiente conjetura: comer sanamente, mejorar la actividad física y el ejercicio, dejar el tabaco, disminuir el estrés, acciones que teóricamente podrían implicar un cambio de conducta en todos los integrantes de la familia en apoyo al que padece la enfermedad crónica. Bajo esta suposición es que la familia se incluyó en la definición resultado.

Es imperativo señalar que la búsqueda del concepto requirió de palabras subrogadas que se adaptaran a la idea que se buscaba; la mayoría de los artículos —tanto en español como en inglés— no la operaban como tal, no se presentaba como su objetivo principal de discusión excepto en el trabajo de Campos y Pérez (36) para obesidad en mujeres, y el trabajo de DeWalt *et al.* (19) en adultos con DMT2. En solo tres artículos en inglés se presentó como concepto central de discusión para la toma de decisiones en salud (34, 44, 48) pero no de forma específica en el contexto de las EC. La carencia de la utilización del concepto denotó un nivel de abstracción muy elevado que requirió de la interpretación de los investigadores en el análisis de los subrogados y palabras relacionadas. Sin embargo, consideramos que los factores identificados en cada artículo representan elementos primarios que han dado un primer soporte empírico a la definición.

Con respecto a los atributos de proceso, control, responsabilidad, compromiso, poder, búsqueda, coraje, actitud, autodirección

y autodeterminación consideramos a la madurez personal un factor común en todos ellos, y que en muchas ocasiones, de acuerdo con nuestra experiencia en la clínica y en la comunidad, llega a establecerse después de que la persona ha experimentado alguna de las consecuencias de las conductas que no favorecen la salud y que exacerban los problemas específicos de las enfermedades crónicas, que van desde un desmayo por hipoglucemia, un dolor de cabeza por HTA, amputación de miembros inferiores, accidente cerebrovascular, hasta un infarto al músculo cardíaco; luego entonces, como consecuencia, establecen la decisión de cambio y mejoran sus conductas de salud. Por ello es que la definición resultado de este trabajo es en el sentido preventivo más que curativo.

Con la premisa clara de que la fuerza de la teoría que guía la disciplina está dada por la claridad de sus conceptos (49), lo ideal sería su operacionalización, es decir, medirlos, aplicarlos en un nivel menos abstracto, más pragmático, como en una intervención de enfermería con un grupo piloto de personas con obesidad, DMT2 o HTA, con el propósito de estimular el desarrollo gradual para el mejoramiento de la conducta de salud hasta conseguir el mantenimiento de la misma. En esta perspectiva, el empirismo puede ser un punto de partida para el análisis del concepto hasta su operacionalización. Es obligatorio señalar que la forma en que se interpreta un concepto depende del contexto de cada disciplina y su uso de acuerdo con su propia perspectiva; según Kuhn (50),

esto responde al paradigma objeto de análisis, así la definición resultado de este trabajo puede ser utilizada desde un muy particular punto de vista de la nutriología, la psicología, la medicina, la antropología o de la propia enfermería.

Conclusión

Con respecto a los resultados arrojados podemos exponer que la decisión de cambio es un juicio de elección que requiere de voluntad permanente y tiempo para cambiar las conductas de salud y resolver las posibles contingencias que pueda provocar una enfermedad crónica, luego la decisión de cambio es un proceso interno que posee propiedades de predicción de conductas saludables en individuos con enfermedad crónica.

El concepto "decisión de cambio" en adultos con obesidad, DMT2 e HTA requiere principalmente de autocontrol, de un proceso para renunciar a ciertas satisfacciones, del apoyo de la familia y del personal de salud.

El propósito de este trabajo de teorización fue cubierto, sin embargo, queda solo desarrollarlo y mostrar su utilidad para prevenir consecuencias de salud en personas que padecen enfermedades crónicas; puede ser utilizado por enfermería u otra disciplina científica desde una corriente pragmática.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud. Salud de las Américas. Washington; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso 2011. [Consultado: 13 de junio de 2011]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
3. Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud 2007-2012. México DF: Secretaría General de Salud; 2011.
4. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
5. Lara R, Pastelin G, Aguilar C, Attie F, Velázquez M. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. Archivos de Cardiología en México 2004;74(3):231-245.
6. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M et al, editores. Encuesta Nacional de Salud Nutrición (ENSANut). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
7. Rosas P, Lara E, Pastelin H, Velásquez. M, Martínez R, Méndez. O, et al. Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovascular: cohorte nacional seguimiento. Archivos de Cardiología de Méxic. 2005;75(1):96-111.

8. Landeros O, Amezcua M. Enfermería Basada en Evidencia: principios básicos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2005;13(1-2):65-66.
9. Anastasi A, Urbina S. *Psychological testing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1997.
10. Broadbent DE. *Decision and stress*. New York: Academic Press; 1971.
11. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*, 23 ed. Madrid: Espasa; 2011.
12. *Oxford Dictionary of American English*. New York: Oxford University Press; 2005.
13. Rodgers BL. *Concept Analysis An evolutionary View*. En: Rodgers BL, Knafl KA, 2 ed. *Concept Development in Nursing Foundations, Techniques and applications*. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2000. pp. 77-102.
14. Fierro A. Salud mental, personalidad sana y madurez personal [serie en Internet] Sep. 2004 [Consultado: 19 noviembre 2007]: 1-10. Disponible en: <http://www.eudemon.net/salud%20mental,%20personalidad%20sana.pdf>
15. Facchini M. Cambios de conducta en tratamientos de larga duración, relación médico-paciente. *Medicina (Buenos Aires)* 2004;(64):550-554.
16. Mercado F, Robles L, Ramos I, Moreno N, Alcántara E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cuadernos de Saúde Publica* 1999;15(1).
17. Cazenave A, Ferrer X, Castro S, Cuevas S. El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista Chilena de Infectología* 2005;22(1):51-57.
18. Díaz A. ¿Cómo facilitar la adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas? *VITAE*, 26. Academia biomédica digital. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2006.
19. DeWalt D, Boone R, Pignone M. Literacy is relationships with self-efficacy, Trust, and participation in medical decision making. *American Journal Health Behavior* 2007;31(Supl.1):S27-S35.
20. Lopategui E. El concepto de salud 2000 [en línea]. [Consultado: 2007 octubre 13]. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaMod.html#TOPE-ModificaConducta>
21. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de atención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, Pontificia Universidad Javeriana 2006;5(3):535-547.
22. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud* 2008;18(2):165-179.
23. Guerra VT, Díaz AE, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia diálitica. *Revista Cubana de Enfermería* 2010;26(2).
24. Vega OM, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global* 2009;16.
25. Medina OM, Díaz AD, Barrientos EN, Peña DE. Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. *Avances en Enfermería* 2009;27(2).
26. Alcántara E, Tejeda L, Mercado F, Lara N, Flores A. Perspectivas de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. *Investigación en Salud* 2004;(31):46-153.
27. Seligman H, Wallace A, DeWalt D, Shillinger D, Arnold C, Shilliday B, et al. Facilitating Behavior Change with Low Literacy Patient Education Materials. *American Journal Health Behavior* 2007;31(Supl.1):69-78.
28. Landeros O, Gallegos C. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. *Revista Mexicana de Enfermería cardiológica* 2005;12(1-2):20-24.
29. Villarreal R, Mathew Q, Garza E, Núñez R, Salinas M, Gallegos H. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública de México* 2002;44(1):7-13.
30. Bermúdez J, Lasa A, Contreras A. Personalidad, proceso psicológico e intención de cambio de conducta: implicaciones para el desarrollo en conductas saludables. *Acción psicológica* 2002;2:151-164.

31. González Schlenker. El papel de la organización y el empoderamiento de la comunidad en el control del paciente diabético. *Salud Pública de México* 2007(49):104-105.
32. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity (Review). *The Cochrane Collaboration* 2008(1):1-62.
33. Sniehotta F, Scholz U, Schwarzer R. Bridging the intention-behaviour gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology of Health* 2005;20(2):143-160.
34. Noone J. Concept Analysis of Decision Making. *Nursing Forum. ProQuest Nursing & Allied Health Source* 2002;37(3):21-32.
35. Goldbaum M. *Estilos de vida y modernidad*. Canadá: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. IDRC Reports; 2007.
36. Campos SR, Pérez CJ. Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición* 2007;34(3):1-17.
37. Prochaska JO, DiClemente C. Stages and Processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51(3):390-395.
38. Collen S. Relapse: a concept analysis. *Nursing Forum. ProQuest Nursing & Allied Health Source* 2005;40(1):3-10.
39. López JM, Comas SJ. El síndrome metabólico, 2007 [en línea] MSD. El lado humano de la medicina 2007;29-VI:47-55. [Consultado: 2010 enero 20] en www.msd.es
40. Soriano S, Arrijoa M, Tlalpan H. Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en las personas con síndrome coronario. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2005;13(1-2):25-30.
41. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. La teoría de rango medio de los síntomas desagradables: una actualización. *Adv Nursing Sciences* 1997;3(19):14-27.
42. Atlas.ti [en línea]. The Knowledge Workbench. Demo, version Win 5.2. 2007. [Consultado: 2010 marzo 13] en www.atlasti.com
43. Rodríguez G. Factores psicosociales en el manejo de la diabetes tipo II. *VITAE*, 26. Academia biomédica digital. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2006.
44. Riccardi R. Sedentarism: A Concept Analysis. *Nursing Forum. ProQuest Nursing & Allied Health Source* 2005;40(3):79-87.
45. Lamond D, Thompson C. Intuition and Analysis in Decision Making and Choice. *Journal of Nursing Scholarship. Fourth Quarter* 2000;32(4):411-414.
46. Davidson M, Knalf K. *Dimensional analysis of the concept of obesity*. Blackwell Publishing; 2006.
47. Núñez de VF. Consentimiento educado vs. Consentimiento informado. *Revista Cubana de Salud Pública* 2006;32(4).
48. Rut A, Withmann-Price. Exploring the subconcepts of the Witmann-Price Theory of emancipated Decision-Making in women's health care. *Journal of Nursing Scholar Ship* 2006;38(4):377-382.
49. Cianlelli R, Ferrer L. Análisis de concepto, una estrategia para desarrollar conocimiento en enfermería. *Horizonte de Enfermería* 2001;12(1):46-52.
50. Kuhn TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. Trad. Carlos Solís Santos. México: Fondo de Cultura Económica; 2007.

Figura 1. Categorías presentadas por las personas con enfermedades crónicas que decidieron mejorar su conducta de salud

