

Las actitudes de los adolescentes y sus padres hacia las lentes de contacto: comportamientos y gestión

Juan J. Durban - Fernando Hidalgo - Joan Gispets - Contact lens evolution study Group (ClesG)

A pesar de la alta proporción de jóvenes que presentan necesidad de corrección visual, menos de un tercio de los adolescentes europeos usa LC. Para encontrar las causas de este bajo uso de las LC se ha llevado a cabo un estudio en España y Portugal entre padres y adolescentes. Aunque un 78% de los adolescentes está motivado para el uso de LC y sus padres consideraban las LC eficaces, seguras y cómodas, se han identificado barreras de tipo actitudinal y de creencias que disuaden a este grupo de la población respecto al uso de LC. En la segunda fase del estudio, usando el Modelo de Creencias de Salud (MCS) y analizando las percepciones de las personas implicadas, se ofrecen consejos sobre cómo manejar estas barreras en la práctica, de cara a animar a la población al uso de LC entre los adolescentes.

Menos de un 10% de la población que necesita corrección de la vista es usuaria de lentes de contacto (LC). Entre los jóvenes (de 16 a 24 años), se presenta una necesidad de corrección visual de un 28%¹ y la evidencia clínica demuestra que las LC son un método eficaz, seguro y práctico para la corrección de errores refractivos en niños y adolescentes^{2,3}. Sin embargo, menos de un tercio de los adolescentes europeos usa LC¹. Analizando este último dato, podría pensarse que o bien los adolescentes no están motivados para el uso de LC o desconocen esta posibilidad de compensación óptica, o bien existen otras barreras que dificultan su uso.

Este pensamiento es de especial relevancia en este grupo de portadores de LC si entendemos el hecho fundamental de que la mayoría de los hábitos de uso adquiridos durante la etapa de la adolescencia perduran durante el desarrollo y el resto de la vida adulta.

Se ha llevado a cabo un estudio en España y Portugal entre padres y adolescentes para determinar sus actitudes frente a las LC y entender si los adolescentes están interesados por su uso, así como si los padres están dispuestos a satisfacer ese interés. El estudio identifica un número de barreras que disuaden a este grupo de la población de usar LC. La segunda fase de la investigación va dirigida a ofrecer consejos sobre cómo manejar estas barreras en la práctica, de cara a animar a la población al uso de LC entre los adolescentes.

Evidencia empírica

Se llevó a cabo una encuesta en España y Portugal que incluía a un total de 223 adolescentes (media de edad [±SD]: 14.7 ± 1.9) que no usaban LC, de los que un 88% usaba gafas y había visitado a un adaptador

(oftalmólogo u óptico-optometrista). Además, fueron encuestados 230 padres (con una edad media de 44.3 ± 5.5 años) que actuaron como acompañantes de estos en la visita a la consulta⁴. Tanto padres como adolescentes contestaron a una batería de preguntas (13 y 11, respectivamente) de opción múltiple o bien de valoración en una escala tipo Likert de 1 (total desacuerdo) a 5 (total acuerdo), para conocer sus opiniones respecto a si las LC satisfacen una necesidad estética, visual y práctica. Se evaluó además la eficacia, seguridad y comodidad que las LC pueden ofrecer y la percepción de riesgos asociados a su uso. De manera simplificada, los objetivos eran analizar si existe un interés real por parte de los adolescentes acerca de las LC; cuáles son las creencias que se articulan como barreras tanto en padres como en adolescentes respecto al uso de las LC; de qué manera las opiniones de los padres actúan como una barrera para que los adolescentes usen LC; si los encuestados sienten que los oftalmólogos u ópticos-optometristas les han dado suficiente información, así como la influencia que pueda tener la experiencia de los padres en la opinión de los adolescentes.

Los resultados ponen de manifiesto que un 78% de los adolescentes está especialmente motivado para el uso de LC. Creen que sería una solución altamente eficaz y segura para su problema de visión, que aportaría comodidad frente al uso de gafas y que estarían más a gusto con su apariencia. Sin embargo, se muestran reticentes respecto al uso de las LC por la creencia de que su manejo es complejo.

Los padres, que también consideraban las LC eficaces, seguras y cómodas, creen que son menos seguras para los adolescentes que para la población. Esta desconfianza está fundamentada, principalmente, en que el adolescente no sigue adecuadamente las instrucciones de uso y cuidado de las LC

(50%) y que estas pueden causar daño ocular (50%). También piensan que al adolescente le costaría ponerse las LC (34%).

Respecto al papel de los padres en la visita al especialista, los resultados destacan que las madres son las responsables de acompañar a sus hijos a la consulta en un 67% de los casos, frente a un 16,4% de padres. Además, los adolescentes identifican a las madres en un 65% como las que tienen el mayor peso de decisión en el uso de LC. Esto es especialmente importante si se tiene en cuenta que son las madres las que creen que sus hijos tendrán dificultades para seguir las instrucciones de uso y cuidado de las LC. Se muestran, de forma significativa, menos conformes con satisfacer la petición de uso de LC de sus hijos.

Estas creencias de los padres, y en especial de las madres, que ven en las LC una amenaza seria para la salud ocular de sus hijos, no están fundamentadas en información contrastada. La mayoría de la literatura científica no acredita una mayor incidencia de trastornos importantes asociados al uso de LC por parte de los adolescentes^{5,6,7}.

Probablemente esta percepción se origine por una falta de información y experiencia (sólo 1 de cada 3 padres encuestados usa o había usado LC). Sin embargo, podrían ser en parte responsables de que un sector muy importante de la población adolescente no considere las LC como una alternativa a su ametropía.

La falta de confianza en las LC se articularía en tres ejes. Por un lado, la más determinante sería la de los padres (especialmente la de las madres) hacia los hijos, ya que creen que el supuesto uso inapropiado de las LC les acarrearía problemas visuales. En segundo lugar, destacaría la falta de confianza del adolescente, que cree que va a tener

TABLA 1*Cómo identificar las barreras de los padres*

- ▶ **¿He recibido información previa en sesiones formativas para vencer estas barreras?**
- ▶ **¿Sé qué elementos están jugando un papel importante en las barreras psicológicas del padre?**
- ▶ **¿Posee el padre/madre falta de información sobre el uso de LC?**
- ▶ **¿Posee el padre/madre falta de experiencia personal en el uso de LC?**
- ▶ **¿Posee el padre/madre una experiencia previa negativa en el uso de LC?**

TABLA 2*Consejos para eliminar con éxito las barreras de los padres frente al uso de LC por sus hijos*

- ▶ **Asegúrese de que los profesionales están actualizados con la información sobre los últimos avances en el uso de LC.**
- ▶ **Ofrezca a los padres información contrastada sobre los beneficios demostrados en el uso de LC (materiales impresos editados por las empresas de LC, los colegios profesionales o revistas).**
 - **Beneficios de asumir parcelas de responsabilidad para el adolescente.**
 - **Desarrollo de un compromiso en la etapa adolescente que proporciona beneficios.**
 - **Oportunidad de madurar hacia la vida adulta.**

dificultades a la hora de manejar las LC. Por último, una falta de confianza hacia el adaptador, ya que en la mayoría de los casos no consigue informar adecuadamente frente a las reticencias de adolescentes o padres.

Otro punto importante a tener en cuenta es que tanto los oftalmólogos como los ópticos-optometristas no animan a confiar en las LC, ya que tienden a mostrarse reacios a

recomendarlas como una alternativa para corregir los errores refractivos. Las respuestas de los adolescentes en la encuesta reflejaron que sólo el 28% de los oftalmólogos y el 40% de los ópticos-optometristas les habían recomendado las LC durante la visita. En el caso de los padres se desprendieron resultados similares, ya que sólo el 26% de los oftalmólogos y el 41% de los ópticos-optometristas se las recomendaron. La

coincidencia entre las respuestas de padres y adolescentes confiere consistencia al hecho de que los adaptadores no confían en las LC y, por lo tanto, en su uso entre los adolescentes.

Esta situación da lugar a un conflicto. Por un lado, existe una alta motivación por parte de los adolescentes y sus padres en cuanto al uso de las LC. Sin embargo, los propios progenitores deciden no aplicarlo a sus hijos basándose en creencias no contrastadas ni correctamente proporcionadas por un especialista. Como resultado, el adolescente potencial usuario de LC acaba por no beneficiarse de su uso.

Para vencer estas reticencias y temores infundados que se asocian al uso de las LC sería necesaria una importante tarea educativa, que combinase acciones de información y divulgación de los beneficios del uso de las LC. Además de acciones encaminadas a mejorar la potencial relación del usuario de LC/adaptador, que permitiera construir un nivel de confianza y atender de manera abierta cualquier inquietud de padres y adolescentes. ¿Cómo se pueden rebatir las ideas erróneas que limitan el acceso de los adolescentes a las LC? La solución debería abordarse desde un marco teórico suficientemente sólido que permitiera comprender el problema y establecer estrategias de actuación sostenibles y factibles.

Modelo de Creencias de salud (MCs)

El MCS^{8,9} es un marco teórico apoyado en los factores cognitivos de valoración subjetiva, así como de la conducta y el comportamiento (y, por lo tanto, de la toma de decisiones). Se puede afirmar que, dentro del modelo, lo que se valora es "evitar una determinada enfermedad". Por lo tanto, el modelo podría resumirse en base a tres premisas:

1. La creencia (o percepción) de que un determinado problema es suficientemente importante o grave, y que hay que tomarlo en consideración.
2. La creencia (o percepción) de que se es vulnerable a ese problema.
3. La creencia (o percepción) de que hacer algo para evitarlo producirá un beneficio y no tiene un coste personal alto.

La hipótesis conceptual que se da con las LC es que, si bien son un instrumento que mejora las funciones visuales generalmente de manera confortable, se perciben como un factor de riesgo que disuade a los padres de su uso por parte de los adolescentes. De esta manera, la percepción y valoración subjetiva

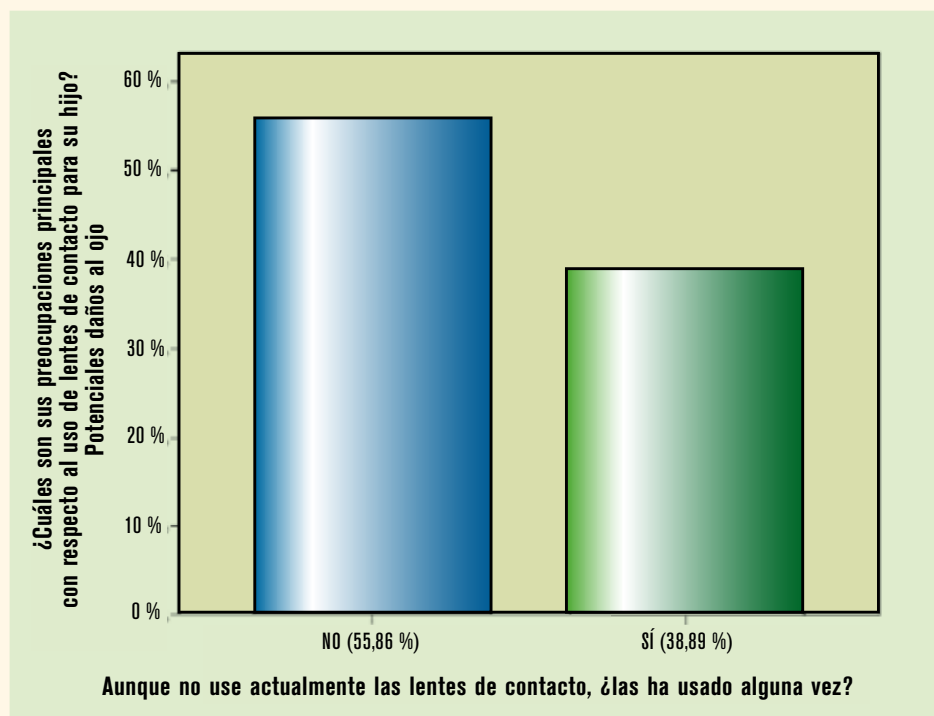


Figura 1. Preocupaciones de los padres respecto a potenciales daños oculares derivados del uso de las LC.

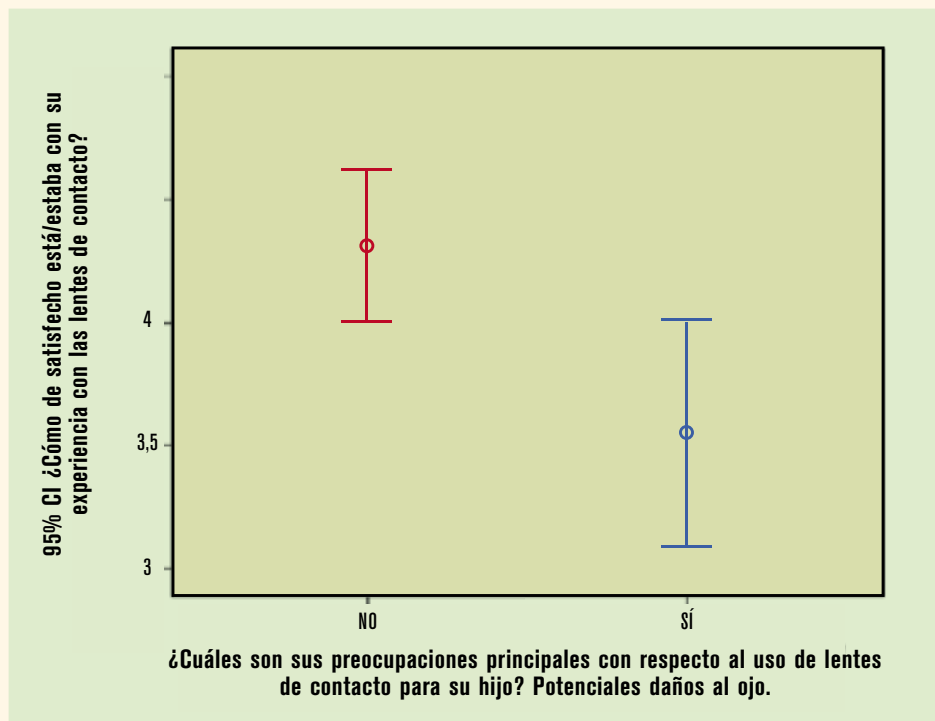


Figura 2. Comparación entre experiencia de uso de LC por los padres frente a posibles daños al ojo del adolescente.

del progenitor acabaría determinando el comportamiento del hijo. Aceptando los principios establecidos, y desde el MCS, se pueden plantear las siguientes hipótesis:

1. La creencia (o percepción) por parte de los padres de que el riesgo asociado al uso de LC es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
2. La creencia (o percepción) por parte de los padres de que el hijo es especialmente vulnerable a ese problema.
3. La creencia (o percepción) por parte de los padres de que la decisión que hay que tomar (disuadir al hijo del uso de LC) produce un coste personal bajo y aceptable para el hijo.

Discusión de las percepciones

1. Percepción del riesgo

En la encuesta realizada se constata que un 50% de los padres considera que el adolescente tendrá dificultades para ponerse las LC, y un 50% cree que estas podrán causarles daños oculares. Hay una clara percepción de que el uso de las LC emerge como un riesgo importante o suficientemente grave como para tomarlo en consideración. Estas percepciones no están de acuerdo con la evidencia clínica publicada, que apoya una baja incidencia de complicaciones o efectos adversos asociados al uso de LC. Por ejemplo, la incidencia anual de queratitis ulcerativa con LC hidrofílicas de uso diario es de aproximadamente 1,9 de cada 10,000¹⁰.

Los padres que no han usado nunca LC

(63%) creen en mayor medida (56%) que las LC pueden acarrear potenciales daños oculares; frente a los que sí han usado LC en alguna ocasión (31%), que lo creen en menor medida (39% de los casos). La diferencia entre ambos grupos es significativa (Mann-Whitney U test = 4334.000; $p < 0.05$) (Figura 1). Se puede concluir, por tanto, que las creencias que actúan como barreras frente a las LC tampoco están basadas en la experiencia.

Sin embargo, la experiencia sí juega un papel importante cuando esta no ha sido suficientemente satisfactoria. En este caso, se incrementan los miedos respecto al uso de LC. Los padres que no consideran que las LC pueden causar potenciales daños al ojo son los que, habiendo usado LC, manifiestan mayor satisfacción ($4,23 \pm 1,09$), frente a los que sí consideran que pueden causar daños, cuyos niveles de satisfacción se sitúan muy por debajo ($3,47 \pm 1,31$); (Mann-Whitney U test = 409.500; $p < 0.01$). Estas diferencias no se sostienen únicamente en el caso de los padres (Mann-Whitney U test = 13.500; $p > 0.05$). También se dan en el caso de las madres (Mann-Whitney U test = 258.500; $p < 0.01$) (Figura 2). El perfil óptimo para que el miedo no actúe como una barrera psicológica ante el uso de las LC sería el de una madre que ha usado LC y que considera satisfactoria o muy satisfactoria la experiencia.

2. Percepción de vulnerabilidad

Una vez contrastada la creencia de que para los padres el uso de las LC está asociado al riesgo de potenciales daños oculares, incluso sin que haya información científica que lo sustente y sin que hayan tenido una experiencia previa con ellas, debe

comprobarse también si consideran que sus hijos son especialmente vulnerables a este riesgo. Los datos en este caso fueron, de nuevo, suficientemente claros, ya que los padres consideraron que las LC eran menos seguras para los adolescentes que para la población en general (Wilcoxon test = 3.549; $p < 0.001$).

3. Percepción de coste-beneficio favorable

Llegados a este punto, en el que el riesgo se valora como importante y al hijo como especialmente vulnerable ante el riesgo, el padre acaba aceptando que disuadir al hijo del uso de LC tiene un coste reducido y aceptable. Los padres creen que, para los adolescentes, las LC satisfacen principalmente una necesidad estética ($4,00 \pm 0,81$), frente a cualquier otra, y de manera significativa frente a la población (Wilcoxon test = 4.258; $p < 0.001$). Muy probablemente, el coste percibido para el adolescente es el de no satisfacer una serie de necesidades relacionadas con la estética; sin duda, para el padre, un coste muy aceptable a favor de un beneficio para evitar un riesgo importante como es que la LC acabe provocando daños en los ojos de su hijo.

Otro aspecto que dificulta la percepción positiva coste-beneficio del uso de LC es el hecho de que las personas que las usan adecuadamente no producen resultados que puedan ser evidenciados por los que los rodean. Por ejemplo, seguir un programa de actividad física y alimentación adecuada puede producir una pérdida de grasa corporal que refuerce la iniciativa tomada a través de la propia percepción del individuo o de los comentarios positivos de las personas a su alrededor. La conducta adecuada en el uso de LC no produce ningún cambio externo apreciable excepto en las personas conocidas que dejan de usar gafas. Sin embargo, un gran número de adolescentes se beneficia de las ventajas del uso de LC (práctica segura de deporte, mejora del sentimiento estético y de la autoestima)¹¹.

El rol del óptico-optometrista. Puntos clave y acciones

Una vez identificados los factores psicológicos que actúan como obstáculos para promocionar y facilitar el uso de LC entre los adolescentes, el objetivo sería desarrollar un conjunto de estrategias para mitigar los miedos, disminuir la percepción de vulnerabilidad por parte de los hijos y hacer que se perciba como un coste alto el disuadir al hijo respecto a sus pretensiones de usar LC.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los padres no ha usado jamás LC (63%), se ha podido concluir que estos basan sus miedos en una falta de información o en



Figura 3. Percepción de seguridad de las LC.

informaciones sesgadas y poco fiables. Ante este hecho, los padres deberían conocer en todo momento los beneficios de las LC y la falta de riesgos asociados a su uso. Para ello, el profesional de la visión es el que debe jugar un papel crucial a la hora de informar, asesorar y recomendar, ya que los padres los perciben como una posición de autoridad y sus recomendaciones y consejos serán tenidos en cuenta.

El profesional debería facilitar a los padres información actualizada sobre el uso de LC, basada en estudios siempre que fuera posible y presentada de forma clara y concisa. Además, debería educar a los padres acerca de los beneficios demostrados en el uso de las LC (mejora de la autoestima, de la percepción estética de uno mismo, de la práctica deportiva...), lo que le haría tomar una posición mucho más proactiva de cara a recomendar su uso (ej., los materiales impresos editados por las empresas de LC y la revista y otros materiales del colegio profesional). Sería útil editar un material genérico para todos los profesionales sobre los beneficios del uso de LC para los adolescentes, producido conjuntamente por parte de empresas de LC y asociaciones de profesionales. Estos últimos deberían recomendar siempre las LC como una opción para la corrección del error refractivo a pesar de la edad del paciente y destacando las ventajas y desventajas de cada alternativa.

Pero realizar una tarea de estas características no es fácil. Para ello, los profesionales de la visión deberían conocer qué elementos juegan un papel importante en este tipo de barreras psicológicas. Necesitan saber si el padre está basando sus miedos en la

falta de información o experiencia o si, por el contrario, lo hace a partir de una experiencia previa negativa con las LC. La tarea, por tanto, consistiría en formar a los profesionales de la visión, ya que son los que están cerca de los padres y los adolescentes a la hora de tomar una decisión. La formación debería ayudar a unificar criterios y mensajes para convertir al profesional en un elemento clave a la hora de orientar y prescribir alternativas. Si a un adolescente le privan de un recurso como las LC por culpa de los miedos de los padres, se está tomando una opción inadecuada (Tablas 1 y 2).

Para afrontar esta dificultad, las sesiones formativas podrían ser de ayuda para configurar un mensaje claro a la hora de vencer las barreras psicológicas que están detrás de la decisión de disuadir al hijo de usar LC. La formación debería ser clara, basada en las conclusiones obtenidas a partir del MCS y orientadas a combatir la percepción de riesgo y vulnerabilidad del hijo, así como a confrontar la idea del bajo coste que supone esa disuasión.

Como conclusión, los profesionales deberían informar adecuadamente a los adolescentes y a sus padres sobre los beneficios del uso de LC. Es crucial que los profesionales tengan unos materiales educativos exhaustivos y completos, validados por organismos profesionales que comuniquen la seguridad y beneficios del uso de LC para los adolescentes. Es también de vital importancia mejorar la formación a los profesionales, haciendo un especial énfasis en mejorar las habilidades de comunicación, para asegurar que estos mensajes se distribuyen de manera correcta y coherente.

Acerca de los autores

Juan J. Durban¹, Fernando Hidalgo², Joan Gispets³, Contact Lens Evolution Study Group (CLESG)⁴

¹ Departamento de Óptica y Optometría, Universidad de Granada.

² The New England College of Optometry, Boston, E.E.U.U. y Centro Boston de Optometría, Madrid.

³ Centro de Visión Universitario, Departamento de Óptica y Optometría, Universitat Politècnica de Catalunya.

⁴ Juan J. Durban, Nerea Garagorri, Joan Gispets, María Jesús González, Javier González Cavada, Jose M. González Meijome, Fernando Hidalgo, Antonio López Alemany, César Villa, Fabrizio Zeri.

Referencias

1. TNS Vision Trak Data. June 2008
2. Walline JJ, Long S, Zadnik K. Daily disposable contact lens wear in myopic children. *Optom Vis Sci.* 2004;81(4):255-9.
3. Li L, Moody K, et al. Contact lenses in pediatrics study in Singapore. *Eye Contact Lens* 2009;35(4):188-95.
4. Zeri F, Durban JJ, Hidalgo F, Gispets J, Contact Lens Evolution Study Group (CLESG). Attitudes towards contact lenses: a comparative study of teenagers and their parents. Póster presentado como parte del Congreso del British Contact Lens Association, Manchester, Reino Unido, 28 - 31 de mayo 2009.
5. Walline J, Gaume A, Jones L, Rah M, Manny R, Bernsten D, Chitkara M, Kim A, Quinn N & CLIP Study Group. Benefits of CL Wear for Children & Teens. *Eye & CL* 2007; 33(6): 317-321.
6. Morgan PB, Efron N, Brennan NA, Hill EA, Raynor MK, Tullo AB. Risk factors for the development of corneal infiltrative events associated with contact lens wear. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2005; 46(9):3136-43.
7. Radford CF, Minassian D, Dart JK, Stapleton F, Verma S. Risk factors for nonulcerative contact lens complications in an ophthalmic accident and emergency department: a case-control study. *Ophthalmology.* 2009; 116(3):385-92.
8. Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. Washington, DC: US Government Printing Office; 1958. PHS publicación n° 572
9. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *A J Public Health* 1960;50:295-301
10. Stapleton F, Keay L, Edwards K, Naduvilath T, Dart J, Brian G, Holden B. The Incidence of Contact Lens-Related Microbial Keratitis in Australia. *Ophthalmology* 2008;115 (10): 1655-62.
11. Jones LA, Walline JJ, Gaume A, Rah MJ, Manny RE, Bernsten DA, Chitkara M, Kim A, Quinn N. Purchase of contact lenses and contact-lenses-related symptoms following the Contact Lenses in Pediatrics (CLIP) Study. *CLAE* 2009; 32(4): 157-63.