



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Farmacia  
Carrera de Química y Farmacia

## Estudio exploratorio de las dificultades que enfrenta el paciente con diabetes mellitus II, en relación a su farmacoterapia en CESFAM de Nueva Aurora

---

INTERNADO PARA OPTAR AL GRADO DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

ALEJANDRA CONTRERAS PISTONO

Director de Internado: Juan Francisco Collao PhD

Co-director de Internado: Paulina Ibaceta

2013



**El formato del reglamento general de tesis e internado estipulado por la Universidad de Valparaíso, ha sido modificado en el presente trabajo para facilitar la comprensión del lector.**

## Agradecimientos

Agradezco a Pamela Torres por todo su apoyo y hacer posible la realización de este internado.

Agradezco a los profesores Juan Francisco y Paulina por su preocupación, consejos y apoyo para realizar este trabajo.

Agradezco a la profesora Leticia luna por ser más que solo nuestra profesora, por guiarnos siempre y aconsejarnos.

Agradezco a mi familia a mi madre, hermanos por el apoyo, fuerza y cariño incondicional que siempre me han dado.

Agradezco a mis amigos por el apoyo, aceptación y cariño que siempre me brindaron, en especial a Javiera que fue mi pilar, amiga, hermana y partner por todos estos años. También a Miguel por su gran amistad, Alexander por hacerme reír siempre, Álvaro con su humor especial y amor por los libros, Daniela por su constante preocupación y a esos tres mosqueteros (Bobert, Patiño y Pauli) que ya partieron y que siempre los tendré en mi corazón.

Y por ultimo y el más importante a mi marido Alejandro por estar cada día apoyándome, animándome, guiándome, regalomeándome y entregándome su amor incondicional hasta el día de hoy y siempre. Te amo.

A todos ustedes muchas gracias.

## Índice

Índice.....	v
Resumen.....	x
Summary .....	xi
1 Introducción .....	1
1.1 Sistema de salud en Chile.....	1
1.1.1 Servicio de atención primaria .....	3
1.1.1.1 Servicio de atención primaria de Viña del Mar .....	6
1.2 Políticas de salud en Chile .....	7
1.2.1 Historia del ministerio.....	8
1.2.2 Reforma de salud .....	9
1.2.3 Objetivos sanitarios década 2011-2020.....	10
1.2.4 Estrategia nacional de salud .....	10
1.3 La enfermedad.....	14
1.3.1 Definición .....	14
1.3.2 Tipos de diabetes .....	14
1.3.3 Consecuencias frecuentes en la diabetes.....	15
1.3.3.1 Complicaciones agudas.....	15
1.3.3.2 Complicaciones crónicas .....	15
1.3.3.2.1 Complicaciones crónicas Macrovasculares.....	15
1.3.3.2.2 Complicaciones crónicas microvasculares.....	17
1.3.4 Prevalencia .....	20

1.3.5	Incidencia .....	22
1.3.6	Adherencia .....	23
1.3.6.1	Concepto de adherencia e incumplimiento.....	23
1.3.6.2	Tipos de falta de adherencia.....	23
1.3.6.3	Factores que pueden influyen en el incumplimiento .....	24
1.3.6.3.1	Automedicación.....	27
1.3.6.3.1.1	Definición.....	27
1.3.6.3.1.2	Implicancias de la automedicación.....	28
1.3.6.3.2	Reacciones adversas a medicamentos .....	29
1.3.6.3.3	Responsabilidad del profesional sanitario.....	30
1.3.6.4	Implicancias del incumplimiento .....	34
1.3.6.5	Importancia de la perspectiva del paciente.....	36
1.4	Síntesis.....	41
2	Pregunta de la investigación .....	41
3	Objetivos .....	43
3.1	Objetivo General .....	43
3.2	Objetivos específicos .....	44
3.2.1	Elaborar entrevistas semiestructuradas de seguimiento farmacoterapéutico. 44	
3.2.2	Identificar las dificultades que tienen los pacientes para cumplir con su fármaco terapia.....	44
4	Metodología .....	45
4.1	Introducción .....	45

4.1.1	Enfoque cuantitativo.....	46
4.1.2	Enfoque cualitativo .....	46
4.1.3	Selección del método.....	47
4.1.3.1	Diseños de investigación cualitativa .....	47
4.1.3.2	Diseño de teoría fundamentada .....	47
4.1.3.2.1	Tipos de diseño de teoría fundamentada.....	48
4.2	Estudio piloto.....	51
4.3	Muestreo y reclutamiento .....	51
4.4	Recolección de datos.....	55
5	Resultados.....	56
5.1	Aspectos relacionados con el sistema de salud .....	56
5.1.1	Información .....	56
5.1.1.1	Escases se información: .....	56
5.1.1.2	Carencia de entendimiento.....	56
5.1.1.3	Interés por mayor información.....	57
5.1.1.4	Interés por sus exámenes de laboratorio .....	58
5.1.1.5	Forma de transmitir la información .....	59
5.1.2	Percepción de la atención por parte de los profesionales de salud.....	59
5.1.2.1	Relación paciente-profesional .....	59
5.1.2.2	Falta de comprensión, apoyo y empatía.....	60
5.1.3	Controles con los profesionales de salud .....	61
5.1.3.1	Dificultad para conseguir controles médicos, de enfermera y nutricionista.....	61
5.2	Aspectos relacionados con el paciente y su entorno.....	62

5.2.1	Adherencia al tratamiento: cumplimiento-incumplimiento.....	62
5.2.2	Automedicación .....	63
5.2.3	Conocimiento enfermedad .....	64
5.2.4	Motivación- desmotivación.....	64
5.2.4.1	Motivación .....	65
5.2.4.2	Desmotivación .....	66
5.2.5	Conciencia frente a la enfermedad.....	68
5.2.6	Autocuidado .....	69
5.2.7	Autocontrol .....	69
5.2.8	Necesidad del apoyo y comprensión del entorno .....	69
5.3	Aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento .....	70
5.3.1	Percepción de la enfermedad .....	70
5.3.2	Interés por su estado de salud .....	71
5.3.3	Tratamiento farmacológico.....	71
5.3.4	Tratamiento no farmacológico .....	72
6	Discusiones y Conclusiones.....	77
6.1	Metodología de investigación .....	77
6.2	Factores que afectan la adherencia del paciente .....	79
6.3	Factores que dependen del sistema de salud.....	80
6.3.1	Información .....	80
6.3.2	Relación profesional de la salud-paciente .....	81
6.3.3	Controles con los profesionales de salud .....	83

6.4	Factores relacionados con el paciente y su entorno familiar .....	84
6.4.1	Automedicación .....	86
6.4.2	Autocontrol, autocuidado y conciencia de la enfermedad .....	87
6.4.3	Apoyo familiar .....	88
6.5	Aspectos relacionados con la enfermedad y régimen terapéutico .....	89
6.5.1	Percepción de la enfermedad .....	89
6.5.2	Aspectos relacionados con el tratamiento .....	90
6.6	La experiencia del servicio de salud de Ñuble .....	92
6.7	Discusión general.....	93
7	Recomendaciones .....	99
8	Bibliografía .....	100
9	Anexos.....	110

## Resumen

**Antecedentes:** La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica que se caracteriza por una mala o insuficiente utilización de insulina. En Chile, según la encuesta nacional de salud del año 2009-2010, muestra una prevalencia de esta patología del 9,4% en el adulto. Por otro lado, la proporción de pacientes con diabetes que están bajo supervisión médica y que exhiben un buen control metabólico es deficitaria, ello se debe a que existe evidencia de que son poco adherentes a su tratamiento. Siendo esta falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico un problema prevalente y relevante en la práctica clínica.

**Objetivo:** Encontrar dificultades que enfrenta el paciente con diabetes mellitus tipo 2, en relación a su farmacoterapia en la atención primaria de salud. **Metodología:** Como metodología de investigación se realizó un enfoque cualitativo de tipo exploratorio, donde se realizaron entrevistas semiestructuradas, con muestra por saturación y se identificaron pacientes con Diabetes Mellitus 2 con o sin comorbilidades, que estaban bajo terapia farmacológica y bajo control médico en CESFAM de Nueva Aurora de la Corporación Municipal de Viña del Mar, los datos fueron analizados mediante teoría fundamentada, bajo régimen de codificación emergente.

**Resultados:** La información entregada por el equipo de salud es insuficiente, poco clara e incomprendida, además se percibe que el apoyo entregado por el equipo de salud carece de comprensión, apoyo y empatía, de igual modo se observó que existe dificultad para conseguir controles médicos, principalmente por falta de profesionales, excesiva rotación de estos y exceso de burocracia. También se pudo percibir que el apoyo familiar, el autocontrol, autocuidado y conciencia con la enfermedad pueden ser claves para motivar el cumplimiento de la terapia. Por otra parte, la apreciación que tienen las personas de su enfermedad, en general les significó un cambio en su estilo de vida, sin embargo otras expresaron no sentirlo, sino más bien expresaron sentirse normal e incluso llevar la enfermedad a un segundo plano. En cuanto al tratamiento farmacológico fue posible percibir falta de conocimiento en los nombres, función e incertidumbre, así como también sensaciones de miedo, aburrimiento, repugnancia y negación, además de malestares y automedicación en el régimen farmacoterapéutico.

**Discusiones y conclusiones:** En general se puede observar que existe falta de apoyo por parte del equipo de salud, apoyo del cual nadie se está haciendo cargo y que genera un vacío e incertidumbre en el tratamiento y por ende en el cumplimiento del paciente.

## Summary

“Exploratory study of the difficulties facing the patient with diabetes mellitus II, in relation to their pharmacotherapy in New Aurora CESFAM”

**Background:** Type II Diabetes Mellitus is a chronic disease characterized by poor or inadequate use of insulin. In Chile, according to the national health survey 2009-2010, the prevalence of this disease of 9.4 % in adults. The proportion of patients with diabetes who are under medical supervision and exhibit good metabolic control is low. The evidence suggests that patients tend to be non-adherent to their treatment. This lack of adherence can be an important reason for therapeutic failure in Chile, making it relevant in clinical practice.

**Objective:** Find difficulties described by patients with diabetes mellitus type 2 in relation to their drug therapy in primary health care. **Methodology:** An exploratory qualitative approach was selected, and semi-structured interviews were conducted until saturation of the sample. The study was carried out with patients with or without co morbidities, which were under drug therapy and medical supervision in a primary care facility of Viña del Mar

**Results:** The information provided by the health team is insufficient, unclear and misunderstood. Patients perceived that the support provided by the health team lacks understanding, support and empathy, also they express the difficulty in getting medical checks, due for non- professionals, excessive rotation of these and excessive bureaucracy. It was also perceived that family support, self-control, self-care and awareness to the disease can be the key to encourage compliance with therapy. The appreciation that people have of their disease, they generally mean a change in lifestyle, however others expressed not feel it, but rather expressed feel normal and even bring the disease into the background. In terms of drug therapy was possible to perceive a lack of knowledge on the names, function and uncertainty, as well as feelings of fear, boredom, disgust and denial, as well as aches and self-medication in the drug regimen.

**Discussions and conclusions:** In general we can see that there is a lack of support from the health team, support of which no one is taking charge, this generates a emptiness and doubt with the treatment and therefore in the compliance with the therapy.

# 1 Introducción

Para entender como son tratadas las enfermedades en Chile, debemos contextualizarnos en la realidad del sistema de salud de nuestro país.

## 1.1 Sistema de salud en Chile

El sistema de salud está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma<sup>1</sup>.

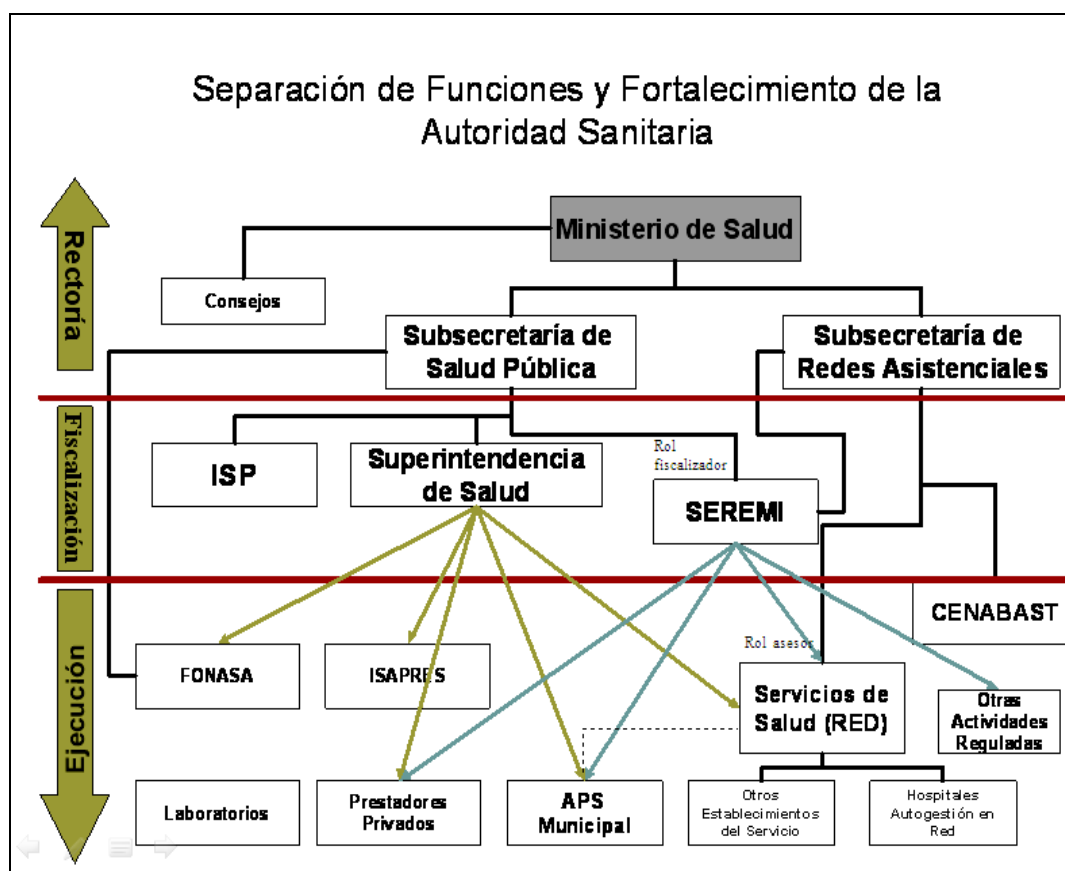
El sistema de salud Chileno es un sistema dual, en donde actúan separadamente dos sectores encargados de administrar y entregar las actividades sanitarias del país: el sector público y el sector privado. Desde cierto punto de vista, este sistema es mixto, ya que posee más de un tipo de financiamiento y más de un tipo de servicios. Sin embargo, desde el punto de vista normativo, tiene un carácter unitario, dado que es el sector público el encargado de elaborar las políticas y directrices generales de las acciones de salud en todo el país<sup>1</sup>.

Desde la perspectiva del financiamiento, en el sistema de salud participan instituciones, organismos y entidades tanto del sector público como del sector privado. Ambos sub-sectores funcionan con la cotización obligatoria del 7% (con un tope de UF 4,2 mensual) de la renta imponible de los trabajadores activos y pasivos, la cual es asignada por cada cotizante al sistema previsional (público o privado) más acorde con su situación económica. En el caso del sector público se inyecta además un fondo estatal que, entre otros aspectos, está destinado a entregar servicios ambulatorios y hospitalarios gratuitos a beneficiarios que no son cotizantes<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista de los servicios ofrecidos, el sistema de salud en Chile está constituido principalmente por una industria de seguros o previsional-financiera (FONASA, Isapres, y algunas Compañías de seguros, Cajas de Compensación etc.) y otra industria prestadora de servicios asistenciales (hospitales, centros asistenciales y consultas médicas) y en menor medida, por una industria de productos sanitarios<sup>1</sup>.

La base operativa del subsector público es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), cuya organización se halla estipulada en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto Supremo N° 140, 2004)<sup>1</sup>. Este sistema, está compuesto por un conjunto de organismos dependientes entre sí, con distintos grados de jerarquía, los que pueden ordenarse de acuerdo a los siguientes ámbitos de acción, el cual se detalla en la figura 1.

**Figura 1: Estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud.**



Fuente: Capacitación encargados de Botiquín, Droguería CMVM.

En los servicios de salud operan distintos tipos de establecimientos, los cuales se clasifican en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, según los siguientes criterios de complejidad y cobertura. El cual se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1: Clasificación de los niveles de atención de salud**

<b>Establecimientos</b>	<b>Complejidad</b>	<b>Cobertura poblacional</b>
<b>Nivel Primario</b>	Baja	Alta
<b>Nivel Secundario</b>	Media	Media
<b>Nivel Terciario</b>	Alta	Baja

Referencia: K, Narbona y col. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. 2009.

### **1.1.1 Servicio de atención primaria**

Los establecimientos de nivel primario son la primera instancia a la que deben acudir las personas con algún problema de salud, perfilándose como la puerta de entrada al sistema de salud pública. Desde estos establecimientos básicos, los casos más graves son derivados a los niveles superiores de atención. Son estos casos los que componen el grueso de la población atendida por los establecimientos secundarios y terciarios<sup>1</sup>.

Las características de los establecimientos de atención, se encuentran resumidos en la tabla 2.

**Tabla 2: Características de los establecimientos de atención primaria de salud (APS).**

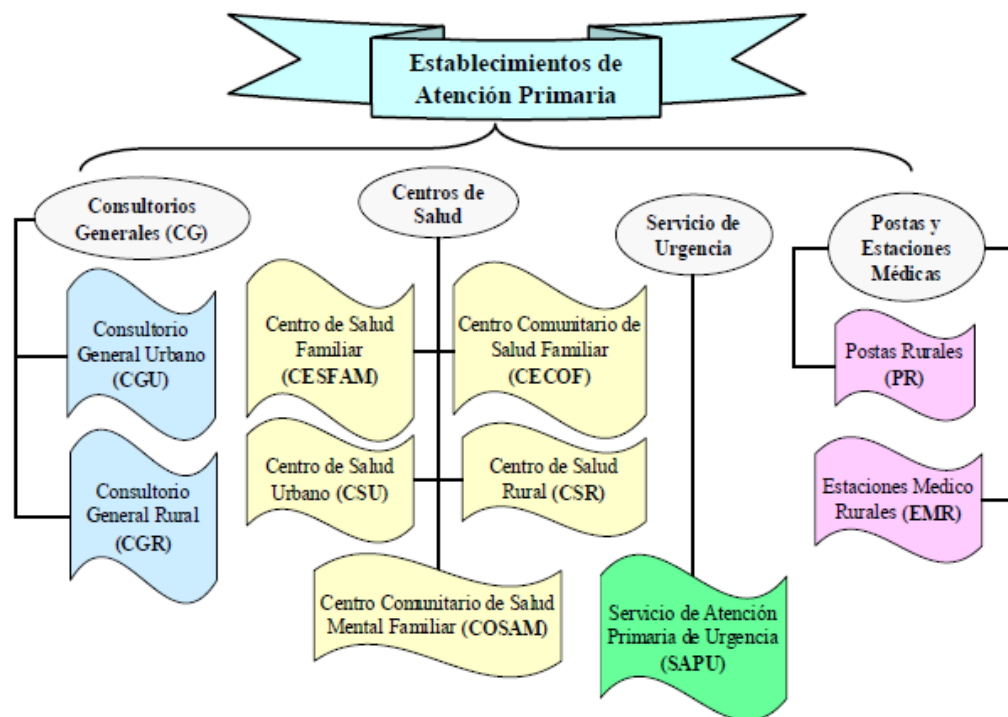
**Establecimientos de atención primaria**

<b>Complejidad</b>	Baja
<b>Cobertura poblacional</b>	Alta
<b>Atención</b>	Ambulatoria
<b>Medios</b>	Unidades simples de apoyo y diagnóstico terapéutico
<b>Actividades</b>	Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria
<b>Personal</b>	Médicos Generales y Personal de Colaboración (Técnicos, Auxiliares, etc.)

Referencia: K, Narbona y col. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. 2009.

Existen distintos tipos de establecimientos de atención primaria los cuales se detallan en la figura 2.

Figura 2: Tipos de establecimiento de atención primaria de salud.



Referencia: K, Narbona y col. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. 2009.

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM), surgieron precisamente después de la reforma, con el objeto de ser el continuador de los consultorios generales, pero con la impronta de un Modelo de Salud Familiar. Tiene un radio aproximado de cobertura de 20-25 mil habitantes, sirviendo de referencia para los consultorios menores<sup>1</sup>.

Entre las acciones de salud que realizan, cuentan: la promoción, fomento y protección de la salud en su área poblacional, la atención médica, de especialidades y odontológicas, la orientación y derivación de los pacientes a establecimientos de mayor complejidad (hospitales/institutos), los controles médicos a enfermos que no requieran ser hospitalizados, atenciones de primeros auxilios y actividades relacionadas con el medio ambiente y otras que tiendan al desarrollo integral de la población<sup>1</sup>.

Los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) comenzaron a operar desde el 2006, también a partir de la reforma. Presentan una base comunitaria en su origen y desarrollo, donde atienden a una población bastante pequeña, de entre 3.500 y 5.000 habitantes. Esta baja cobertura poblacional responde al objetivo de lograr una mayor focalización de los servicios del SNSS, incrementando la capacidad de respuesta de la atención primaria a través de un contacto más cercano y participativo con los pacientes y sus familias<sup>1</sup>.

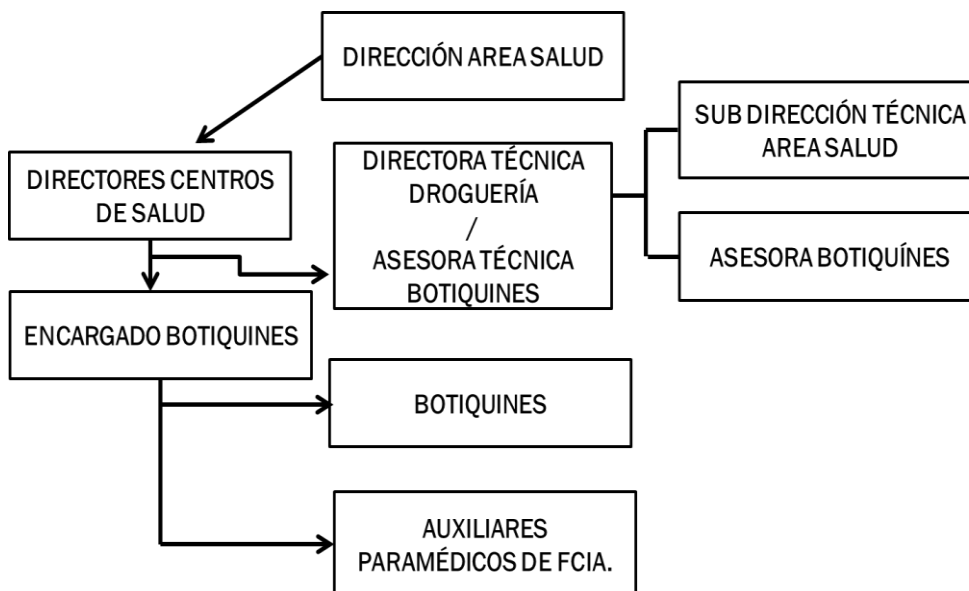
El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) es un establecimiento post reforma de salud, que resuelve la demanda de emergencia y urgencia médica de mediana y baja complejidad, generalmente en horario no hábil<sup>1</sup>.

#### ***1.1.1.1 Servicio de atención primaria de Viña del Mar***

En Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, está constituido por diferentes áreas: Dirección de APS, asesoría de Farmacia, atención primaria de salud y Corporación municipal de Viña del mar (CMVM), el cual está compuesto por 10 Cesfam, 4 Cecofs y 5 establecimientos de Servicio de atención primaria de urgencia.

A su vez la CMVM, en el área de salud consta del siguiente organigrama representado en la figura 3.

**Figura 3: Organigrama Corporación Municipal de Viña del Mar.**



Fuente: Capacitación encargados de Botiquín, Droguería CMVM.

## 1.2 Políticas de salud en Chile

El Ministerio de Salud fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N°25 de 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública. Sin embargo, desde mucho tiempo atrás una serie de instituciones tuvieron entre sus tareas el de velar por la salud de los Chilenos<sup>2</sup>.

### **1.2.1 Historia del ministerio**

Desde comienzos del siglo XIX se crearon diferentes instituciones cuyo objetivo era estructurar el sector salud en Chile, entre los que destacaron la Junta de Vacunas (1808) y la Junta Directiva de Hospitales (1832). Hacia 1850 existía en Chile un movimiento ya organizado, formado por las Sociedades de Socorros Mutuos (SSM), entidades que conformaban sistemas solidarios de ahorro privado destinados a otorgar principalmente prestaciones de salud y previsión a sus afiliados<sup>2</sup>.

A fines de 1973 el gobierno militar considera que el Ministerio de Salud está dotado de escaso poder de decisión, de una estructura inadecuada y no cuenta con los recursos humanos capacitados, situaciones que le impiden cumplir con el rol que le asignan las políticas de salud. Por ello se inicia la reorganización de esta secretaría de Estado, adecuando su funcionamiento a los objetivos fijados por el gobierno militar, lo que se concreta con la publicación del Decreto Ley N°913 del 28 de febrero de 1975 y al que se suman una serie de reglamentos internos. Esta norma legal permitió iniciar una etapa de transición, durante la cual se profundiza el estudio de las bases orgánicas para constituir el Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que conduce a la revisión y modificación de las disposiciones legales que regían el funcionamiento del ministerio y de las instituciones de salud que se relacionaban con el Ejecutivo por su intermedio. Esto lleva a que se dicte el Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979, que reestructura al Ministerio de Salud, crea el Sistema Nacional de Salud y establece los organismos dependientes -ISP, FONASA y Central de Abastecimiento, a lo que posteriormente se agregaron nuevos reglamentos<sup>2</sup>.

Luego del retorno de la democracia en 1990, se realiza un intenso programa de reconstrucción de la infraestructura del sistema público de Salud (promulgando el estatuto de atención primaria 1995) comienzan a cerrarse las brechas en recursos físicos y humanos que existían<sup>2</sup>.

A principios del siglo XXI las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, existiendo un remanente de enfermedades infecciosas. Lo anterior, junto al cambio en las expectativas de vida de la población y al desarrollo propio de un país, impulsó al Estado Chileno a realizar una profunda reforma del sector Salud<sup>2</sup>.

Este cambio reformuló los conceptos de autoridad sanitaria, de sistemas de fiscalizaciones, de los sistemas de interrelación entre las redes hospitalarias públicas y privadas, las combinaciones entre los distintos niveles de complejidad de atención, entre otros<sup>2</sup>.

### **1.2.2 Reforma de salud**

Para ello se establecieron los siguientes cambios parciales: Ley que crea el Régimen General de Garantías de Salud (Ley 19.966): garantías que en esta materia establece la ley son 4: acceso, oportunidad, calidad y financiamiento. Ley de Autoridad Sanitaria, de adecuación del subsistema público (Ley 19.937, modificatoria del Decreto Ley 2.726 de 1979): Consiste en un cambio en los niveles organizacionales y jerárquicos del subsistema público. Ley que establece nuevas Regulaciones a las ISAPRES (Ley 20.015). Ley de Derechos y Deberes de las personas en materia de salud: Establece derechos y deberes para los usuarios de la salud, derechos tales como: recibir compañía y asistencia religiosa o espiritual, el derecho a formular consultas y reclamos, el derecho a la información, etc. Y finalmente Ley de Financiamiento de la Reforma de la Salud<sup>1</sup>.

Por lo tanto se puede apreciar que existe un esfuerzo de alcanzar los objetivos para la década 2000-2010, cuya orientación es mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, corregir las inequidades y proveer servicios acordes con las expectativas de la población.<sup>2</sup>

### **1.2.3 Objetivos sanitarios década 2011-2020**

Desde la década pasada, Chile cuenta con Objetivos Sanitarios que son la carta de navegación del sector salud. Estos son considerados una herramienta de gestión y referencia fundamental. Luego de la evaluación de los objetivos sanitarios 2000- 2010 y la utilización de una metodología adecuada, se crean unos nuevos que tienen como norte la prevención de enfermedades, el fomento a los hábitos de vida más sanos, garantizar a todos los chilenos una atención, digna, oportuna y de calidad, y mejorar significativamente la gestión y eficiencia (de los hospitales y APS)<sup>3</sup>.

Por lo tanto, el país cuenta con un Plan Nacional de Salud, que está conformado en un primer nivel, por los siguientes cuatro grandes Objetivos Sanitarios:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir las desigualdades en salud
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias<sup>3</sup>

### **1.2.4 Estrategia nacional de salud**

Estos objetivos sanitarios se descomponen en 9 Objetivos Estratégicos Sanitarios, para los próximos 10 años, 50 metas sanitarias y 513 indicadores a través de los cuales se va a monitorear el cumplimiento de estas medidas<sup>3</sup>.

En lo que respecta a las estrategias específicas para mejorar la cobertura efectiva de las enfermedades no transmisibles, dentro de las cuales forma parte la diabetes Mellitus, se propone una sola línea de acción, la cual es mejorar el control de los pacientes diabéticos<sup>3</sup>.

Para ello se espera optimizar la cobertura de los exámenes clínicos y de laboratorio, específicamente HbA1c, el fondo de ojo, la medición de presión arterial y la medición de colesterol LDL, parámetros asociados al buen control de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Además se debe tomar en cuenta las estrategias comunes para tratar este tipo de pacientes<sup>3</sup>.

Por lo tanto, es necesario adecuar la provisión de servicios, en especial en Atención Primaria, con el objeto de mejorar la calidad del cuidado de estas personas<sup>3</sup>.

La OMS en el 2002, propone un marco de referencia para la Innovación en el Cuidado de las Enfermedades Crónicas (EC), donde se promueve una transformación de la atención de salud; desde un sistema que es esencialmente reactivo, el cual actúa principalmente cuando una persona tiene un episodio agudo de enfermedad, a una atención proactiva y anticipatoria, que se centra en mantener a la persona en las mejores condiciones de salud<sup>3</sup>.

El elemento fundamental del modelo es una atención centrada en el paciente que involucra muchos aspectos, entre los que destaca el respeto por sus valores, preferencias y necesidades expresadas, que conllevan a una responsabilidad compartida en la toma de decisiones. La literatura ha mostrado que las interacciones que centran su atención en el paciente promueven la adherencia y conducen a mejores resultados en salud<sup>3</sup>.

Según el modelo propuesto por OMS, para lograr avances en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, se requiere hacer cambios en seis áreas fundamentales del sistema de salud en forma paralela. En primer lugar, en el automanejo del paciente, reconociendo el rol de éste en la determinación de su propio cuidado. En el apoyo para la toma de decisiones, donde las intervenciones terapéuticas se basen en guías clínicas explícitas apoyadas por la evidencia científica. En los sistemas de información clínica, es decir, registros que permitan monitorear y evaluar a los pacientes y a la población. En el diseño del sistema de provisión de servicios, que requiere definir el tipo de cuidado que el paciente necesita y los roles que se deben ejercer para que el paciente efectivamente

reciba ese cuidado<sup>3</sup>. La gestión del sistema de salud, para integrar los esfuerzos para mejorar el cuidado del paciente y la calidad de los servicios y por último, en el apoyo de programas u organizaciones comunitarias, capaces de aumentar la cobertura del sistema de salud y de otras estrategias preventivas<sup>3</sup>.

Durante los últimos años, el gobierno ha desarrollado diversas estrategias en esta dirección, tales como programas educativos de auto aprendizaje en línea, implementado actividades y talleres del tipo de “apoyo entre pares” destinados a personas con diabetes tipo 1, apoyo telefónico a través del programa salud responde, consultas por especialistas, etc. Donde se destaca la adopción formal del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en establecimientos de Atención Primaria, donde los componentes del modelo de atención de salud de pacientes crónicos se han ido integrando progresivamente<sup>3</sup>.

#### **1.2.5 Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud**

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, se ha redefinido como:

“Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la

red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”<sup>4</sup>.

Esto significa que el modelo de atención, hace suyas las demandas ciudadanas y constituye una oportunidad para lograr los desafíos de la reforma. Se define como un modelo de relación entre las personas con su entorno y los equipos de salud, en que se entiende la atención de salud como un proceso continuo de cuidado integral de las personas y sus familias, el que por una parte se anticipa a la aparición de enfermedad y entrega herramientas para el autocuidado y por otra, frente a un problema de salud permite a la red sanitaria responder de manera oportuna, eficiente y eficaz para recuperar el estado de bienestar. Se pone énfasis en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar y mantener la salud. Así también se procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad<sup>4</sup>.

Según el modelo, para abordar este nuevo desafío, a nivel de todo el sistema de salud, es preciso potenciar las capacidades de la Atención Primaria de Salud, ya que es reconocida como uno de los componentes claves de un Sistema de Salud efectivo. La APS se considera como una estrategia de desarrollo para alcanzar mejores niveles de salud y también como puerta de entrada a los servicios de salud. El marco filosófico busca ofrecer a la población una atención de alta calidad, equitativa, humanizada, integral y multidisciplinaria, considerando la participación social como un derecho de las personas<sup>4</sup>.

Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud y la experiencia acumulada en la implementación del modelo de atención a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del modelo de atención, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial<sup>4</sup>.

## **1.3 La enfermedad**

### **1.3.1 Definición**

La diabetes mellitus, según la OMS (Organización mundial de la salud), es una enfermedad crónica, en la cual el páncreas no produce suficiente insulina o el organismo no utiliza, correctamente la insulina que produce. Esta hormona es la encargada de regular la glucosa sanguínea y por lo tanto una falla en ella, genera el fenómeno de hiperglicemia<sup>5</sup>.

La hiperglicémia constante en el tiempo comienza a dañar muchos órganos, entre ellos, vasos sanguíneos, ojos, corazón, riñones y nervios lo cual acarrea una serie de complicaciones tales como cardiopatías, retinopatías, insuficiencia renal, accidentes cerebro vascular, neuropatía diabética, reducción de flujo sanguíneo en extremidades inferiores, con lo cual se pueden llegar a producir ulceraciones y en última instancia amputación del miembro<sup>5</sup>.

### **1.3.2 Tipos de diabetes**

Existen distintos tipos de diabetes, las cuales se clasifican según el grado de producción y utilización de la insulina<sup>5</sup>.

Diabetes mellitus tipo 1: es aquella que se caracteriza por la deficiencia en la producción de insulina por parte del páncreas, por lo que se crea la necesidad de administrar diariamente la hormona de forma exógena<sup>5</sup>.

Diabetes gestacional: es aquella donde se produce un estado de hiperglicémia y que se detecta por primera vez o durante el embarazo<sup>5</sup>.

Diabetes Mellitus tipo 2: es aquella que se produce por una resistencia celular a la acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas<sup>5</sup>.

Intolerancia a la glucosa: forma de prediabetes en la que el individuo tiene valores elevados de glucosa en sangre sin llegar a los valores de una diabetes mellitus tipo 2<sup>5</sup>.

### **1.3.3 Consecuencias frecuentes en la diabetes**

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Por ellos el objetivo primordial del tratamiento de la diabetes es mantener la sensación de bienestar del paciente, además de la prevención de las complicaciones, tanto agudas como crónicas<sup>6</sup>.

#### ***1.3.3.1 Complicaciones agudas***

Las complicaciones agudas son aquellas que ocurren a corto plazo y dentro de ellas podemos distinguir la cetoacidosis diabética, síndrome hiperglicémico hiperosmolar no cetósico e hiperglicemia<sup>7</sup>.

#### ***1.3.3.2 Complicaciones crónicas***

En cambio las complicaciones crónicas son aquellas que se producen a lo largo del tiempo y se dividen en microvasculares y macrovasculares<sup>7</sup>.

##### **1.3.3.2.1 Complicaciones crónicas Macrovasculares**

La Macroangiopatía o aterosclerosis, afecta grandes y medianas arterias cuya expresión clínica son infarto del miocardio, accidentes vasculares encefálicos y lesiones de los vasos de los miembros inferiores<sup>7</sup>.

La Guía clínica 2010 de Diabetes Mellitus 2, dictada por el Minsal, plantea que el riesgo cardiovascular de una persona diabética es superior al de otra de iguales características que no es diabética<sup>7</sup>.

Estudios prospectivos muestran que la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares es dos a cinco veces más alta en las personas diabéticas que las no diabéticas y aproximadamente dos terceras partes de los diabéticos fallece por enfermedad cardiovascular. La tasa de letalidad entre aquellos que han tenido un evento cardiovascular es también más alta en ellos<sup>6</sup>.

El incremento de la morbilidad y la mortalidad cardiovasculares parece relacionarse con la sinergia de la hiperglicémia con otros factores de riesgo cardiovascular. Por ejemplo, después de controlar todos los factores de riesgo cardiovascular conocidos, la Diabetes mellitus 2, aumenta al doble la mortalidad cardiovascular en los varones y al cuádruplo en las mujeres. Estos factores de riesgo de microangiopatía en los diabéticos son dislipidemias, hipertensión, obesidad, actividad física escasa y tabaquismo. Además de la coronariopatía isquémica, en los diabéticos existe incremento de la enfermedad vascular cerebral (aumento de tres veces en la frecuencia de apoplejía). Los sujetos con Diabetes mellitus tienen más riesgo de insuficiencia cardiaca congestiva. Probablemente la causa de este trastorno es multifactorial e incluye factores como isquemia miocárdica por aterosclerosis, hipertensión y disfunción de los miocardiocitos secundaria a hiperglucemia crónica<sup>7</sup>.

Por otro lado se ha visto que existe una asociación continua entre los niveles de HbA1c y la enfermedad cardiovascular: una reducción en 1% en la HbA1c se asocia a una reducción de 21%, en el riesgo de muerte asociado a la diabetes y 14% de reducción en el riesgo de IAM en los próximos 10 años<sup>6</sup>.

Por ello, en el tratamiento del diabético tipo 2 se pone tanto énfasis en el control de glicemia, <7% HbA1C y otros factores de riesgo, minimizando la influencia de ellos. Así, los objetivos terapéuticos vienen marcados por la prescripción de aspirina, rebajar el colesterol total < 150 mg/dL, colesterol LDL a 100 mg/dL, colesterol HDL >40 mg/dL, triglicéridos < 150 mg/dL, las cifras de presión arterial máximas a 130/85 mm de Hg, aunque el paciente no haya tenido síntomas de cardiopatía isquémica<sup>6</sup>.

#### 1.3.3.2.2 Complicaciones crónicas microvasculares

Las complicaciones microvasculares son aquellas que afectan los capilares del riñón, ojos, y otros tejidos, cuya expresiones clínicas principales son la nefropatía, neuropatía y retinopatía diabética<sup>7</sup>.

La nefropatía diabética, en nuestro país, es la principal causa de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes que inician terapias de sustitución renal, donde cerca del 20 a 30% de las personas con diabetes tipo 2 tiene daño renal al momento del diagnóstico<sup>6</sup>.

Al igual que otras complicaciones microangiopáticas, la patogenia de la nefropatía diabética está relacionada con la hiperglicemia crónica. Aunque no se conocen por completo los mecanismos a través de los cuales la hiperglucemia crónica conduce a la ERC<sup>7</sup>.

Asimismo, la diabetes puede causar problemas oculares que pueden llevar hasta provocar la ceguera. Las personas con diabetes corren un riesgo mayor de perder la vista que las personas que no tienen diabetes. La detección y el tratamiento tempranos son indispensables para evitar el daño. Entre ellas se destacan: Glaucoma, cataratas, retinopatía. Esta última cobra importancia puesto que, los diabéticos tienen 25 veces más probabilidad de convertirse en sujetos legalmente ciegos que quienes no padecen DM. La ceguera es en esencia el resultado de la retinopatía diabética progresiva y del edema macular de importancia clínica. La retinopatía se clasifica en dos fases, proliferativa y no proliferativa. La retinopatía diabética no proliferativa suele ocurrir hacia el final del primer decenio de enfermedad o al principio del segundo y se caracteriza por microaneurismas vasculares retinianos, manchas hemorrágicas y exudados algodonosos. La retinopatía proliferativa ligera avanza a una enfermedad más amplia, que incluye alteraciones del calibre de las venas, alteraciones microvasculares intrarretinianas, y microaneurismas y hemorragias más numerosas<sup>7</sup>.

Por otra parte, alrededor de 50% de los sujetos con DM de tipos 1 y 2 de larga evolución presentan neuropatía diabética. Esta puede manifestarse en forma de polineuropatía, mononeuropatía, neuropatía vegetativa (autónoma) o combinaciones de ellas. Como sucede con otras complicaciones de la DM, el desarrollo de neuropatía se correlaciona con la duración de la diabetes y con el control de la glucemia, donde ocurre pérdida de fibras nerviosas tanto mielíticas como amielínicas<sup>7</sup>.

En las complicaciones en las extremidades inferiores, la diabetes es la primera causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores en Estados Unidos. Las úlceras e infecciones del pie son también una importante causa de morbilidad en los diabéticos. Las razones del aumento de la incidencia de estos trastornos en la Diabetes mellitus son complejas y suponen la interacción de varios factores patogénicos: neuropatía, biomecánica anormal del pie, enfermedad vascular periférica y cicatrización deficiente de las heridas. La neuropatía sensitiva periférica interfiere en los mecanismos normales de protección y permite que el paciente sufra traumatismos importantes o leves repetidos, que a menudo pasan inadvertidos. Los trastornos de la sensibilidad propioceptiva causan un soporte anormal del peso durante la marcha, con la consiguiente formación de callosidades o úlceras. La neuropatía motora y sensitiva conduce a una mecánica anormal de los músculos del pie y a alteraciones estructurales del pie, por lo que se evidencia la desecación de la piel y la formación de fisuras. La enfermedad vascular periférica y la cicatrización deficiente impiden la resolución de pequeñas heridas de la piel, permitiendo que aumenten de tamaño y se infecten<sup>7</sup>.

Alrededor de 15% de los diabéticos presenta una úlcera en el pie, y una fracción importante de ellos sufrirá en algún momento una amputación (riesgo del 14 al 24% con esa úlcera u otras úlceras posteriores)<sup>7</sup>.

Los factores de riesgo de úlceras en el pie o de amputación comprenden: sexo masculino, diabetes de más de 10 años de duración, neuropatía periférica, estructura anormal del pie (alteraciones óseas, callo, engrosamiento de las uñas), enfermedad vascular periférica, tabaquismo, antecedentes de úlcera o amputación y control de la glicemia deficiente<sup>7</sup>.

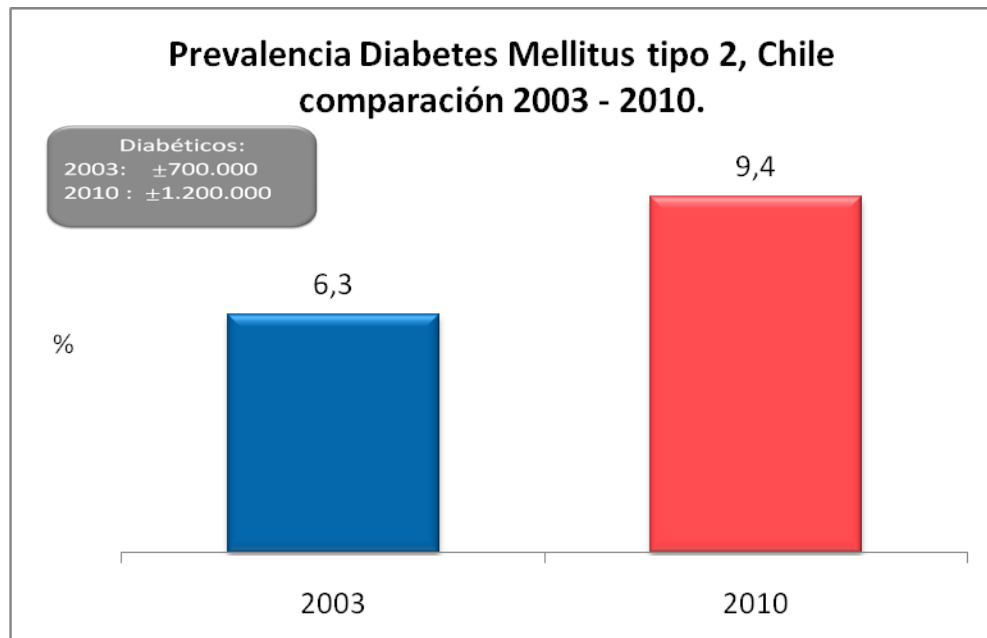
No obstante, la Diabetes mellitus de larga evolución de los tipos 1 y 2 puede afectar la motilidad y el funcionamiento del tubo digestivo y el aparato genitourinario. Los síntomas digestivos más destacados son retraso del vaciamiento gástrico y alteraciones de la motilidad del intestino delgado y el grueso (estreñimiento o diarrea). Una característica frecuente de la neuropatía vegetativa digestiva relacionada con la DM es la diarrea nocturna, que alterna con estreñimiento. La neuropatía autónoma diabética puede provocar afecciones genitourinarias que comprenden cistopatía, disfunción eréctil y disfunción sexual femenina<sup>7</sup>.

Asimismo, en las personas que experimentan Diabetes mellitus, las infecciones son más frecuentes y más graves. Los motivos son anomalías mal definidas de la inmunidad mediada por células y la función fagocítica relacionadas con la hiperglicemia, así como vascularización disminuida. La hiperglicemia propicia la colonización y la proliferación de diversos microorganismos (cándida y otras especies de hongos) y muchas infecciones ordinarias como por ejemplo neumonía, infecciones urinarias, de la piel y los tejidos blandos y son más frecuentes y graves en la población diabética. Los diabéticos tienen mayor frecuencia de colonización de los pliegues cutáneos y las fosas nasales, además de mayor riesgo de infecciones de las heridas quirúrgicas, por lo tanto el control estricto de la glicemia debe ser la finalidad buscada en todos los pacientes con diabetes que sufren una infección<sup>7</sup>.

### 1.3.4 Prevalencia

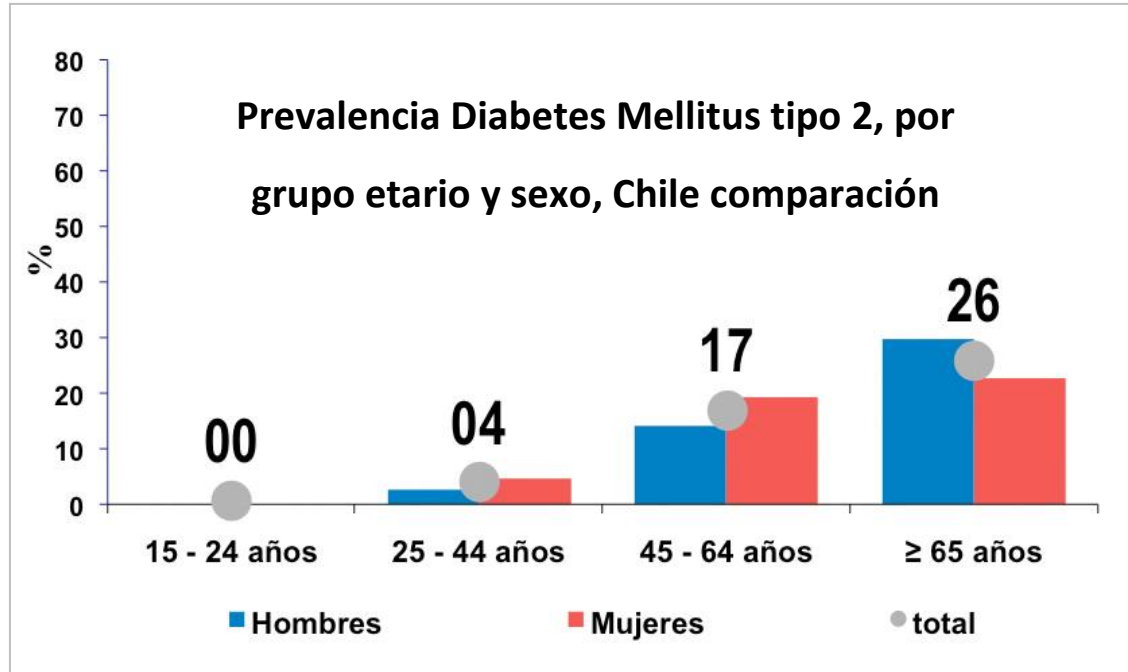
La prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 en nuestro país es bastante significativa y se estima que se encuentra, a nivel nacional en el adulto, alrededor del 9,4%, según la encuesta nacional de salud (ENS) 2009-2010. Esta se obtuvo utilizando la definición epidemiológica “glicemia de ayuno  $\geq$ 126 mg/dl ó autorreporte de diagnóstico médico de diabetes”, donde se excluyó aquellos casos en que el diagnóstico médico ocurrió en el embarazo<sup>8</sup>. En el gráfico 1 se observa la prevalencia de diabetes Mellitus en Chile año 2010 en comparación con año 2003. Gráfico 2 se observa la prevalencia de la enfermedad por grupo etario y sexo.

**Gráfico 1: Prevalencia Diabetes Mellitus tipo 2, en Chile comparación años 2003-2010.**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, Misal.

**Gráfico 2: Prevalencia de Diabetes Mellitus 2, por grupo etario y sexo, en Chile comparación año 2003-2010.**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, Misal.

Por otra parte se encontró que el 78,5% de la población diabética declara conocer su diagnóstico, mientras que solo el 52% se encuentra recibiendo algún tipo de tratamiento (farmacológico o no farmacológico). Asimismo, solo el 4% de la población diabética, que declara estar bajo tratamiento farmacológico (medicamentos o insulina) presenta una hemoglobina glicosilada menor a 7%<sup>8</sup>.

En cuanto al tratamiento, el 4,3% de los adultos diabéticos de 15 o más años en Chile refirió estar tomando medicamentos para la diabetes; el 0,6% reportó estar recibiendo insulina y el 3,5% estar realizando un cambio en el estilo de vida (dieta, ejercicio, bajar de peso) para controlar su enfermedad<sup>8</sup>.

Además, la proporción de pacientes con diabetes, que están bajo supervisión médica y que ostentan de un buen control metabólico (definido como hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7%) es deficitaria tanto en el sistema público como en el sistema privado de salud. En la atención primaria, la proporción de pacientes con HbA1c <7% es aproximadamente 36%, sin diferencias según sexo<sup>6</sup>.

### **1.3.5 Incidencia**

La diabetes es una patología de importancia, ya que en el año 2007 fue responsable de 1503 defunciones, donde 89.3% de éstas ocurrieron en personas mayores de 60 años, siendo una de las patologías con más defunciones, provocadas ese año<sup>6</sup>.

El 2008, 13.636 personas estaban en programa de hemodiálisis crónica, 34% de ellas por causa de la Diabetes mellitus, considerando que el costo por persona mensual de la hemodiálisis es de \$530.000, se estima que el costo anual por hemodiálisis de los pacientes con nefropatía diabética asciende a unos 30 mil millones<sup>6</sup>.

Frenar el aumento de la mortalidad por diabetes, fue el objetivo que Chile se propuso alcanzar como parte de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, y la meta, mantener la tasa estandarizada por edad, en 14 x 100.000 habitantes(Minsal, 2000)<sup>3</sup>. De acuerdo a los últimos datos disponibles, en la evaluación de los OS para la década realizada a mitad de período, no sólo no se ha quebrado la tendencia al ascenso de la mortalidad, sino que la tasa tuvo un aumento de 20% con respecto al año de referencia, 17,1 por cien mil habitantes el 2003<sup>6</sup>.

Por lo tanto, la Diabetes Mellitus es un importante problema de salud pública, tanto por su creciente prevalencia e incidencia, como por sus complicaciones agudas y crónicas que determinan una alta morbimortalidad.

### **1.3.6 Adherencia**

#### ***1.3.6.1 Concepto de adherencia e incumplimiento***

El concepto de adherencia se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende<sup>9</sup>.

Sin embargo en la revisión bibliográfica realizada por Basterra, en España, se plantea que este término fue consensuado a modo de evitar las condiciones paternalistas y restrictivas de la palabra cumplimiento, debido a que éste implica una conducta de obediencia y sumisión por parte del paciente a las instrucciones hechas por el profesional, mientras que el termino adherencia expresa una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente<sup>10</sup>.

#### ***1.3.6.2 Tipos de falta de adherencia***

Se han descrito varios tipos de la falta de adherencia, pero en general se pueden dividir en dos categorías: intencionales y no intencionales. El Incumplimiento no intencional se produce cuando el paciente quiere seguir el tratamiento acordado, pero le impiden barreras que están fuera de su control, por ejemplo la mala memoria o la comprensión de las instrucciones, las dificultades en la administración del tratamiento, incapacidad para pagar el tratamiento o simplemente olvidarse de tomarla.

Incumplimiento intencional se produce cuando la persona decide no seguir las recomendaciones de tratamiento, como por ejemplo creer que la medicación es excesiva o insuficiente, temor de que aparezcan reacciones adversas y abandono del tratamiento<sup>11</sup>.

M, Basterra, también ha señalado un tipo de cumplimiento razonado, el cual lo define como la alteración voluntaria de la terapia prescrita, habitualmente disminuyendo la dosis, para no sufrir reacciones adversas derivadas de esa medicación. Asimismo describen algunas circunstancias donde el incumplimiento del paciente es inteligente, en casos como: un mal diagnóstico, prescripción incorrecta, reacción adversa y cuando en tratamientos crónicos, la enfermedad evoluciona y aparece otra patología, pero sin embargo el médico continúa prescribiendo lo mismo, temeroso de perder la confianza del paciente<sup>10</sup>.

### **1.3.6.3 Factores que pueden influyen en el incumplimiento**

En la siguiente tabla (tabla3) se muestran los posibles factores que podrían estar favoreciendo el incumplimiento de las terapias impuestas por el personal sanitario.

**TABLA 3. Factores que favorecen el incumplimiento**

<b>Factores que favorecen el incumplimiento</b>	
<b>Influencia bien establecida</b>	<b>Posible influencia</b>
<b>1. Características del paciente</b>	
-Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento	-Edades extremas: niños y ancianos.
-Escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o de la terapia.	-Nivel educacional bajo.
-Desconfianza en la eficacia del tratamiento	-Inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca (automedicación).
-Escasa motivación para recuperar la salud	-Status económico bajo.
-Enfermedad percibida como poco grave	
-Desconocimiento de las consecuencias	

## 2. Características del régimen terapéutico.

- Poli terapia.
- Pautas posológicas complejas y/o incómodas
- Incomprensión del régimen terapéutico.
- Tratamientos crónicos y/o recurrentes.
- Tratamientos preventivos/profilácticos.
- Aparición de efectos secundarios.
- Características organolépticas desagradables.
- Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo
- Administración oral frente a la parenteral.
- Costo de la medicación.

## 3. Características de la enfermedad.

- Enfermedad "silente" o poco sintomática
- Patología crónica, recurrente y/o recidivante.
- Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones
- Coexistencia de otras patologías asociadas.

## 4. Características del entorno familiar y social.

- Existencia de problemas de comunicaciones interfamiliares o sociales.
- Alto grado de conflicto entre las normas familiares/ sociales y la conducta a seguir.
- Asistencia de los niños a las consultas sin la compañía de un adulto responsable
- Escasa supervisión de la toma de la medicación
- No haber ningún antecedente de la enfermedad dentro de la familia o amistades.
- Soledad (vivir solo).

## 5. Características de la estructura sanitaria

- Burocracia asistencial
  - Cambios de médico
  - Dificultad de acceso a los centros sanitarios
  - Coste de la asistencia
  - Tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios
-

## 6. Características del profesional sanitario: médico y/o farmacéutico.

- Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario.
  - Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: torpeza, falta de empatía, desmotivación, etc.
  - Ausencia de instrucciones escritas.
  - Lenguaje demasiado técnico.
  - Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico
- 

Referencia: “El cumplimiento terapéutico” Miguel Basterra Gabarro, Pharmaceutical Care España 1999; 1: 97-106.

Actualmente, el incumplimiento del tratamiento farmacológico es la causa del fracaso de muchos tratamientos y conlleva serios problemas en la calidad de vida, costes para el sistema de salud y sobre todo, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos. La falta de cumplimiento de la pauta terapéutica es común, sobre todo en procesos crónicos, y en ocasiones las razones que conducen a esta conducta son complejas y se basan en el complicado proceso del comportamiento humano<sup>10</sup>.

#### 1.3.6.3.1 Automedicación.

El consumo de medicamentos sin receta es un fenómeno de creciente relevancia, motivada por complejos factores que se asocian a valores que predominan en la sociedad moderna. Entre estos factores es posible mencionar, el desconocimiento de la población en el tema, la deficiente cobertura en salud, mala calidad de servicios públicos, el aumento de suministros de medicamentos alternativos, la disponibilidad, la venta sin restricciones y propaganda de productos farmacéuticos en los medios de comunicación<sup>12</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada, al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos, a menudo pagados por los pacientes, y traen como consecuencia un considerable perjuicio al paciente en cuanto a la falta de resultados positivos y a la incidencia de reacciones adversas a medicamentos.

Asimismo el uso excesivo irracional de medicamentos puede estimular una demanda desproporcionada por parte de los pacientes, y reducir el acceso y los índices de consultas debido a la escasez de medicamentos y a la pérdida de confianza del paciente en el sistema sanitario<sup>13</sup>.

##### 1.3.6.3.1.1 Definición

La automedicación se ha definido en forma clásica como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico”<sup>14</sup>.

#### 1.3.6.3.1.2 Implicancias de la automedicación

Existen antecedentes que muestran el fenómeno de automedicación, por ejemplo la irracionalidad en el uso de medicamentos ha alcanzado su máxima expresión en la inapropiada utilización de los antibióticos, cuyo impacto se ha calculado en aproximadamente USD 4000 a USD 5000 millones en los EEUU y € 9000 millones en Europa<sup>16</sup>.

En Norte América, se ha convertido en la primera causa de muerte accidental entre las personas de 45 a 54 años, sobrepasando el número de muertes por accidente de tráfico. Los datos muestran que casi 7 millones de estadounidenses abusaron de medicamentos recetados en el 2007, más que de todas las sustancias ilegales juntas<sup>15</sup>.

Según Investigaciones del Instituto Argentino de Atención Farmacéutica (IADAF) la automedicación se triplicó en los últimos cuatro años Actualmente tres de cada cuatro adultos toman fármacos sin prescripción médica. Este problema genera 5% de los ingresos hospitalarios y ocasionó cerca de 45.000 muertes en el año 2007<sup>17</sup>

El Chile, el 53,6% de las intoxicaciones notificadas al Centro de Información Toxicológica (CITUC) de la Universidad Católica corresponden a intoxicaciones por medicamentos<sup>18</sup>. Según algunos estudios, de un total de 200 pacientes, mayores de 18 años asistentes a centro de atención ambulatoria adosado a un hospital de una comuna de Santiago, se obtuvo una prevalencia del 85% de automedicación (al menos una vez a la semana), 86% en mujeres, 27% en adultos jóvenes entre los 21-30 años y 33% en residentes del sector sur de Santiago<sup>19</sup>. De igual modo, en el análisis y cuantificación de los patrones de automedicación en usuarios de farmacias Salcobrand de Valdivia." se obtuvo el total de 909 personas encuestadas, 75,4% se automedican, siendo el motivo más frecuente síntomas leves con un 30,8%, los más señalados fueron: el dolor de cabeza (19%), resfrío común (8,8%), dolores musculares (6,7%) y de huesos (5,3%)<sup>20</sup>.

El autocuidado incluye la automedicación, siempre que sea adecuada al problema de salud que se desea tratar y por sobre todo segura. Los medicamentos juegan un rol importante en el mantenimiento de la salud, en la medida en que sean eficientes, accesibles y que se usen adecuadamente, sin embargo la automedicación responsable que se define como: uso de los medicamentos, específicamente autorizados para su venta sin receta médica, para la prevención, alivio o tratamiento de síntomas y problemas comunes de salud, es decir aquellos padecimientos que pueden ser reconocidos y tratados por quienes los sufren, sin necesidad de recurrir, en primera instancia a un médico se contrapone a la autoprescripción, que corresponde al uso indiscriminado de medicamentos que, requiriendo de receta médica, se consumen sin indicación ni supervisión de un profesional<sup>16</sup>.

#### 1.3.6.3.2 Reacciones adversas a medicamentos

Por otro lado en la literatura se encuentran algunos postulados que permiten establecer que las reacciones adversas medicamentosas (RAMs) constituyen un problema de salud pública, puesto que son causa de morbilidad y mortalidad y de aumento de los costos de la atención de salud. Según la OMS, las RAMs pueden ser causa de hospitalizaciones, cirugías, y pérdida de productividad, y en algunos países estas consecuencias superan al costo de los medicamentos. Ya en 1970, se comunicó que cerca del 30% de los pacientes hospitalizados desarrollaba al menos una RAM y que el 3% de las hospitalizaciones podía atribuirse a las reacciones adversas<sup>21</sup>.

Asimismo en Estados Unidos se ha estimado que la morbimortalidad asociada a PRM asciende a 4 billones de dólares al año en los ancianos institucionalizados<sup>22</sup>, de igual modo en España se ha reportado que entre el 0,45% y el 26% de los ingresos hospitalarios estarían provocados por distintos tipos de PRM (reacciones adversas, problemas de dosis, incumplimiento, mala utilización, errores de prescripción y otros)<sup>23</sup>.

En Chile en el estudio de Faúndez E, donde se analizaron 119 informes de reacciones adversas registradas en el Servicio de Farmacia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el periodo 2004-2010, según la presentación clínica, las reacciones mucocutáneas fueron las más frecuentes(31,1%) seguido por hematológico (25,2%). Los fármacos implicados fueron la quimioterapia (68,9%), antibióticos (5,9%) y los AINEs, medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos, (4,2%)<sup>19</sup>.

En el año 1995 se inició un programa nacional de farmacovigilancia el cual se unió a la red mundial de farmacovigilancia, The Uppsala Monitoring Center (WHO), el cual tiene como finalidad fomentar la notificación por parte de todo el personal de salud de las sospechas de RAMs al Centro Nacional de Información de Medicamentos y Farmacovigilancia (CENIMEF) que funciona en el Instituto de Salud Pública (ISP), donde se realiza el análisis de esta información, según algunos autores, desde que se inició el programa se ha observado un aumento sustancial de las notificaciones de RAM a CENIMEF, desde 63 casos el año 1995 hasta 1.203 casos el año 2005. Sin embargo, la gran desventaja de utilizar sistemas de notificación voluntaria es que persiste una sub-notificación importante<sup>19,21</sup>.

#### 1.3.6.3.2.1 Responsabilidad del profesional sanitario

Como existe evidencia de que la población utiliza la autoprescripción y posee problemas relacionados con los medicamentos, se hace necesario que los profesionales sanitarios que están en mayor medida en contacto con los pacientes, farmacéuticos y médicos, ejerzan la responsabilidad de cerciorar el uso seguro y eficiente de medicamentos, informar de los problemas de malas prácticas, así como de aconsejar sobre la mejor manera de uso de la automedicación responsable, siendo el farmacéutico el encargado de promover el uso racional del medicamento y mejorar la práctica de la automedicación responsable<sup>16</sup>.

La “atención farmacéutica” según la APhA (American pharmacists association), la define como la manera de proporcionar responsablemente la terapia farmacológica, con el propósito de poder alcanzar resultados concretos que nos lleven a mejorar la calidad de vida del paciente. De igual modo, según la OMS, la atención farmacéutica es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del químico farmacéutico y del equipo de salud, y se define como el compendio de las actitudes, compromisos, comportamientos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con el objetivo de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y en la calidad de vida del paciente<sup>24,25</sup>.

Asimismo el Ministerio de Salud de Chile dictamina que los servicios farmacéuticos incluyen un conjunto de funciones y actividades planificadas, organizadas, dirigidas y supervisadas por el profesional químico farmacéutico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente a través del uso seguro y eficiente de medicamentos y otros recursos farmacéuticos. Los servicios farmacéuticos son aquellos relacionados con la gestión de medicamentos, dispensación a pacientes ambulatorios y hospitalizados, información de medicamentos, elaboración de preparados farmacéuticos e información y educación a pacientes<sup>26</sup>.

Por otro lado, los Químicos Farmacéuticos también deben orientarse hacia la educación de pacientes por ser esta una arista muy importante para que los pacientes se adhieran a los tratamientos prescritos. A esto también se agrega que se necesita el apoyo profesional para lograr que personas y familias tomen las mejores decisiones para su propia salud, considerando que los problemas de salud de mayor prevalencia se relacionan con conductas y estilos de vida<sup>7</sup>.

#### **1.3.6.4 Evidencia del incumplimiento**

En 2004, la Organización Mundial de la Salud publicó un informe titulado "Incumplimiento terapéutico en las enfermedades crónicas", donde se culpabiliza al incumplimiento terapéutico como la principal causa de no obtener todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar y se desperdicien recursos asistenciales<sup>27</sup>.

Según la OMS, se hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas, incluidas DM2, promedia solo 50%. Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud<sup>27</sup>. También se ha mencionado que en promedio, sólo uno de cada tres pacientes sigue de manera correcta las indicaciones de su médico, con adherencias diferentes para cada componente, mayores para la toma de medicamentos, aun en casos de polifarmacia y menores para ejercicio y dieta<sup>28,29</sup>.

Por otra parte, la falta de adherencia tiene repercusiones económicas. En Estados Unidos, para el 2002, los gastos en salud de las personas con diabetes se calculaban cercanos a los 132 billones de dólares, más del doble que de los no diabéticos. Asimismo, España reportó, para ese mismo año, un gasto de 883 Euros en pacientes sin complicaciones, 1.403 Euros en aquellos con complicaciones microvasculares y más de 2.000 Euros en las de causas macrovasculares o mixtas<sup>29</sup>.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios<sup>28</sup>. Siendo la Diabetes Mellitus una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países<sup>29,34</sup>.

En Chile, a pesar de que existen una serie de medicamentos que pueden proveer un buen manejo del control metabólico de los pacientes con Diabetes mellitus 2, existe evidencia de ellos son poco adherentes a su tratamiento. Según se mencionó anteriormente la adherencia en los países en desarrollo alcanza sólo el 50 %, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo<sup>27</sup>.

En un estudio realizado en Chile en el 2010, donde se quiso conocer la frecuencia de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con Diabetes mellitus 2 y su relación con el control metabólico, muestra que de un total de 962 pacientes, distribuidos en 26% hombres y 74% mujeres, con edad media de 62 años, la proporción global de pacientes que resultó adherente al tratamiento farmacológico fue del 62.5%, siendo similar en ambos sexos y edad media<sup>39</sup>.

De igual forma en el 2010 en Ancud, se realizó otro estudio, donde se pretendió cuantificar adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital de Ancud. La muestra analizada fue seleccionada de pacientes diabéticos insertos en el Programa de Salud del Hospital, escogidos según ciertos criterios de inclusión, obteniendo un total de 90 pacientes. En relación a los resultados, se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (57%), pero esperado según la bibliografía que señala un 50% a nivel mundial<sup>7</sup>.

En otro estudio realizado en el 2012, en Tomé, Concepción. Se pretendió establecer la relación entre satisfacción usuaria, adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2, encontrándose que de un total de 208 pacientes, el 64% se clasifica "Sin adhesividad a tratamientos y controles de salud" y solo un 36% "Con adhesividad a tratamientos y controles de salud"<sup>34</sup>.

#### ***1.3.6.5 Implicancias del incumplimiento***

El incumplimiento farmacoterapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos. Cada fármaco que se comercializa ha necesitado un gran esfuerzo de inversión, que puede resultar en vano si el enfermo no lo utiliza como debe. La tabla 4 describe las posibles consecuencias que pueden tener el incumplimiento terapéutico, para los pacientes.

**Tabla 4: Consecuencias del incumplimiento.**

<b>Consecuencia del incumplimiento terapéutico</b>	
<b>Consecuencias debidas a sub-utilización de medicación</b>	
Falta de respuesta terapéutica	Retrasos en la curación Recaídas o recidivas Creación de resistencias a antibióticos Aparición de nuevas patologías
Interferencia en la relación sanitario-paciente	Desconfianza
Valoración errónea de la efectividad real del Tratamiento	Aumento innecesario de dosis Eliminación de fármacos seguros y eficaces Introducción de otros medicamentos más potentes con mayor toxicidad
Almacenamiento de los medicamentos no consumidos en los botiquines caseros	Intoxicaciones Automedicación irresponsable
Repercusiones económicas (los medicamentos se adquieren pero no se consumen)	Ausentismo laboral Falta de productividad Aumento del gasto sanitario
<b>Consecuencias debidas a sobre-utilización de medicación</b>	
Mayor riesgo de que aparezcan	Efectos secundarios Toxicidad Dependencia y tolerancia

Referencia: "El cumplimiento terapéutico" Miguel Basterra Gabarro, Pharmaceutical Care España 1999; 1: 97-106.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Ésta no debe ser vista como un problema del paciente, más bien, representa una limitación en la prestación de asistencia sanitaria, a menudo debido a que no se logra un acuerdo con la prescripción, o no se logra identificar y proporcionar el apoyo que los pacientes necesitan<sup>11</sup>.

#### ***1.3.6.6 Importancia de la perspectiva del paciente***

Según la guía del 2009, Adherencia Medicamentos: la participación de los pacientes en decisiones acerca de los medicamentos prescritos y apoyo a la adhesión, de atención primaria en Londres, plantea que abordar la falta de adherencia no consiste en conseguir que los pacientes tomen más medicinas, sino que se inicia con una comprensión de las perspectivas de los pacientes con los medicamentos y las razones por las que no pueden querer o no son capaces de utilizarlos. También se plantea que los profesionales tienen el deber de ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y utilizar, los medicamentos recetados de la mejor manera<sup>11</sup>.

En otros países investigadores comenzaron a tomar en cuenta estas perspectivas y se dieron cuenta que los pacientes presentan una serie de preocupaciones y expectativas acerca de su medicación, por ejemplo J, Lawton y col. realizaron un estudio cualitativo, sobre la percepción y experiencia de la medicación con hipoglicemiantes orales, donde encontraron que los participantes se hallaban mayoritariamente motivados a seguir con su terapia farmacológica a pesar de experimentar efectos laterales, preocupación por estar ingiriendo muchos medicamentos, o creencias de que tomar medicamentos no es “natural”, por lo que eso podría causar la progresión e la enfermedad. Esta motivación parece venir más bien de la percepción de que estos medicamentos tiene un efecto positivo, ya que algunos pacientes denotaron sentirse mejor tras la ingesta de su medicamento, otro asintomáticos, reportaron ver su efecto en los exámenes de

laboratorio, por lo tanto ellos concluyen que la falta de adherencia proviene más del factor olvido, más que de la incertidumbre que perciben de sus medicamentos<sup>30</sup>.

Se ha sugerido, en Estados Unidos en el 2011, que las relaciones interpersonales de los pacientes con diabetes son complicadas y que existe falta de comunicación entre ellos, sus familiares y los profesionales que los atienden. También encontraron que los pacientes no se encuentran preparados para afrontar su enfermedad y que existe falta de información en como la alimentación, ejercicio y medicación puede afectar el control de su glicemia y los riesgos de padecer complicaciones<sup>31</sup>.

La adherencia de los diabéticos puede ser enriquecida por la forma en que los equipos de salud atienden al paciente, ya que a menudo los pacientes perciben que los profesionales de la salud, no le prestan la suficiente atención, no les escuchan, ni les preguntan su opinión sobre hechos importantes o preocupaciones con respecto a su enfermedad, incluso notan que los profesionales ignoraban sus puntos de vista, y por ende, los pacientes toman una actitud derrotista y dejan de acudir al sus controles<sup>31,32</sup>.

Una investigación realizada en Noruega en el 2010, sobre la percepción que tuvieron adultos con DM2 en el apoyo que recibieron de su equipo de salud, se identificaron, por parte de los pacientes, cinco atributos que debería tener el personal de salud para lograr un buen apoyo<sup>32</sup>. Ellos son:

- Empatía
- Información adecuada e individualizada
- consejos prácticos
- Involucramiento en la toma de decisiones
- Grupos de apoyo

La empatía ellos la definieron como la capacidad de ser escuchados y comprendidos, además de otórgales un sentido de confianza con sus proveedores de salud.

También mencionaron que este buen trato y feedback positivo, influenciaba en sentimiento de que fuesen capaces de manejar su enfermedad<sup>32</sup>.

Sin embargo otros mencionaron haber percibido empatía, al sentir la falta de ella, cuando el médico lo culpó por su enfermedad o cuando el profesional solo se limitó a explicarle el objetivo de conseguir ciertos valores en sus exámenes de laboratorio. Por otro lado también, los entrevistados también expresaron que el lenguaje utilizado por los profesionales no les era comprensible y que no se dignaban si quiera a escuchar sus preocupaciones o necesidades<sup>32</sup>.

Por otra parte, una entrevista realizada, en Suecia, en el 2008 donde se investigó las percepciones de los pacientes acerca de la atención que proveían las enfermeras especialistas en diabetes que los controlaban, ellos describieron que las enfermeras encargadas los alentaron a tener una participación activa en su tratamiento por medio de la adquisición de conocimientos acerca de su enfermedad y aprendizaje del manejo de su vida con diabetes<sup>33</sup>.

Parece ser que la educación y necesidad de información juegan un rol importante para que el paciente no deserte a su terapia. En el estudio realizado el 2010, en Noruega, mencionado anteriormente, La mayoría de los entrevistados expresaron que muy pocas veces se entregó algún consejo práctico y que la escasa información entregada se limitaba a entregar solo consejos sobre la dieta y planificación de las comidas. Sin embargo aquellos pacientes que fueron inscritos en el centro de programas de afrontamiento y aprendizaje, denotaron recibir suficiente y adecuada información, lo cual les permitió motivarse a manejar su enfermedad. Asimismo explicaron la necesidad de que esa información, no solo fuera correcta, sino que también sea entregada de forma individualizada, de acuerdo a sus necesidades y circunstancia<sup>32</sup>.

Se ha visto, que la experiencia que las personas adquieren conforme van pasando los años, se vuelve un factor importante en la forma en que ellos abordan y manejan su enfermedad. Ello concuerda con un estudio realizado por H, Maclean y col. en Canadá en 1991, donde se relacionaron los factores que influyen de la dieta con el autocuidado de la diabetes.

Donde se encontró que los pacientes que estaban bajo control, adaptaron sus dietas a sus necesidades y preferencias de una manera consciente y deliberada. Más aún se observó que la experiencia adquirida por los pacientes con diabetes, era un factor importante, ya que aquellos que la padecían hace más de diez años, confiaban más en lo conocimientos adquiridos de las reacciones que tuvieron cuando decidieron, por ejemplo, no cumplir con la dieta, que seguir las reglas otorgadas por el equipo de salud<sup>35</sup>.

Conforme a ello, se encontró, por un estudio realizado en Londres por D, Kelleher y col. en 1988, donde se revisaron las estrategias de afrontamiento e incumplimiento, se observó que las personas tienen su propia interpretación de la salud. Ya que muchos hacían la distinción entre el estar saludable, (que lo veían por ejemplo como un estado de control de nivel de glucosa), y el bienestar<sup>36</sup>.

Este criterio fue único para cada individuo y abarcaba desde la noción de ser un complemento del estilo de vida, hasta las aspiraciones personales e incluso su vitalidad. Igualmente se vio que cuando la búsqueda de la salud no se interpone con el bienestar, la adherencia no es un problema. Por lo tanto la clave de la adherencia al tratamiento parece estar, en que el tratamiento que se otorgue al paciente, debe estar acorde o debe lograr su bienestar<sup>36</sup>.

Por lo visto en estos estudios, parece ser que tratar de acomodar la terapia a su estilo de vida, les proporciona mayor confianza y les permite sobrellevar su enfermedad logrando un mejor control de ésta.

En un estudio realizado en 1991 en Suecia. Donde se buscó evaluar la perspectiva de los pacientes con diabetes en cuanto a su cuidado y educación, se entrevistaron 55 personas insulino dependientes. Esta entrevista estaba dirigida a responder tres preguntas básicamente, 1) ¿cómo es la comunicación que han tenido las personas diabéticas con sus equipos de salud?, 2) ¿Cuáles son las expectativas que tienen en cuanto a atención que les proporcionan?, 3) ¿qué información necesitan para poder manejar su enfermedad?

Luego de análisis, se encontró que las personas esperaban más de sus profesionales de salud que solo la cuantificación de sus niveles sanguíneos de glicemia y la prescripción de sus medicamentos. Se sugirió que los profesionales debían mostrar mayor interés en tratar al paciente como individuo. También se expresó que el cuidado de paciente no debe enfocarse solo a la monitorización de síntomas y signos, sino que más bien, se debe encontrar un balance entre el tratamiento de la diabetes y en la forma en que las personas quieren vivir su vida. Además se hizo el alcance de que el tratamiento tradicional consiste en dieta, una prescripción y una encuesta educacional y que el conocimiento sería adquirido, a través del médico y éste asumiría que el paciente fuera obediente y monitorizara los signos de su enfermedad, cuando lo que en realidad hace falta, es que el profesional estudie a su paciente y descubra sus habilidades, niveles de conocimiento, influencia psicosocial, el apoyo con que cuenta y como ha sido su experiencia con la diabetes. Por otro lado, la meta del paciente será aprender a balancear el tratamiento con su vida personal de modo de alcanzar el bienestar más que solo un buen estado de salud<sup>37,38</sup>.

En forma resumida, existe evidencia de que entender las experiencias, creencias, actitudes y comportamientos que los pacientes tienen, es crucial para un buen manejo clínico, porque estas áreas pueden tener un efecto profundo en la percepción de salud, en la búsqueda del bienestar y la adherencia al tratamiento. Se ha visto, que los pacientes toman sus propias decisiones acerca de su propio cuidado, que ellos no son receptores pasivos del consejo del médico, si no que más bien son intérpretes activos, que

constantemente están evaluando el consejo médico a través de sus propios síntomas, creencias y niveles de glucosa.

#### **1.4 Síntesis**

En Chile la Diabetes mellitus 2, se encuentra bajo las garantías explícitas de salud (GES), el cual proporciona, un conjunto de beneficios garantizados por ley, para personas que estén afiliadas a Isapres y FONASA. El objetivo principal de Programa, en el manejo de estos pacientes, es prevenir los factores de riesgos asociados a la patología, en especial las complicaciones crónicas microangiopáticas y de la enfermedad cardiovascular, que es la principal causa de morbimortalidad de estos pacientes<sup>6</sup>.

A pesar de que está este programa de manejo, existe evidencia de que hay una carencia de un buen control metabólico de estos pacientes, lo cual queda demostrado por el aumento de pacientes en las urgencias y consultas médicas por descompensaciones metabólicas y principalmente pacientes con problemas cardiovasculares, lo cual hace necesario otorgar mayores esfuerzos para controlar a estas personas<sup>6</sup>. La falta de cumplimiento de la pauta terapéutica es común, sobre todo en procesos crónicos, y en ocasiones las razones que conducen a esta conducta son complejas y se basan en el complicado proceso del comportamiento humano<sup>10</sup>.

Por otro lado la mayoría de las investigaciones que se han visto, se enfocan en evaluar cuantos pacientes son incumplidores y los costos que esto acarrea a la entidad de salud<sup>6,7,8,27,34,39</sup>, pero tampoco proveen una solución al problema.

Se ha visto que aumentar la adherencia de los pacientes puede revertir los problemas planteados anteriormente<sup>11,27</sup>. Pero para lograr aquello, debemos visualizar primero, por qué las personas tienden a tener esta actitud, o por qué les cuesta tanto adherirse a su tratamiento, para luego diseñar una solución. Por consiguiente, surge la necesidad de plantearse la siguiente pregunta de investigación.

## **2 Pregunta de la investigación**

¿Qué dificultades enfrentan los pacientes con DM2, para cumplir con su terapia?

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Identificar dificultades que tienen los pacientes Diabéticos Mellitus 2, con o sin comorbilidades, para cumplir con su farmacoterapia

## **3.2 Objetivos específicos**

**3.2.1** Elaborar entrevistas semiestructuradas.

**3.2.2** Identificar las dificultades que tienen los pacientes para cumplir con su farmacoterapia.

## 4 Metodología

### 4.1 Introducción

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno. A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento, tales como el empirismo, positivismo, fenomenología, etc. Sin embargo desde el siglo pasado tales corrientes se han polarizado en dos aproximaciones principales para indagar: “el enfoque cuantitativo” que deriva del pensamiento deductivo, el cual se encarga de aprender acerca de la distribución de una característica o de un conjunto de características en una población y probar una hipótesis en un marco preexistente y ver si encaja o no en tal marco, en cambio las que derivan del pensamiento inductivo, se encargan de permitir que las ideas emerjan preferentemente de los datos y no al colocar un marco preexistente en ellos. A esto se le llama “el enfoque cualitativo”<sup>40</sup>.

Ambos enfoques emplean procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento. En términos generales utilizan cinco fases similares y relacionadas entre sí:

- Llevan a cabo la observación y evaluación del fenómeno
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- Demuestran el grado en que las ideas o suposiciones tienen fundamento
- Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso para generar otras.

A pesar de que cada aproximación comparte estas estrategias cada una posee sus propias características.

#### **4.1.1 Enfoque cuantitativo**

El enfoque cuantitativo, se caracteriza por ser secuencial y probatorio. Parte de una idea que va acotándose y una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco teórico. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan las variables, se desarrolla un plan para probarlas, se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis<sup>40</sup>.

#### **4.1.2 Enfoque cualitativo**

El enfoque cualitativo también se guía por áreas o temas significativos para la investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y análisis de datos, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de los datos. Con frecuencia estas actividades sirven para descubrir cuáles son las preguntas de investigación, más importantes y después refinarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos, entre los hechos y su interpretación y resulta más bien un proceso circular y no siempre la secuencia es la misma<sup>40</sup>.

Tanto la indagación cualitativa como cuantitativa, son importantes e iluminan diferentes aspectos del problema. Se elige una de ellas a partir de los propósitos del estudio y de la pregunta que se desea responder, por ejemplo si se quiere conocer la incidencia de un problema, corresponde un enfoque cuantitativo, o se quiere conocer la experiencia de la personas ahí corresponde un enfoque cualitativo.

### **4.1.3 Selección del método**

Debido a que no todos los fenómenos pueden ser estudiados a través de métodos cuantitativos, la aproximación cualitativa ofrece al estudio oportunidades que van más allá de los números, al responder preguntas tales como: ¿Por qué estas cifras existen y no han cambiado recientemente?, ¿cuáles son las situaciones humanas que explican estos números?, ¿por qué algunas cifras son inconsistentes o contradictorias?, ¿por qué este fenómeno no le reflejan los indicadores numéricos?. Por lo tanto la indagación puede usarse para revelar la historia o el significado detrás de los números<sup>41</sup>.

La indagación cualitativa explora las experiencias de la gente en su vida cotidiana, es conocida como indagación naturalista, ya que se usa para entender con naturalidad los fenómenos que ocurren, en consecuencia el investigador no intenta manipular el escenario de la investigación al controlar influencias externas o diseñar experimentos, se trata de hacer sentido de la vida cotidiana tal cual se despliega<sup>41</sup>.

#### ***4.1.3.1 Diseños de investigación cualitativa***

Existen distintos tipos de diseño de investigación cualitativa, tales como: teoría fundamentada, diseños etnográficos, diseños narrativos, diseños de investigación y acción.

#### ***4.1.3.2 Diseño de teoría fundamentada***

La teoría fundamentada utiliza un procedimiento sistemático cualitativo para generar una teoría que explique en un nivel conceptual una acción, interacción o un área en específico. Se le denomina teoría de hallazgos, puesto que la teoría va emergiendo de los datos de la investigación.

Esta es especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o el planteamiento del problema o bien cuando no cubren a los participantes o muestras de interés.

#### 4.1.3.2.1 Tipos de diseño de teoría fundamentada

Se han concebido fundamentalmente dos diseños de teoría fundamentada: sistemáticos y emergentes

En los emergentes se efectúa una codificación abierta, donde se revisan todos los segmentos del material para analizar (por ejemplo frases de entrevistas) y genera, por comparación constante, categorías iniciales. Luego analiza las categorías elimina las redundantes y desarrolla evidencia para cada categoría, es decir se les asigna una descripción. Luego estas categorías son comparadas identificando similitudes o diferencias y considerando los posibles vínculos entre ellas, donde finalmente estas son integradas y dan origen a los temas de la investigación<sup>40</sup>.

En el presente trabajo, se escogió la investigación cualitativa como metodología para realizarlo, debido a que las personas tienen sus propias creencias, costumbres y una imagen particular sobre la salud, lo cual no siempre coincide con los lineamientos de los profesionales de la salud. Se ha visto que verificar solo los hechos (acciones humanas y acontecimientos físicos, los cuales para ser comprendidos se cuantifican, registran y correlacionan), no son suficientes para llegar a entender los comportamientos humanos, siendo los discursos de los individuos y grupos (que para ser comprendidos se analizan e interpretan), los que adquieren una importancia relevante<sup>34,41,42</sup>, esto quiere decir que entender el punto de vista del paciente y su experiencia con la enfermedad nos puede ayudar a plantear estrategias para encauzar al paciente a su compensación.

#### **4.1.3.3 Selección de metodología de muestreo de datos**

Para responder la pregunta de investigación, el investigador recolecta diversos datos, incluyendo material recientemente recolectado (datos primarios) y material preexistente (datos secundarios), o a menudo una combinación de estos. Los datos secundarios a menudo provienen de varios documentos que incluyen desde datos obtenidos en la Web, como revistas y publicaciones, estadísticas nacionales, reportes gubernamentales, etc<sup>44</sup>.

Para recolectar los datos cualitativos primarios se puede observar los escenarios, escribir notas de campo, realizar entrevistas incluyendo grupos focales, historias de vida, grabaciones de video, fotografías, entre otros<sup>44</sup>.

La observación del participante se caracteriza porque el mismo observador está inmerso en el escenario elegido por cierto periodo de tiempo, para obtener una perspectiva interna de escenario o la cultura del grupo. Al participar en el escenario, el investigador adquiere conciencia a través de la experiencia personal, al conocer a las personas involucradas, posiblemente haciendo lo que ellas hacen, al observar todo por completo<sup>44</sup>.

Las notas de campo son una descripción precisa y tan literal como se pueda de aquello que es observado. Son utilizadas por el observador para describir observaciones de los participantes, reflexiones del investigador, ideas, sentimientos e interpretaciones. Estas proporcionan una oportunidad para clarificar pensamiento y planear el siguiente paso de la investigación<sup>44</sup>.

Las entrevistas son la oportunidad de comprender los puntos de vistas de los participantes en la investigación, tal como son descritos en sus propias palabras. Estas abarcan desde una aproximación abierta o no estructurada a una semiestructurada<sup>44</sup>.

La entrevista abierta o no estructurada, el investigador ha identificado una pregunta de investigación pero conoce poco del tema de interés. El investigador simplemente pide a los participantes que cuenten su historia o hablen de sus experiencias, donde se escucha y aprende<sup>44</sup>. El propósito de la entrevista es provocar respuestas en profundidad del participante, por lo tanto es un proceso no restrictivo y por lo tanto genera que los participantes tengan el control de la agenda de la entrevista y como relacionan sus experiencias<sup>44</sup>.

La entrevista semiestructurada recolecta datos de los individuos participantes a través de preguntas abiertas formuladas en un orden específico. Esta se usa cuando el investigador conoce algo del área de interés, como por ejemplo revisión de bibliografía, pero no es suficiente como para responder a la pregunta de investigación. Aunque las preguntas están ordenadas los participantes pueden responder libremente en contraste a un cuestionario de preguntas cerradas o encuesta en que las respuestas predeterminadas deben ser elegidas. Asimismo, esta estructura permite tener el control de la entrevista por parte del investigador<sup>44</sup>.

Para diseñar la entrevista el investigador debe considerar el tipo de información que requiere, por lo tanto las preguntas pueden estar dirigidas: Al ámbito cultural para indagar costumbres, valores o expectativas del grupo, etc. A un cierto tópico, para aprender acerca de cierto evento o tema. A historia oral, para aprender acerca de un período específico desde la perspectiva de la gente que participo de ese tiempo. Historia de vida, para aprender de los principales acontecimiento de vida de una persona, etc<sup>44</sup>.

Los grupos focales son conformados un conjunto de 6 a 10 personas con antecedentes similares, los cuales fueron reclutados para responder a un conjunto de preguntas en un escenario moderado. Este se utiliza para acceder a datos que sería difícil obtener a través de entrevistas individuales u observación de participante. Así como también cuando se requiere recolectar una gran cantidad de datos sobre un área particular, en un período corto de tiempo y observar la interacción de los participantes que surge luego de plantear cierto tema<sup>44</sup>.

## **4.2 Estudio piloto**

En marzo del presente año se realizó un estudio piloto consistente en una entrevista a un paciente con Diabetes mellitus 2. A través de este primer acercamiento, fue posible diseñar la entrevista semiestructurada, utilizada durante el presente trabajo, ya que se logro vislumbrar, al categorizar la entrevista y luego de ser transcrita, algunas dificultades del participante.

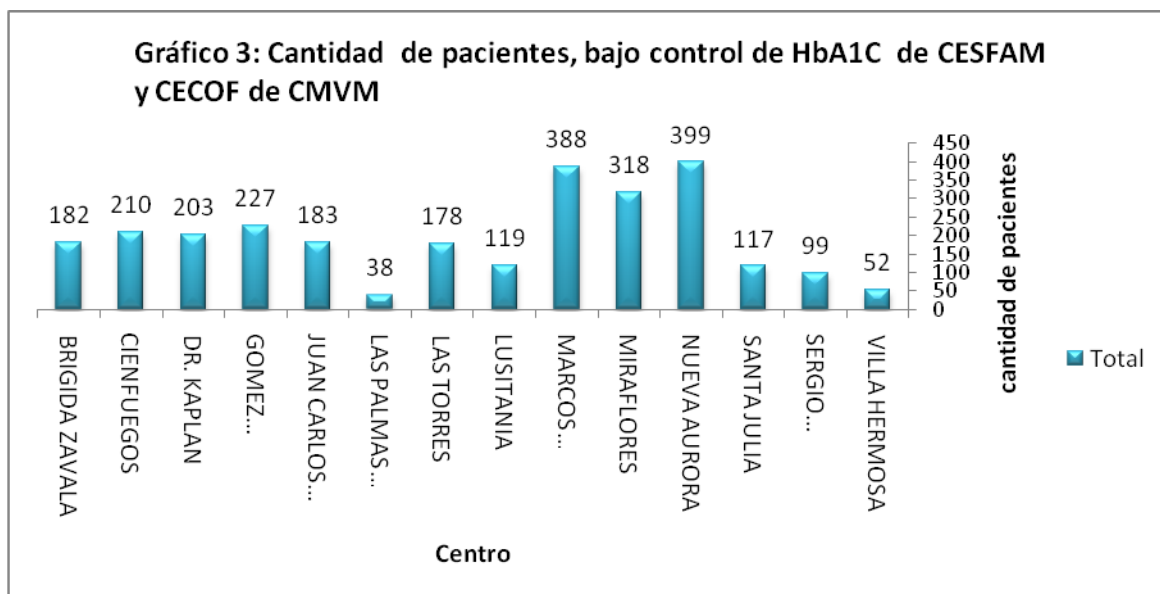
## **4.3 Muestreo y reclutamiento**

El estudio de la siguiente investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo de tipo exploratorio, por medio de entrevista semiestructurada (Anexo 1) con muestra por saturación, donde se Identificaron pacientes con Diabetes Mellitus 2 con o sin comorbilidades, que estaban bajo terapia farmacológica y bajo control médico en CESFAM de Nueva Aurora.

Debido a la observación de campo realizada, en la práctica profesional en la atención primaria de salud, surge la posibilidad de responder esta pregunta de investigación en algún Cefam, perteneciente a la Corporación Municipal de Viña del Mar (CMVM), para lo cual se pidió la respectiva autorización.

Luego de contar con la autorización del comité de ética, se procedió a evaluar el informe de laboratorio de Hemoglobinas glicosiladas de todos los consultorios pertenecientes a CMVM. Donde se observó que de los catorce Cefam y Cescof, tres presentaron mayores índices de HbA1C, ello debido también a que son los tres Cefam con mayor población flotante. De ellos se escogió el Cefam Nueva aurora, ya que era el que contaba con mayor población flotante y además porque se encontraba adosado a Droguería de CMVM, lo cual permitió contar con la supervisión constate de su Director Técnico.

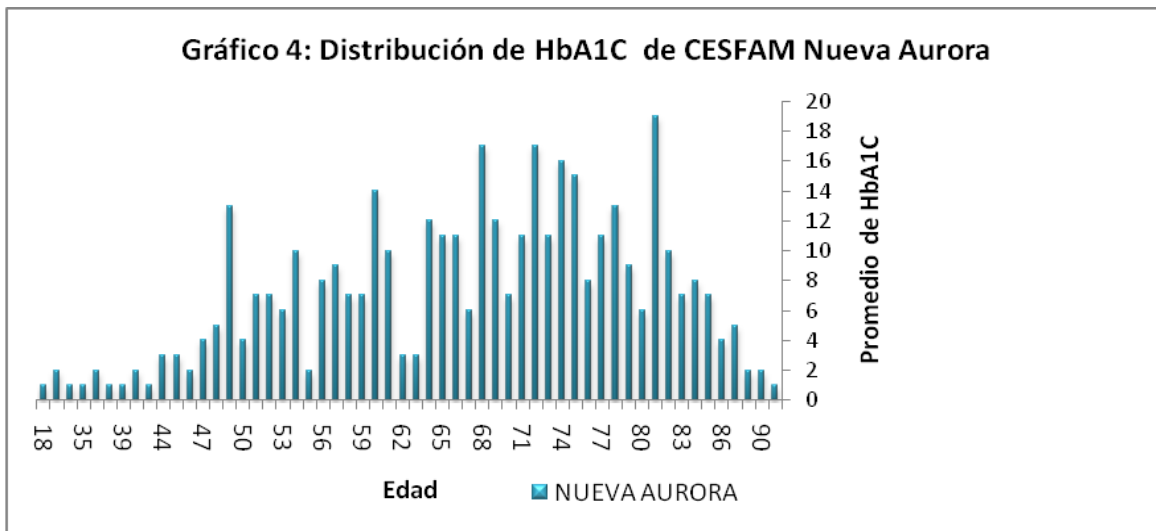
**Gráfico 3: Cantidad de pacientes que se encuentra bajo control de HbA1C de CESFAM y CECOF de CMVM.**



Referencia: Elaboración propia, datos proporcionados por unidad de Laboratorio Clínico De CMVM.

Una vez seleccionado el Cesfam a investigar, se procedió a analizar los valores de HbA1C, ordenándolos por edad, valor de HbA1c, Rut del paciente y sexo (gráfico 4).

**Gráfico 4: Promedio de HbA1C por edad del CESFAM Nueva Aurora.**



Referencia: Elaboración propia, datos proporcionados por unidad de Laboratorio Clínico De CMVM.

De este listado se fueron seleccionando pacientes que se encontraban con alto índice y con bajo de HbA1C (mayor o menor a 7%), utilizando los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos ( mayores de 18 años) de ambos sexos
- Pacientes que asistan a CESFAM de Nueva Aurora
- Pacientes diagnosticados de DM2 (con o sin otras patologías) y que reciban tratamiento farmacológico
- Que deseen participar voluntariamente

#### Criterios de Exclusión:

- Pacientes analfabetos
- Pacientes postrados

Posteriormente, con su número de cédula de identidad, se ingreso al sistema AVIS (Sistema informático utilizado por la CMVM, para mantener fichas clínicas de los pacientes), donde fue posible observar los datos de contacto del paciente y luego se procedió a contactar e invitarlos a participar del estudio.

En la entrevista, en primera instancia, se entregó una carta de consentimiento informado (Anexo 2), en la cual se daba a conocer en mayor detalle, en qué consistía el estudio y las condiciones que se establecían para ello, tales como autorización para revisar su ficha clínica, participación voluntaria, información que entregara sería de absoluta confidencialidad, quedaría registrada en formularios y guardada únicamente por los investigadores del presente estudio, y que si bien los resultados serian publicados en la presente tesis, la identidad no sería divulgada en ningún momento.

Una vez concretada la autorización del paciente, se pudo dar inicio a la inscripción en la ficha de seguimiento, adosada a la entrevista y posteriormente se realizará la entrevista.

La población se seleccionó mediante punto de saturación de la información, es decir se concluye la investigación cuando se reitera la información conceptual presente en los discursos de los entrevistados. Debido a ellos se logró entrevistar a 8 individuos, que aceptaron formar parte de la investigación. Cuatro que se consideraron compensados, con valores de HbA1C menos a 7% (5,7; 5,9; 5,6; 5,8 respectivamente) y cuatro considerados descompensados con valores de HbA1c sobre 7%( 7,8; 11,4; 11,1; 7,9). Sin considerar ni edad, ni sexo. Las entrevistas fueron realizadas en las dependencias del Cesfam y fueron ejecutadas por el investigador principal.

#### **4.4 Recolección de datos**

Luego de concretadas las entrevistas, se procedió a transcribir cada una, las cuales fueron importadas al programa computacional para análisis de datos MAXQDA.11, el cual se utilizó para el proceso de codificación.

Los resultados fueron analizados, mediante un diseño de análisis emergente: Análisis de contenido. El cual consistió en revisar cada uno de los segmentos de las entrevistas, en este caso cada frase y generar, por comparación constante, códigos iniciales (Anexo 3). Luego se analizó de igual forma que los segmentos, se eliminaron los redundantes y se desarrollo evidencia para cada categoría, es decir se les asignó una descripción (Anexo 4). Luego estas categorías fueron comparadas identificando similitudes o diferencias y se consideraron posibles vínculos entre ellas, donde finalmente estas fueron integradas y dando origen a los temas de la investigación o resultados.

## 5 Resultados

Los resultados que emergieron del proceso de investigación fueron categorizados en tres grupos de factores, a saber, relacionados con el sistema de salud, con el paciente y su entorno, y con la enfermedad y su tratamiento.

### 5.1 Aspectos relacionados con el sistema de salud

#### 5.1.1 Información

##### ***5.1.1.1 Escases se información:***

A pesar de que los pacientes entrevistados, expresan una respuesta positiva ante la consulta de sí existe explicación por parte de los profesionales o equipo de salud (médico, enfermera, nutricionista, auxiliares de farmacia), se percibe que esta información que ofrecen puede ser vaga e insuficiente, ya que solo se ciñe a entregar consejos sobre algunos cuidados, alimentos que deben evitar, horario de ingesta de los medicamentos o a lo más se explican los valores de exámenes de laboratorio cuando están fuera del rango normal.

##### ***5.1.1.2 Carencia de entendimiento***

Asimismo se observa que existe poca comprensión de la información entregada por algunos profesionales, o quizá no hay una instancia donde sea posible corroborar si la información que se entregó fue incorporada o aprovechada de buena manera:

*Frase de participante, que ejemplifica la categoría emergente*

***“Tonces el doctor le dijo que el páncreas se echa a perder después se pone negro y como que da cáncer al último”DM2-NA08.***

### **5.1.1.3 Interés por mayor información**

Por otro lado, la mayoría de las personas consultadas reflejan tener interés por obtener mayor información, en diferentes aspectos relacionados con su enfermedad, esto se refleja por consultas que hicieron los pacientes como por ejemplo porqué se deben revisar sus pies, sí algo le produce la enfermedad, para qué son ciertos medicamentos, sí las plantas medicinales tendrán algún efecto etc. Así como también se menciona que se consulta a médico amigo por su estado, y se busca información ya sea por internet o se está atento a lo que se dice en la radio o periódico al respecto.

***” Si le entiendo, porque yo sigo alguna literatura en internet ya, me interesa dijéramos el asunto de la diabetes” DM2- NA01.***

La paciente DM2-NA02, que mantiene buen control metabólico, describe de muy buena manera en qué consiste, los síntomas, y como se produjo su enfermedad, a su vez conoce y relata cuál es la función, en el organismo, de los medicamentos que toma y los beneficios que ellos aportan, conoce las consecuencias de la progresión de la enfermedad, así como del incumplimiento y refiere sentir temor de llegar al estado de insulinodependencia, de igual forma denota que la mayoría de la información la obtuvo de la explicación que le dieron de los médicos y nutricionista, a lo cual refiere sentir agradecimiento por el tiempo y la oportunidad de entender lo que le pasa, ya que ello le ayuda a seguir bien su tratamiento, igualmente expresa que ella también se preocupa de adquirir mayor información y aprenderla.

De la descripción de este caso, que se entrega como ejemplo, se puede percibir que la entrega de información adecuada y oportuna, en cuanto a la enfermedad, cuidados, evolución, consecuencias del incumplimiento, medicamentos, régimen alimenticio y actividad física, las personas pueden comprender mejor por qué y cómo deben cuidarse, lo cual las puede llevar a un buen manejo de su enfermedad o mayor autocontrol.

Esto también se puede percibir en el interés que reflejan la mayoría de los pacientes entrevistados de recibir mayor información.

#### ***5.1.1.4 Interés por sus exámenes de laboratorio***

Ante la consulta sobre sus exámenes de laboratorio, se observa cierta inclinación por estar al tanto sobre qué se está midiendo, qué significan los resultados, ya que ello le permitiría no sentirse ignorante en el asunto o a modo de advertir, sí estos resultaron bien o mal, incluso se manifiesta que ello sería de utilidad para saber si se está “sobrepasando”.

***“supongamosnos que... yo no me estoy controlando bien con la azúcar y ya con eso chanto la moto como se dice” DM2-NA06.***

De algún modo se advierte que el conocimiento de los exámenes de laboratorio podría ser útil como medida de autocontrol y cuidado, así como también para que el paciente sienta que existe un empoderamiento o dominio de su tratamiento.

#### **5.1.1.5 Forma de transmitir la información**

La manera de entregar la información fue percibida como intimidante por más de un participante, ya que ellos denotaron que al momento de recibir el diagnóstico fueron atemorizados o amedrentados por los profesionales de salud. Se podría pensar que esto puede tener alguna influencia en cómo se asume el cuidado de la enfermedad, ya que ello se manifestó en más de un paciente con buen control metabólico.

***“Ud. tiene diabetes, tiene hiperinsulinemia, vaya ahora o se puede morir..... y eso a mi mamá la dejó así como ooooo y yo quede no qué??... yo no me quiero morir”DM2-NA02.***

#### **5.1.2 Percepción de la atención por parte de los profesionales de salud**

##### **5.1.2.1 Relación paciente-profesional**

La percepción que tienen los colaboradores del estudio con respecto a la relación que mantienen con los profesionales salud(médico, enfermera, nutricionista, auxiliares de farmacia), en general se refleja de manera positiva, ya que describen que el trato hacia ellos se hace con amabilidad y consideración.

Asimismo se observa cierto grado de apoyo, por parte de equipo de salud, en especial con los pacientes compensados, lo cual se puede observar ante expresiones de gratitud por la entrega de tiempo para entender lo que le sucede, buena disposición de ánimo y preocupación en la atención.

***“si ellos no me pudieran apoyar a lo mejor quizá que estaría haciendo, estaría en un hospital en coma diabético”DM2-NA02.***

### **5.1.2.2 Falta de comprensión, apoyo y empatía**

Sin embargo, en otros pacientes se puede percibir sentimientos de culpabilidad, frustración, desconfianza, tristeza y enfado ante la apreciación de que la atención de los profesionales carece de escucha o atención, comprensión y empatía.

Mediante el caso de DM2-NA07, podemos ejemplificar la falta de confianza y empatía que puede existir en la relación médico-paciente, ya que la Señora DM2\_NA07 expresa en su discurso no cumplir siempre con reglas, o bien ingerir sus medicamentos de forma intercalada a lo cual manifiesta sentir frustración y angustia puesto que su madre falleció de una descompensación diabética y no cumplía con su terapia. Asimismo ella declara no poder aceptar que se encuentra enferma que ello le ha costado mucho y siente mucha culpabilidad. Ante la consulta de si ella le cuenta a su médico lo anteriormente expuesto, ella denota que no se lo dice, puesto que la doctora “se enoja” incluso describe que la profesional le manifestó que “si hacía eso perdía el tiempo con ella y que como le iba a estar dando medicamentos si ella no se los tomaba”, a lo cual la señora describe que le haya razón, pero que siente mucha pena y frustración.

Por otro lado la paciente describe que se encuentra con dificultades económicas y que por ese motivo se encuentra bajo tratamiento para la depresión, de igual forma refiere que estos le han acarreado problemas con su marido, debido a ello se consulta si estos son tratados con el profesional correspondiente, en este caso Psicólogo, a lo cual responde que no, porque ella teme que su esposo se entere que cuenta los problemas de su casa en el CESFAM. Ella manifiesta que durante la conversación se siente abierta, con confianza porque se le advirtió al comienzo de la entrevista que esta conversación seria confidencial y que por eso no con todo el mundo contaba sus cosas.

De lo anterior se puede percibir que el grado de confianza que se gane, puede permitir a los pacientes revelar lo que realmente hacen en sus vidas cotidianas, lo cual puede servir para lograr conocer al paciente en su estado emocional, en la enfermedad y desarrollar la capacidad de empatizar con ellos permitiendo un feedback positivo en la relación profesional-paciente.

### **5.1.3 Controles con los profesionales de salud**

#### ***5.1.3.1 Dificultad para conseguir controles médicos, de enfermera y nutricionista***

Un número importante de personas entrevistadas, denota que existe dificultad para conseguir hora para controles médicos, con enfermera, nutricionista, etc. lo cual trae como consecuencia cierto grado de frustración, desgano e impotencia debido a que deben concurrir varias veces al Cesfam para constatar si hay disponibilidad de atención, donde generalmente encuentran una respuesta negativa, se les explica que no hay médico o se les pide que llamen por teléfono, lo cual es aún más frustrante porque mencionan incluso no tener respuesta. De igual forma, se menciona que son “tramitados” excesivamente, ya que cada vez que se consultó se señaló que aún no estaban disponibles las tarjetas para la inscripción para médico o que no hay hora, venga más tarde. Por otra parte se distingue que no siempre son atendidos por el mismo profesional y que solo algunos de ellos, explican las problemáticas de su enfermedad.

***“he venido como 6 veces ya fíjese, no todavía no están las tarjetas... todavía no estamos inscribiendo, venga 15 días más”DM2-NA08.***

## **5.2 Aspectos relacionados con el paciente y su entorno**

### **5.2.1 Adherencia al tratamiento: cumplimiento-incumplimiento**

La mayoría de los pacientes entrevistados confiesan no ser siempre “cumplidores de las reglas”, ya que muchas veces sienten la necesidad de comer algo dulce, declaran sentir que el cuerpo les pide algo dulce o a veces los consume, pero a lo “lejos” también denotan que en algunas oportunidades de celebración o festividad se salen de su dieta habitual:

***“Me cuido pero entre comillas no más, o sea rompo las reglas porque mi cuerpo me pide a veces... fuertemente algo dulce.. pero cuando por ejemplo como algo pal pan dulce tomo el té sin azúcar” DM2-NA07.***

Por otro lado se describe que el consumo de medicamentos no se hace como corresponde, o que se hace en forma intercalada, ya que existen sensaciones que van desde un simple olvido hasta malestares, repulsión, aburrimiento, e incluso temor ante la toma de una serie de medicamentos. Más aún ante la consulta de cómo es resuelto el olvido de una dosis de sus fármacos, la mayoría refiere que ésta se deja pasar y sigue con la correspondiente, aunque hubo un caso en que se declaró que el consumo era de las dos dosis juntas, asimismo se manifestó que la forma en que se recuerda tomar sus medicamentos es ante alguna reacción extraña de su cuerpo:

***“No, es que me aburre tomar tanto remedio, si antes tomaba, 13 pastillas en la mañana y 13 en la noche, entonces ya me canso me agote”DM2-NA05.***

En cuanto al cumplimiento, sobre todo en las personas entrevistadas bajo buen control metabólico, se muestra una leve necesidad de ser estricto con los horarios, ya que incluso sienten culpabilidad si en alguna ocasión han olvidado alguna dosis. También se manifiesta el sentir malestar cuando no toman su fármaco, lo cual le induce a estar siempre pendiente de ellos. A su vez, se observó el uso de pastilleros, como método de autoayuda.

### **5.2.2 Automedicación**

La mayoría de los pacientes entrevistado relata o reconoce ingerir medicamentos como antigripales, paracetamol, antiácidos, etc. cuando se encuentran bajo la influencia de estados gripales o alguna molestias estomacales. Sin embargo, se advierte desenfado y desconocimiento de las consecuencias, en los participantes que refieren ingerir hierbas medicinales, las cuales fueron recomendadas por otras personas, también se menciona que se consume hasta tres tabletas de Clonazepam “para poder dormir”, más de uno expresó tomar su hipoglicemiante de manera extra en ocasiones tales como sensación de pesadez del estomago, porque comieron en exceso o algo que no deben, incluso refieren tomarlo en los momentos en que se sienten mal.

***“Si, no ante todo cuando me siento mal la pastilla, porque ee yo tengo seguro de que es lo único que me puede ayudar a yo estar bien”DM2-NA02.***

### 5.2.3 Conocimiento de la enfermedad

La mayor parte de las personas entrevistadas muestran escasas de información acerca de qué es la enfermedad, su progresión, cómo se produce y los síntomas o signos que ella manifiesta, ya que la mayoría, ante la consulta, describe la enfermedad como una alza de azúcar en la sangre, que puede producirse por exceso de ingesta de azúcar, masas, mala alimentación o simplemente por un factor hereditario. También reconocen algunos síntomas como sed excesiva, bajas bruscas de peso y signos de progresión como ceguera y afección a los riñones, asimismo en algunos casos se declaraba que hay ausencia de síntomas.

Sin embargo, más de un paciente bajo un buen control metabólico, demostró tener mayor conocimiento de la enfermedad, tanto en como ésta se declara como algunas formas de progresión de la misma:

**“mi páncreas esta malo y ...segrega ... mala insulina o sea, insulina pero esta es de mala calidad, entonces por eso es que yo... que a mí me sube la glicemia y es alta”DM2-NA02.**

### 5.2.4 Motivación- desmotivación

De las entrevistas, se puede visualizar el valor que puede tener para poder confrontar la enfermedad el grado de motivación o desmotivación que tenga el paciente, con su terapia farmacológica y no farmacológica.

#### **5.2.4.1 Motivación**

Se exhibe motivación, respecto a su terapia farmacológica, cuando los participantes manifiestan impresiones tales como: tranquilidad y sensación de que los medicamentos les ayudan a sentirse mejor, noción de ausencia de malestares que advirtieron antes a su terapia, alivio síntomas, efectividad farmacológica, incluso cuando no son consumidos, se refiere sensación de malestar.

***“claro, no al contrario los medicamentos uuf me hacen súper bien, por eso me hacen vivir tranquila sino estaría.... estaría moribunda yo creo”DM2-NA02.***

***“Bueno ya se han pasado los calambres que tenia .....pero eso ya.. yo creo que con las pastillas se arreglaron porque antes me daba”.DM2-NA07.***

Del mismo modo, se puede percibir motivación ante expresiones de cómo la información de su enfermedad y exámenes de laboratorio les permiten entender que deben cuidarse, asimismo se hace notar que es importante saber la función de cada medicamento en el organismo, ya que ello transmite sensación de seguridad, del mismo modo se expresa necesidad de estar al tanto del progreso de su tratamiento.

***“Examen de sangre quizá que van saliendo ahí....si va en aumento o voy disminuyendo”  
DM2-NA06.***

De modo semejante, puede ser influyente en la motivación el temor y rechazo a la posibilidad de ser tratado con insulina, ya que ello es percibido como el agravamiento de la enfermedad. También existe una valoración positiva y que puede inferir en su motivación, el apoyo percibido tanto de la atención de los profesionales de salud, como de su familia.

Por otro lado se aprecia, por parte de algunos participantes, que los padecimientos más graves que le ocurren a otras personas, a ellos les resulta como incentivo, ya que esto les permite darse cuenta que su enfermedad quizá es menos grave y es algo con lo cual pueden aprender a vivir. Asimismo se aprecia como estímulo el hecho de aceptar la enfermedad y aprender a vivir con ella.

**“la idea es poder llevar la enfermedad gratamente y de que no sea un fantasma en tu vida.....que sea una cosa pequeña.....aprender a vivir con ella”DM2-NA02.**

**“como uno participa en la iglesia la gente le cuenta sus tristezas sus agonías tanta cosas... lo de uno no es nada en comparación a lo que.....”DM2-NA07.**

#### **5.2.4.2 Desmotivación**

De igual modo como se aprecia motivación, existen vestigios de desmotivación a la terapia dado por percepción de frustración, “bajoneo” y rechazo a las prohibiciones, limitaciones y renunciaciones tanto de alimentos como incluso de actividades que se ejercían anteriormente con facilidad. Se expresan sensaciones de miedo, aburrimiento, repugnancia y negación en la ingestión de medicamentos, asimismo se distingue culpabilidad y desmotivación ante el incumplimiento y aceptación de la enfermedad.

***“siento que yo...ósea no sé, yo siento, que no me hace efecto, que no me hace nada”DM2-NA06.***

Al mismo tiempo, se distingue falta de apoyo y empatía con los profesionales de salud y por parte de su familia.

Esto se puede ejemplificar con el caso de DM2-NA05, ya que ella describe no tener estabilidad en el hogar porque vive de allegada, que ha ido de casa en casa y cuando se aburren de ella le dicen que tiene que irse. Esta paciente relata que aún se encuentra en edad para trabajar, pero que esto no lo consigue debido a que no rinde en los trabajos, por ende terminan despidiéndola. Ella asocia este suceso a las enfermedades que padece, porque no le permiten tener la agilidad que tenía antes, incluso denota sentirse como una persona de mucha edad.

Por otro lado, ella describe que ha tratado de conseguir ayuda de parte de sus hijos y que ellos le reprochan que aún sea joven, que puede trabajar, más aún menciona que su hija le dijo que ella trabaja para sus propias hijas y no para su mamá. A su vez describe que anteriormente vivió con otra de sus hijas, donde fue desalojada porque le dijo que se levantaba muy temprano a molestar, a lo cual ella manifiesta que padece crisis de pánico y que tiene problemas para dormir, por lo que consume Clonazepam, el cual también es recriminado por sus hijos y la incitan a que deje el tratamiento.

Por otro lado esta paciente relata que la doctora que la atiende no le presta atención ya que ella le ha manifestado que siente ciertas molestias, como dificultad para hablar, pérdida de memoria, golpes o caídas sufridas tras la ingesta de la benzodiacepina y denota que la doctora no la “pesca”.

Por consiguiente, se puede distinguir un decaimiento del estado emocional, como es en este y el caso que se menciono anteriormente de la paciente DM2-NA07, llegando a estados de depresión, lo cual puede influir notoriamente en la motivación para la adherencia al tratamiento. A su vez se aprecia frustración, “bajoneo”, tristeza, miedo, aumento de sensibilidad, angustia, invalidez, etc. todo ello relacionado principalmente a problemas o carencias económicas, cambios en su estilo de vida, falta de comprensión y apoyo para con la enfermedad.

### **5.2.5 Conciencia frente a la enfermedad**

La mayoría de las personas entrevistadas bajo buen control metabólico, reflejan llevar una vida donde ante todo ponen su enfermedad como punto de partida, ya sea porque obtuvieron buena información, la buscaron o profundizaron, conocieron la enfermedad porque algún pariente la padeció y falleció debido a la falta de cuidado o porque cerca en su entorno han visto personas que han llegado a la insulino-dependencia, lo cual es algo que los aflige y que a toda costa quieren evitar. También reportan sentir que el padecimiento y cuidado de la enfermedad depende de ellos mismos y no de la demás personas.

***” A, primero que todo hacerse conciencia, lo que ha sido importantísimo”DM2-NA04***

Sin embargo pacientes entrevistados que no se encontraban bajo un buen control metabólico, reflejaron desánimo o frustración, incluso desenfado ante el padecimiento de la enfermedad.

***“porque no se cual es la razón que no asumo que estoy enferma, me cuesta, me cuesta mucho aceptar...”DM2-NA07.***

### **5.2.6 Autocuidado**

Se puede apreciar que los pacientes realizan distintas acciones para controlar los factores que pueden comprometer su salud, tales como rigurosidad en los horarios de ingesta de sus medicamentos, control de la dieta, uso de pastilleros, cambio de estilo de vida, cuidados de sus extremidades inferiores, convenir una buena comunicación con los profesionales de salud, basada en la confianza, profundizando la información acerca de su enfermedad y manteniendo al día sus controles de salud.

### **5.2.7 Autocontrol**

Del mismo modo se relata que es posible sobrellevar la enfermedad, que ello depende del control mental o fuerza de voluntad que se tenga, a su vez reportan que han sabido reconocer, a través de la experiencia, variaciones que se producen en su cuerpo, si alteran su dieta, ejercicio o no cumplen con sus medicamentos y que ello les ha permitido conocer hasta dónde se puede llegar.

### **5.2.8 Necesidad del apoyo y comprensión del entorno**

De algunas entrevistas se infiere la importancia que puede tener la ayuda y la condescendencia del entorno familiar para seguir el tratamiento farmacológico, según manifiestan los pacientes, los familiares o personas con quienes se relacionan ofrecen en ocasiones un refuerzo al logro de la terapia, tanto farmacológica, como no farmacológica, ya que ellos generalmente contribuyen a recordar la toma de algún medicamento o bien hasta que limite llegar en relación con su régimen de alimentación.

Por el contrario, las personas entrevistadas que no perciben apoyo y comprensión de su entorno reflejan desmotivación, frustración, tristeza, incluso abandono:

***“Mi señora ..lo que si a veces se pone muy buena para hacer pasteles, queques y que se yo queque inglés”, “no mi señora, por ella que uno comiera... comiera” DM2-NA01.***

### 5.3 Aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento

#### 5.3.1 Percepción de la enfermedad

La valoración que las personas hacen de su enfermedad está en función de diversos aspectos: por un lado se percibe que tras el diagnóstico, los pacientes refieren que hubo cambios en su vida, la mayoría describe sentir desazón e incapacidad, por las limitaciones y renunciaciones que la diabetes acarrea, otros relatan sentir tristeza, “bajoneo”, incertidumbre, estrés y culpabilidad asociados a las dificultades o resistencia para cambiar.

***“Porque no se cual es la razón que no asumo que estoy enferma, me cuesta, me cuesta mucho aceptar .. e....ese problema que tengo, me cuesta, me da tristeza...” DM2-NA07.***

***“Me siento mal pue, súper mal, porque no tengo la misa agilidad de antes, ahora todo lo tengo que hacer pausado”DM2-NA05.***

Sin embargo, se debe prestar especial atención a la percepción que tiene algunos participantes ante la ausencia de síntomas y signos, ya que tras la consulta de cambios percibidos en su vida luego del diagnóstico de la enfermedad, algunos pacientes reflejaron no sentir mayores cambios, denotan sentirse de igual forma, no presentar mayor trastorno, ni sentir nada diferente, incluso describen sentirse totalmente normal o tener la enfermedad en segundo plano:

***“Porque nunca me he sentido incómoda oye”, “Yo me siento bien, no tengo mayor trastorno” DM2-NA03.***

***“Yo me siento totalmente normal” DM2-NA06.***

Asimismo hubo algunos participantes que relacionaron la enfermedad como algo propio de la edad, es decir como parte del deterioro del organismo debido a paso del tiempo.

### **5.3.2 Interés por su estado de salud**

Por otro lado se observa interés por el estado de salud, generalmente en los pacientes compensados, ya que se denota cierto grado de preocupación en aspectos como: evolución de la enfermedad, efectividad de los medicamentos, exámenes de laboratorio, prevención de infecciones, cuidado de sus extremidades inferiores, incluso se manifestó sentir preocupación por contraindicaciones que pudieran producirse ante la polifarmacia.

***“Por ejemplo el.. Atenolol, podrían rebajarme a la mitad p sí o no?.....no, no digo si pa que no se produzcan contraindicaciones”DM2-NA06.***

### **5.3.3 Tratamiento farmacológico**

Ante el tratamiento farmacológico los pacientes más informados reflejan conocer el fin del medicamento, que toman, incluso la cantidad, pero de la mayoría se percibe falta de conocimiento en los nombres, función e incertidumbre cuando no se entrega la forma genérica del fármaco. Al igual como se mencionó anteriormente, se distingue culpabilidad y desmotivación ante el incumplimiento y aceptación de la enfermedad, también fue posible percibir sensaciones de miedo, aburrimiento, repugnancia y negación con el régimen farmacoterapéutico.

Por otro lado algunos pacientes relataron molestias o malestares que sintieron con sus medicamentos, así como también desagrado ante la sensación de que éstos no les produjeron ningún efecto.

***“Si, entonces me dieron como se llama esto... yo tengo re mala memoria una pastilla grande que se toma para...”DM2-08.***

#### **5.3.4 Tratamiento no farmacológico**

Ante el tratamiento no farmacológico, particularmente la dieta, la mayor parte de los pacientes entrevistados denotan seguir lo que se les indicó o aconsejo en la consulta médica o de su nutricionista. Sin embargo se percibe desanimo o descontento cuando se les prohíben demasiados alimentos que son de su preferencia, denotando que les ha “costado mucho acostumbrarse” e incluso confiesan que de vez en cuando los consumen, pero de forma disminuida, asimismo se declara no cumplir con la dieta en ocasiones de festejo como cumpleaños, navidad, fiestas patrias, etc. De igual forma se percibe cierto grado de frustración cuando no se les entrega alternativas para consumir en el régimen alimenticio y no es posible adquirirlos, en términos económicos.

Del mismo modo, se percibe poca preocupación por la actividad física, denotando que la actividad física la ejercen como parte de su trabajo, que no se tiene tiempo, que los horarios de las actividades planteadas por el Cesfam no coinciden con los de ellos, o no se posee dinero para costear un gimnasio.

***“Mi dieta está bien, en el sentido que, como lo que me dijo el Doctor.... claro de repente uno se pasa, de repente cumpleaños, año nuevo, pascua. “A veces uno se descuadra, y ya de a poquito...”DM2-NA04.***

Tabla 4: Dificultades encontradas

<b>Pacientes</b>	
<b>Compensados</b>	<b>Descompensados</b>
<b>Aspectos relacionados con el sistema de salud</b>	
<b>Información</b>	
Entrega de información adecuada y oportuna	Entrega de información Insuficiente
	Existe carencia de entendimiento
	Interés por obtener mayor información
	Forma en que se entrega la información
<b>Relación paciente-profesional de salud</b>	
Se percibe apoyo comprensión y empatía	Poco apoyo comprensión y empatía
Confianza con el profesional del equipo de salud	Desconfianza con el profesional del equipo de salud
<b>Dificultad para conseguir hora de atención</b>	
	Número insuficiente de profesionales
	Excesiva rotación de profesionales
	Trámites excesivos y burocracia
<b>Aspectos relacionados con el paciente y su entorno</b>	
<b>Comprensión y ayuda</b>	
Existencia de comprensión y ayuda	Falta de comprensión y ayuda
Refuerzo terapia	Falta de refuerzo de la terapia

Compensados	Descompensados
<b>Motivación y desmotivación</b>	
<p>Se percibe motivación ante tranquilidad y sensación de que los medicamentos les ayudan a sentirse mejor, alivio síntomas, efectividad farmacológica, incluso cuando no son consumidos, se refiere sensación de malestar.</p> <p>Se exhibe motivación ante apoyo familiar y APS: comprensión, ayuda y refuerzo</p> <p>También se percibe motivación ante suficiente información, temor a la progresión, percepción de que hay otros con padecimientos peores</p>	<p>Se percibe desmotivación ante sensaciones de incertidumbre, miedo, aburrimiento y repugnancia que los pacientes tiene de sus medicamentos</p> <p>También se denota desmotivación ante la falta de apoyo familiar y de los profesionales de salud</p> <p>Asimismo se puede percibir desmotivación cuando hay renuncia y limitaciones en su régimen alimenticio, cambio de estilo de vida y problemas económicos</p>
<b>Conocimiento de la enfermedad y tratamiento</b>	
Se observa mayor conocimiento	Se observa falta de conocimiento acerca de qué es la enfermedad, su progresión, cómo se produce y los síntomas o signos
<b>Autocuidado</b>	
Los pacientes realizan distintas acciones para acciones para controlar los factores que pueden comprometer su salud.	
<b>Autocontrol</b>	
Los pacientes relatan que es posible sobrellevar la enfermedad que ello depende del control mental y fuerza de voluntad.	
<b>Conciencia con la enfermedad</b>	
Reflejan llevar una vida donde ante todo ponen su enfermedad como punto de partida	
<b>Percepción de la enfermedad</b>	
<p>Los pacientes refieren que hubo cambios en su vida, la mayoría describe sentir desagrado e incapacidad, por las limitaciones y renuncias que la diabetes acarrea, otros relatan sentir tristeza, “bajoneo”, incertidumbre, estrés y culpabilidad asociados a las dificultades o resistencia para cambiar.</p> <p>Algunos pacientes reflejaron que después del diagnóstico de la enfermedad no sintieron ningún cambio, ni sintomatología</p>	

Compensados	Descompensados
<b>Interés por su estado de salud</b>	
se denota cierto grado de preocupación en aspectos como: evolución de la enfermedad, efectividad de los medicamentos, exámenes de laboratorio, prevención de infecciones, cuidado de sus extremidades inferiores, etc.	
<b>Tratamiento Farmacológico</b>	
Se percibe cierta necesidad de cumplir, confianza y seguridad ante la efectividad farmacológica y uso de pastillero.	Se observa poco conocimiento con respecto a la función de los medicamentos además de preocupación por ineffectividad farmacológica y temor por reacciones adversas
<b>Tratamiento no farmacológico</b>	
	Se distingue desconcierto ante las limitaciones, renuncias, falta de alternativas y carencias económicas.
	Se distingue falta de preocupación por actividad física debido a se tiene la creencia de que se realiza por la actividad que conlleva su trabajo, también se distingue que no se tiene tiempo, que los horarios de las actividades planteadas por el Cesfam no coinciden con los de ellos, o no se posee dinero para costear un gimnasio.

Como respuesta al planteamiento del problema, la tabla 4, nos muestra de manera resumida, el conjunto de dificultades identificadas de los pacientes del Cesfam de Nueva Aurora, que puede entorpecer su terapia o tratamiento.

De dichas contrariedades, se puede distinguir desmotivación, causada por cambio de estilo de vida, renunciaciones y limitaciones, falta de apoyo y comprensión, sensación de miedo, aburrimiento repugnancia, e incertidumbre, así como también apreciación de reacciones adversas e ineffectividad farmacológica, asimismo se describe desmotivación, en las ocasiones en que la terapia no se ajusta a su estilo de vida, hay dificultades económicas en el hogar y falta de alternativas en el tratamiento de régimen alimenticio.

Del mismo modo, se percibe de los participantes necesidad de mayor información en aspectos relacionados con el conocimiento de la enfermedad, medicamentos, exámenes de laboratorio, consecuencias, cuidados y alternativas en cuanto a la terapia alimenticia. También se distingue necesidad de apoyo por parte del personal de salud en cuanto a mayor comprensión, empatía, forma en que se entrega la información y establecimiento de un clima de confianza.

Por último se refleja la importancia de contar con mayor acceso a la atención médica, a modo de evitar burocracia, trámites y la falta y excesiva rotación de profesionales.

Al mismo tiempo, fue posible indagar percepciones que contribuyen al cumplimiento de la terapia, de aquellos pacientes que se encontraban bajo buen control metabólico. Estos aspectos dicen relación con la motivación cuando los participantes perciben: apoyo, comprensión, sensación de tranquilidad, seguridad, alivio de sintomatología y efectividad farmacológica, necesidad de cumplir, temor a la progresión y percepción de que otros sufren peores padecimientos.

Asimismo se distingue refuerzo, ayuda y comprensión por parte de su entorno familiar, así como también comprensión, empatía y clima de confianza por parte de los profesionales de salud.

Por otro lado se observa que la información entregada fue oportuna, precisa y comprendida por el paciente.

## 6 Discusiones y Conclusiones

### 6.1 Metodología de investigación

En el presente estudio se escogió una metodología de investigación cualitativa, debido que en la literatura estudiada, la mayoría de las investigaciones, se enfocan en evaluar cuantos pacientes son incumplidores y los costos que esto acarrea a la entidad de salud, pero no explican el por qué los pacientes tienden a tener esta actitud, siendo quizá insuficiente para entender y ayudar a transformar los comportamientos humanos<sup>11</sup>.

El uso de una investigación con un enfoque cualitativo, nos permite acercarnos al conocimiento de las creencias, costumbres y la imagen particular que tienen las personas sobre la salud, lo cual no siempre coincide con los lineamientos de los profesionales de la salud.

Esto se condice con lo planteado por algunos investigadores (M.<sup>a</sup> ángeles Gil Nebot y col., en España y J de Mayer y col. en Bélgica)<sup>42,43</sup> donde investigar solo los hechos (acciones humanas y acontecimientos físicos, los cuales para ser comprendidos se cuantifican, registran y correlacionan), no son suficientes para llegar a entender los comportamientos humanos, siendo los discursos de los individuos y grupos (que para ser comprendidos, se analizan e interpretan), los que adquieren una importancia relevante, esto quiere decir que entender el punto de vista del paciente y su experiencia con la enfermedad nos puede ayudar a plantear estrategias para encauzar al paciente a su compensación.

Una de las ventajas que presenta este tipo de metodología, es que con una pequeña cantidad de muestras es posible generar una gran cantidad de datos y a través de ellos podemos descubrir, construir e interpretar algún fenómeno en profundidad. A pesar de ello, no es posible generalizar los resultados a toda la población, controlar los fenómenos, ni cuantificarlos, pero nos permite obtener resultados que nos pueden llevar a generar hipótesis, las cuales pueden ser corroboradas, posteriormente por medio de estudios cuantitativos.

Como medio de recolección de datos, existen diferentes técnicas entre ellas, Grupos Focales, entrevista abiertas, semiestructurada, etc. La primera es utilizada para los casos en que la obtención de los datos puede ser difícil a través de entrevistas individuales, o se quiere observar la interacción y reacción entre los participantes frente a un determinado tema. La segunda es utilizada cuando el investigador no conoce ningún aspecto del área de interés, obteniéndose respuestas profundas de los participantes, sin embargo al no ser restrictivo, es él quien adquiere el control de las entrevistas, lo cual podría provocar perder el foco de la indagación<sup>44</sup>.

En este estudio se utilizó, la entrevista semiestructurada, debido a que esta es utilizada cuando existe algún conocimiento del área de interés, pero no se logran responder la o las preguntas de investigación<sup>44</sup>. En nuestro caso fue posible conocer, por medio de la revisión bibliográfica, diferentes aspectos que pueden influir en el incumplimiento de los pacientes, los cuales no fueron suficientes para responder a nuestra pregunta formulada. Además a través de la elaboración de preguntas abiertas, fue posible conocer las respuestas de los participantes en forma libre y no restrictiva, permitiendo tener el control de la entrevista.

En el presente trabajo, el uso de un enfoque cualitativo, ha resultado útil para acercarnos al discurso y a la perspectiva que tienen las personas con Diabetes Mellitus 2, con respecto a su enfermedad y tratamiento. La utilización de esta metodología, permitió conocer dimensiones más complejas de las que aportan los registros clínicos habituales, siendo posible indagar en aquellos temas que no pueden ser estudiados a través de los números y que buscan responder el por qué ciertas cifras existen y no han cambiado, o cuáles son las condiciones humanas que determinan ciertos números.

## **6.2 Factores que afectan la adherencia del paciente**

A través del presente estudio pudimos comprobar la existencia de factores que pueden influir en la adherencia o cumplimiento del tratamiento los cuales hemos clasificados de la siguiente manera:

- Factores derivados de sistema de salud
- Factores derivados del paciente y entorno familiar y social
- Factores derivados de la enfermedad y del régimen terapéutico

Lo cual mantiene concordancia con la clasificación hecha por M, Basterra en Pharmaceutical Care España, 1999.

## **6.3 Factores que dependen del sistema de salud.**

### **6.3.1 Información**

Uno de los aspectos que cobra real importancia, es que la información otorgada por el equipo de salud sea adecuada, suficiente, oportuna, y que además exista una evaluación de su comprensión, ello debido a que se evidenció, que la información concedida usualmente es poco clara, insuficiente e incomprensible, puesto que ante preguntas formuladas para detectar el conocimiento que se tenía de la enfermedad, tratamiento, medicamentos, etc. casi ningún paciente fue capaz de mostrar suficiente conocimiento de acerca de esto, de igual modo se pudo constatar falta comprensión de los consejos otorgados por parte del equipo de salud.

A pesar de ello, también fue posible visualizar en personas compensadas, que al tener estas cualidades lograban un mejor entendimiento de por qué y cómo deben cuidarse, lo cual las puede llevar a un buen manejo de su enfermedad o mayor autocontrol. Esto también es perceptible en el interés que reflejan la mayoría de los pacientes entrevistados de recibir mayor información.

Por otro lado, el conocimiento de los exámenes de laboratorio podría ser útil como medida de autocontrol y cuidado, así como también para que el paciente sienta y entienda que debe ser parte del cuidado y control de su enfermedad, ya que se observó cierta inclinación de estar al corriente de qué es lo que miden, qué significan los resultados y si estos se encuentran dentro del rango normal.

Esto igualmente se ve reflejado en algunos estudios (L, Welschen y col. en Ámsterdam, P, Shekelle y col. en USA, L. Sáez de Ibarra y col. en España)<sup>45, 46, 47</sup>, donde se describió que el control glicémico fue usado como herramienta de apoyo para el aprendizaje, puesto que permitió a las personas comprender, asumir y sobre todo experimentar la relación directa entre sus hábitos de vida y sus medidas de glicemias.

De esta manera, desarrollan habilidades y estrategias que les permiten el autocontrol del tratamiento, tanto en alimentación como en la realización de ejercicio físico, o en los cambios en la medicación oral, todo ello complementado con educación, apoyo y seguimiento por parte del equipo de salud.

Los datos conseguidos a través de esta investigación, ponen en manifiesto, la necesidad de mayor información en aspectos relacionados con el conocimiento de la enfermedad, consecuencias, cuidados y alternativas en cuanto al régimen alimenticio, etc. así como también conocimiento en cuanto a la función, reacciones adversas, que hacer frente al olvido de una dosis, etc. de medicamentos y exámenes de laboratorio. Por lo tanto se crea la necesidad de entregar las herramientas para motivar el deseo y posibilidad de que el paciente participe en la toma de decisiones, con el fin de otorgar protagonismo a ellos y sus familias en el cuidado de la salud.

La información que se entregue al paciente, debiera contener las herramientas que le permitan a éste conocer su enfermedad, las consecuencias de no tratarla adecuadamente, la función de los medicamentos, régimen alimentario, etc. Para ello el profesional sanitario debe tener la habilidad de entregar esta información en un lenguaje comprensible por el paciente y comprobar su entendimiento.

### **6.3.2 Relación profesional de la salud-paciente**

De igual modo, parece tener una repercusión en el afrontamiento de la enfermedad, la forma en que la información es entregada, ya que algunos pacientes compensados denotaron que fueron atemorizados por el profesional de salud cuando se realizó el diagnóstico. Si bien en algunos pacientes se observa un resultado positivo, quizá en otros podría resultar contraproducente y activar mecanismos de negación que dificulten la aceptación y afrontamiento del problema.

En este estudio, si bien los pacientes manifestaron recibir un trato cordial en la atención por parte del equipo de salud, se puede constatar que ello no es suficiente, ya que existe la convicción de que cuando se percibe que pueden discutir o contar sus vivencias, dificultades y preocupaciones abiertamente y sin ser juzgados, es posible establecer un buen nivel de confianza y con ello es más probable que se involucren y asuman mayor responsabilidad en el cuidado de su salud.

Algunos resultados de este estudio y en otra literatura realizada en España en 1999 y 2001 por M, Basterra y MJ. Escudero-Carretero, mostraron que un estilo frío, represivo y carente de empatía tiene consecuencias negativas para la evolución de los pacientes, ya que ante la falta de cumplimiento, el médico culpa al paciente y éste se siente poco capaz, desmotivado, culpable y hasta angustiado.

Por otro lado es importante, tomar en cuenta, que los pacientes tomarán sus propias decisiones en lo relativo a su salud, basados en la información que han recibido en la consulta, pero también considerando la información que recogen de sus propios conocimientos, costumbres, su entorno y de las actividades que desarrollen en su vida cotidiana, formándose su propia idea del cuidado de la enfermedad y decisión de cumplir o no con el tratamiento. Lo cual se condice con lo planteado en España por E, Márquez en estrategias para mejorar el cumplimiento, 2001.

Por lo tanto, en la interacción profesional de la salud-paciente cobra real importancia la existencia de una comunicación eficaz, donde el profesional tratante busque la satisfacción del paciente, en términos de influir de manera tal, que el paciente sienta que el tratamiento se condice con sus creencias, entorno y desarrollo de su vida cotidiana.

### **6.3.3 Controles con los profesionales de salud**

Existen varios aspectos derivados del sistema de salud que puede afectar el cumplimiento, entre ellos se describe, por parte de los participantes, falta y la considerable rotación de profesionales médicos, excesiva burocracia y tramitación. Cabe destacar que en la literatura es posible encontrar este patrón, donde se denota: tiempo largos de espera en las consultas, burocracia asistencial, rotación de médicos en la atención, largas distancias, y dificultad de acceso a los centros (M, Basterra, España). Estos factores son reflejados como fastidiosos por los pacientes, lo cual puede contribuir a la desmotivación y por ende al incumplimiento del tratamiento. Por otro lado existe evidencia de que al facilitar estas dificultades, incluso con visitas domiciliarias o apoyo telefónico, es posible obtener una influencia positiva en la adherencia o cumplimiento<sup>10,49</sup>. Por lo tanto, se hace necesario evadir burocracia, trámites y la falta y excesiva rotación de profesionales, a modo de evitar que las personas abandonen sus tratamientos por cansancio del modelo de salud que no ofrece horas ni continuidad de tratamientos.

#### **6.4 Factores relacionados con el paciente y su entorno familiar**

De acuerdo a los datos obtenidos, se pudo percibir que la mayoría de los pacientes entrevistados, tanto compensados como no compensados, de alguna u otra forma faltaron al cumplimiento de la terapia. Esta falta de apego, pudo deberse a distintos aspectos tales como: poco grado de conocimiento de la enfermedad y terapia, desconocimiento de las consecuencias, escasa motivación para afrontar su enfermedad (ya que ésta se aprecia en general como un cambio de estilo de vida, restricciones, culpabilidad y frustración) y actitud despreocupada (debido a que el tratamiento y enfermedad son percibidas como poco grave). Además se pudo distinguir desconfianza en la eficacia terapéutica, así como también sensación de miedo, aburrimiento, repugnancia y negación con la terapia farmacológica, de igual modo se percibió inestabilidad emocional y en algunos casos depresión.

Esto último puede estar limitando la motivación del paciente a adherirse a la terapia, ya que se ha visto en un estudio realizado el 2007 en España, por G, Peralta. Donde se relaciona la depresión con la diabetes, que la experiencia de los pacientes demuestra que la DM se desestabiliza, cuando por ejemplo se está preocupado por un examen, por una oposición, o cuando se está bajo una gran emoción negativa, como un divorcio, la muerte de un familiar cercano, etc. Ellos plantean que es necesario evaluar y diferenciar el nivel de ansiedad, o estado de depresión que no permita la correcta colaboración con el cumplimiento terapéutico, así como también verificar que esta no forma parte de una característica personal del individuo.

Por otro lado, fue posible constatar motivación por parte de los participantes en aspectos tanto como de percepción de efectividad farmacológica, información de su enfermedad y exámenes de laboratorio, apoyo del profesional salud y familiar , temor y rechazo a complicaciones o que su tratamiento escale al tratamiento con insulina, así como también ante la expresión de que los padecimientos más graves, que le ocurren a otras personas les permite darse cuenta que su enfermedad quizá es algo con lo cual pueden aprender a vivir.

De lo anterior se desprende, que los factores psicosociales pueden influir considerablemente, en las decisiones que adopte el paciente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la percepción mental de la enfermedad y el apoyo social.

Por lo tanto la adherencia como conducta va a estar muy relacionada con los valores generales y motivación para la salud. Así como también va a estar modulada por la vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento.

Según un estudio que realizado en Londres por D, Kelleher en 1988 encontró que aquellos que se hallaban en control de su diabetes, fueron los que aplicaron las prescripciones y consejos médicos sin restringir sus vidas en el proceso. Asimismo, en Canadá, se encontró que aquellos que mantenían un buen control metabólico poseían actitud deliberante, ya que estos tomaban en cuenta sus necesidades y preferencias con su régimen alimenticio<sup>35</sup>. Por todo lo dicho, nuevamente se reconoce que uno de los puntales en los que se debe trabajar con el paciente, es reconocer que las decisiones relativas al manejo de la enfermedad y el autocuidado deben ser congruentes con la manera de pensar, las características personales y condiciones de vida de las personas con diabetes. Esto implica la necesidad de plantear metas concretas, factibles y negociadas con los pacientes.

#### **6.4.1 Automedicación**

En el presente estudio fue posible constatar, que existe autoprescripción por parte de los pacientes, ya que la mayoría reconoció ingerir medicamentos cuando se encuentran bajo la influencia de estados gripales o algunas molestias estomacales, dolores musculares, insomnio, etc. Asimismo se pudo advertir desconocimiento y desenfado de las consecuencias, en los participantes que refieren ingerir hierbas medicinales.

Por otro lado, se observó que varios de los pacientes, expresaron consumir su hipoglicemiante de manera “extra” es decir, en ocasiones tales como sensación de pesadez del estómago, porque comieron en exceso o algo que no deben, incluso refieren tomarlo en los momentos en que sienten denostado su estado de salud. Esto último, se ha descrito como un tipo especial de incumplimiento, el llamado uso errático de la medicación, donde el paciente sobre o infrautiliza el fármaco a distintas horas, dependiendo de la presencia o ausencia de de síntomas con dosificaciones arbitrarias e inexactas<sup>10</sup>.

Los medicamentos juegan un rol importante en el mantenimiento de la salud, en la medida en que sean eficientes, accesibles y que se usen adecuadamente, sin embargo la automedicación responsable, la cual ha sido definida internacionalmente como el uso de los medicamentos, específicamente autorizados para su venta sin receta médica, para la prevención, alivio o tratamiento de síntomas y problemas comunes de salud, es decir aquellos padecimientos que pueden ser reconocidos y tratados por quienes los sufren, sin necesidad de recurrir, en primera instancia a un médico, se contrapone a la autoprescripción, que corresponde al uso indiscriminado de medicamentos que, requiriendo de receta médica, se consumen sin indicación ni supervisión de un profesional<sup>16</sup>.

Como existe evidencia de algunos estudios hechos en Chile<sup>14,18,20</sup> de que la población utiliza la autoprescripción se hace necesario que los profesionales sanitarios que están en mayor medida en contacto con los pacientes, farmacéuticos y médicos, ejerzan la responsabilidad de informar de los problemas de esta práctica, así como de aconsejar sobre la mejor manera de uso de la automedicación responsable. Según el material, Uso racional de medicamentos: una tarea de todos, dictado por el Minsal, se busca que el personal de salud comience a introducir conductas y hábitos apropiados para el consumo responsable de medicamentos, lo que permitirá expandir los resultados de la acción de salud y evitar situaciones de perjuicio para la comunidad.

#### **6.4.2 Autocontrol, autocuidado y conciencia de la enfermedad**

Parece ser que el autocontrol, autocuidado y conciencia de la enfermedad asociados a distintos tipos de motivación son las claves para conseguir un buen manejo metabólico, ya que son características o patrones comunes que se distinguieron entre los pacientes entrevistados y sobre todo aquellos que se encontraban controlados.

Esto tiene concordancia con lo planteado por Bolaños en España, donde en su estudio sobre la perspectiva de los pacientes sobre la DM2 y la relación con los profesionales de la salud de atención primaria, pudo visualizar que cuando el paciente asume la responsabilidad en el cambio y en la toma de decisiones de su enfermedad aparece el concepto de empoderamiento de la enfermedad, que aplicado a la salud, implica establecer estrategias de relación y comunicación orientadas a la participación del paciente y a reducir la asimetría derivada de las distintas posiciones en las que se encuentran los interlocutores, facilitando el dialogo, aumentando la posibilidad de ayuda y la admisión de responsabilidad por parte del paciente en el autocuidado.

Esto nos lleva a pensar que al entregarle al paciente las herramientas suficientes, para que entienda lo que le sucede y las consecuencias de no cuidar su enfermedad, ligado a un tratamiento en que se tome en cuenta su estilo de vida y opinión al respecto, éste puede llegar a darse cuenta que el principal actor es él, y que con la ayuda del profesional de salud puede llegar a un buen control de su enfermedad.

#### **6.4.3 Apoyo familiar**

Otro factor que se torna importante a la hora de seguir con la terapia, es el apoyo familiar con que cuenta el paciente, ya que se observó una influencia positiva en los pacientes que fueron reforzados por sus familiares, puesto que ellos generalmente contribuyeron a recordar la toma de algún medicamento o bien limitar al paciente en su dieta. Según un estudio realizado en México por F, Marín y col. en el 2001 donde investigaron la diferencia de apoyo familiar entre pacientes que mantenían o no apego a su terapia, encontraron que existe una diferencia significativa entre ellos, siendo los pacientes apoyados por sus familiares los más adherentes a su terapia. Por lo tanto podría ser de utilidad indagar características de la familia, tales como tamaño, integración, tipo, situación económica, nivel educacional, etc. Es decir características que influyen en el ámbito familiar, para luego dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento de este entorno.

## **6.5 Aspectos relacionados con la enfermedad y régimen terapéutico**

### **6.5.1 Percepción de la enfermedad**

En el presente estudio, hubo varios pacientes que relataron percibir cambios en su vida luego del diagnóstico, otros expresaron no sentir alteración, sentirse normal, tener la enfermedad en segundo plano, o que la enfermedad aparece como parte normal del deterioro debido a los años, lo cual nos lleva a pensar que la relación enfermedad-cumplimiento es compleja para una misma patología, donde la bibliografía describe diversos motivos de desapego terapéutico. Esto puede estar ligado a la dificultad de convencer al paciente de la utilidad de la terapia, si éste no tiene síntomas antes de iniciar el tratamiento, lo cual, en la literatura se ha descrito para varias enfermedades silentes (como hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemias)<sup>10</sup> y en el uso de ciertos medicamentos donde la falta de síntomas previos y la probabilidad de que estos no aparezcan si se suspende el tratamiento pueden contribuir al incumplimiento. En el estudio realizado por Bolaños, en España, se señala que la diabetes no se percibe con gravedad, por parte de los pacientes, aspecto que parece estar relacionado con la ausencia de síntomas<sup>49</sup>.

A su vez, se vio que la valoración que hacen las personas acerca de su enfermedad, aparte de estar ligado con aspectos de ausencia o presencia de síntomas, también está ligado a la experiencia que ellos adquieren a medida que ellos viven con la enfermedad, por la preocupación que sienten que pueden estar empeorando si llegan a ser tratados con insulina o por personas cercanas, familiares o vecinos que padecieron o fallecieron por la enfermedad.

Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. Esto mantiene correspondencia con lo planteado en España por M, Bastera y en Chile por J, Giacaman. Ellos establecieron que el paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de cumplimiento, mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y el seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo.

Lo anterior nos lleva pensar que ante enfermedades silentes, el refuerzo del seguimiento debería estar en las consecuencias que puede traer el no controlar la enfermedad, lo cual también puede ser asistido con sus exámenes de laboratorio puesto que podría permitir al paciente correlacionar su conducta cotidiana con los resultados de glicemias.

### **6.5.2 Aspectos relacionados con el tratamiento**

La percepción y experiencia que denotaron tener los pacientes entrevistados en este estudio, fue que aquellos más informados reflejaban conocer mejor su farmacoterapia, pero en la mayoría se vio falta de conocimiento en los nombres, función e incertidumbre con sus fármacos. También se pudo visualizar, sentimientos de culpabilidad y desmotivación ante el incumplimiento y aceptación de la enfermedad. De igual modo se ha visto con bastante frecuencia en las entrevistas, el factor “olvido” en el cumplimiento de la terapia farmacológica, factor que fue reportado con bastante imperturbabilidad y en algunos casos extensivamente expresando que esto se debía, particularmente cuando su rutina se veía alterada, como los fines de semana, o salidas en donde olvidaban llevar su medicamento.

De igual modo se percibió como factores relacionados con el tratamiento, cuando los pacientes describieron sensaciones de miedo, aburrimiento, repugnancia y negación con el régimen farmacoterapéutico, así como también molestias o malestares que sintieron con sus medicamentos, contrariedad con alguna forma farmacéutica prescrita y desagrado ante la sensación de que éstos no les produjeron ningún efecto.

Debido a ello, es posible que el régimen terapéutico tenga alguna influencia en el grado de cumplimiento del tratamiento ya que mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionara para las respuestas de adherencia del paciente. Esto concuerda con lo planteado en España por M, Bastera y en Chile por J, Giacaman.

Por otro lado en la literatura se encuentran algunos postulados que permiten establecer que los problemas relacionados con los medicamentos constituyen un problema de salud pública, puesto que son causa de morbilidad y mortalidad y de aumento de los costos de la atención de salud<sup>19, 21,30</sup>. De lo anteriormente expuesto cabe preguntarse ¿Sería un aporte contar con horas farmacéuticas?

La intervención farmacéutica podría en primer lugar, prevenir y detectar a tiempo los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), sería posible disminuir las consultas médicas ocasionadas por ellos y además esto serviría para mantener una farmacovigilancia documentada y permanente. En segundo lugar, se podría contribuir a la de saturación de sistema de salud, ya que el farmacéutico podría complementar la información entregada por el médico, resolver dudas, con respecto a su enfermedad, medicamentos y cambios de estilo de vida.

### **6.5.2.1 La experiencia del servicio de salud de Ñuble**

Actualmente en Chillán, se está implementando un sistema en el cual se asignan horas farmacéuticas a los pacientes crónicos descompensados, esto fue expuesto por QF Sandro Barría en el primer congreso de gestión farmacoterapéutico realizado en Concepción en 2012.

En esta intervención se implementó el rediseño del sistema de prestación de servicios y apoyo al seguimiento (con el objetivo de prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos desde el punto de vista de seguridad, efectividad y necesidad) de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, que se encuentran descompensadas con HbA1C entre 8 y 10%, donde se buscó involucrar la participación de un equipo profesional multidisciplinario, empoderado y capacitado. Su objetivo fue lograr la compensación de un 40 % de los pacientes diabéticos incluidos en la muestra, en al menos un punto del valor de HbA1C, en relación al que presentan al inicio del estudio<sup>50</sup>.

Esto se llevo a cabo estableciendo las citas de los pacientes, a través de Salud Responde, aquellos descompensados fueron ingresados al sector de cuidados crónicos, en los cuales se establece control con médico, enfermera y a su vez son derivados a químico farmacéutico y nutricionista respectivamente, además se proporciona taller de consejería e inclusión de apoyo psicológico.

Los resultados de la intervención arrojaron que el 64% de los pacientes ingresados al sector de cuidados crónicos disminuyeron en más de 1% su HbA1C, el 18% de ellos, disminuyó su hemoglobina glicosilada en cualquier porcentaje y el otro 18% permaneció descompensado, además se informó que de un porcentaje de adherencia y conocimiento inicial del 22% y 66%, este aumentó a un 77% y 98%, respectivamente.

Como consecuencias de la intervención se incorporó un sector de cuidados crónicos, con 11hrs. de médico exclusivas, con proyección a 22hrs a partir de enero del 2013, incorporación de atención de pacientes por químico farmacéutico, cambio en carnet de control e ingresos de diabéticos en sector de cuidados crónicos<sup>50</sup>.

## **6.6 Discusión general**

En el presente estudio se pudo examinar, que el modelo de salud familiar<sup>4</sup> que se trata de instaurar, no se ha podido llevar a cabo de un modo efectivo, ya que sí bien el centro de salud funciona bajo el régimen de Cesfam, no se están dando las condiciones o cambios en que se refleje que la atención está centrada en que el paciente y su familia, tome protagonismo en el cuidado de su salud, se fortalezcan las relación profesional sanitario-paciente, exista mayor educación en temas de salud.

En general se puede visualizar que en la atención primaria nadie se hace responsable de cómo los pacientes asumen sus problemas con la farmacoterapia, dejando un tremendo vacío sin soluciones ni propuestas. Se aprecia, a causa de los resultados, que no hay una instancia de preocupación por apoyar activamente al paciente en su terapia, por lo tanto la pregunta que surge es ¿cómo podemos intervenir y mejorar estas interacciones?

La respuesta está en que debe existir una instancia en que como profesionales nos hagamos cargo del apoyo y para ello debemos tener las competencias necesarias para comprender el entorno, proponer soluciones prácticas a los problemas cotidianos y además tener habilidades comunicacionales necesarias para ganar la confianza del paciente.

Lo anterior nos lleva a pensar, de que no es suficiente quedarse con el trabajo de dispensación y entregar alguna recomendación con respecto a la farmacoterapia, sino que es indispensable que el farmacéutico establezca una estrecha relación con el paciente,

donde se logre legitimar las preocupaciones y dudas acerca de la enfermedad y los medicamentos.

Para llevar a cabo la legitimación, el farmacéutico debe asumir tanto la responsabilidad de prevenir, identificar, resolver problemas reales relacionados con los medicamentos y optimizar la farmacoterapia, así como también debe preocuparse de realizar un seguimiento donde se evalúe, monitorice, documente la atención y el progreso del paciente.

Debe poseer conocimientos y manejar de manera hábil información acerca de fármacos y farmacología clínica, establecer una relación con el paciente y otros profesionales de la salud para proveer un seguimiento farmacoterapéutico integral, establecer como sus estándares el profesionalismo, la ética y en todo momento estar enfocado en el beneficio del paciente, ser capaz de escuchar y ser empático con el paciente para lograr ganar su confianza, lo cual es esencial para establecer una relación terapéutica efectiva, son características claves que debe poseer para lograr un seguimiento farmacoterapéutico integral, lo cual concuerda con lo expuesto B, Berger, en *Communication Skills for Pharmacists*.

Además es importante darse cuenta que nuestro mayor cometido, que debe transformarse en nuestra referencia o estándar, es asegurarse de que los medicamentos recibidos por el paciente son apropiados para cada caso en particular.

Esto significa que lo más importante para el químico farmacéutico debe ser el paciente, por lo tanto en el seguimiento farmacoterapéutico se debe proporcionar la suficiente energía y tiempo para permitir que ellos entiendan y pregunten acerca de las opciones que tengan con respecto a su enfermedad y tratamiento.

Para lograr nuestro cometido y conseguir óptimos resultados en la terapia farmacológica, debemos asegurarnos que el paciente, entienda el diagnóstico, esté interesado en su

salud, comprenda que se sucederá si no trata su enfermedad apropiadamente y crea que su tratamiento es eficaz.

La atención farmacéutica requiere más que solo una relación estrecha con el paciente, esto involucra que la información debe ser otorgada y entendida por ambos, es decir paciente y farmacéutico, los problemas que presenta o presentó el paciente con sus medicamentos deben ser estudiados de un modo imparcial y no amenazante, los regímenes de medicación deben ser adaptados a las necesidades de las personas en su vida diaria, también se debe tomar en cuenta que las preocupaciones que pueden surgir con respecto a la enfermedad o tratamiento deben ser tratadas de un modo en que esta preocupación no solo sea disipada, sino que más bien la persona sienta que está capacitada para manejar su situación.

Como se entrega la información también debería ser parte de estos estándares. Probablemente no hay habilidad más valiosa para el proveedor de la atención farmacéutica, al desarrollar una relación de confianza, que el saber escuchar y brindar una respuesta empática.

El saber escuchar implica el tener la voluntad de prestar atención, despojarse de los prejuicios y procurar no caer en un enjuiciamiento del paciente, lo correcto es ver la idea desde otra perspectiva. Por otro lado una respuesta empática es un proceso neutral que involucra la identificación con la experiencia afectiva del otro. Es decir involucra compartir una experiencia sin juzgar o evaluar, ni sentir lástima por el otro.

Cuando los farmacéuticos están dispuestos y abiertos a los pacientes, les ayuda a liberar parte de sus temores y el no sentirse solos con lo que les aqueja. Por ello, lo que los proveedores de atención farmacéutica deben preguntarse es: ¿puedo permitirme entrar al mundo privado de esta persona, explorar sus sentimientos, sin enjuiciarlo y responder de tal manera que les permita darse cuenta que ha sido escuchado y que se quiere proveer la mayor asistencia o confort que se pueda?, ¿puedo ver a esta persona, la cual

tiene una reacción única frente a una enfermedad?, ¿puedo aprender y llegar a esta persona lo suficiente como para que mi asistencia sea útil?.

Estas son los cuestionamientos que todo profesional de farmacia debería interiorizar, con el propósito de prestar un servicio público ceñido a la responsabilidad moral y ética.

De lo expuesto anteriormente, cabe preguntarse, ¿estamos conscientes o queremos asumir la responsabilidad de proporcionar asistencia farmacéutica al paciente?

Es posible prestar este servicio y para ello se puede comenzar por ejemplo identificando un paciente por mes, al cual se le otorga esta atención, documentar la información y con el permiso del paciente, entregar la información a su doctor, empleador, proveedor de salud, etc. Esto serviría para que el médico supiera que hay alguien que provee esta atención y también puede ser buena fuente de referencias.

Asimismo, este servicio no solo debería limitarse al espacio físico, por ejemplo la prestación de éste, también se puede lograr por teléfono, visitas programadas al hogar del paciente o crear un tutorial virtual que permita acceder a la información y disipar dudas. La idea es pensar creativamente que es lo que los pacientes quieren y como lograrlo.

También el profesional debería mantener una formación continua, es decir mantener la participación de congresos, diplomados, cursos de postgrado y realizar cursos de capacitación, tanto en estrategias y políticas relacionadas con la atención, así como también actualización de información en cuanto a farmacología, nuevos medicamentos, enfermedades, estrategias para fomentar el cumplimiento, etc.

Por otro lado, es vital entender que la persona que ejerza la profesión farmacéutica debe desarrollar habilidades para anticipar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos, priorizar que problema debe ser resuelto primero, desarrollar planes de acción e incluir alternativas y justificarlas ante el paciente y el médico.

Por lo tanto ¿nuestras escuelas pueden hacer algo al respecto?, ¿el estado puede hacer algo al respecto?

En las facultades por lo general se practica la conferencia y no la docencia, ya que la conferencia no permite al estudiante demostrar su entendimiento y preocupación, este objetivo requiere una participación activa, no pasiva. Para poder proveer la asistencia farmacéutica se requiere que los facultativos incorporen distintas técnicas o métodos de enseñanza como por ejemplo aprendizaje bajo resolución de problemas, participación en pequeños grupos, más cursos donde exista la posibilidad de un acercamiento con el paciente, etc.

Otra área importante de revisar, son los criterios de admisión de las escuelas de farmacia, no solo se deben medir conocimientos, sino que se deberían hacer entrevistas donde se midan las habilidades para este seguimiento farmacéutico como por ejemplo: habilidades de comunicación, rasgos como introversión y extroversión, habilidades para resolver problemas, grado de timidez, compromiso, moral y ética.

El estado y las asociaciones nacionales de farmacia, deberían continuar proveyendo el liderazgo y la continuidad de la educación y que ésta sea de calidad. Siguiendo con las juntas anuales y desarrollando manuales de manejo, idealmente considerando lo que necesita o le dificulta al paciente en las políticas y estrategias.

En general se puede apreciar que existen distintos factores que pueden influir en la adherencia, según la perspectiva de los pacientes. Pero como que estos datos son obtenidos de algunos pacientes, se hace necesario realizar más estudios y en lo posible cuantificarlos. Por otro lado este tipo de factores se deberían tener en cuenta en las políticas y estrategias del CESFAM, para poder hacerse cargo de cómo los pacientes asumen sus problemas con la farmacoterapia y disminuir ese vacío que en este momento queda.

Insistiendo, se aprecia como punto primordial que para establecer una relación de comunicación efectiva con el paciente, el apoyo otorgado por el personal de salud, debe estar basado en la comprensión, empatía, forma en que entrega la información e instauración de un clima de confianza. Con ello se crea la necesidad de que los profesionales conozcan primero a sus pacientes y luego se desarrollen capacidades para consensuar y ayudarles en la toma de decisiones, con el fin de lograr influir en su opinión y por ende en sus creencias, de manera tal que el paciente entienda que el tratamiento y cuidado de su enfermedad puede llevarse acorde al desarrollo de su vida cotidiana.

Finalmente, contar con horas de atención farmacéutica podría contribuir a la educación del paciente, disminución de los problemas y consultas generadas por medicamentos, así como también podría formar parte del equipo de salud y favorecer la orientación del paciente al cuidado de su salud.

## 7 Recomendaciones

- Es recomendable, asegurarse de que la información que se entregue al paciente, contenga las herramientas necesarias que le permitan a éste, conocer su enfermedad, las consecuencias de no tratarla adecuadamente, la función de los medicamentos, régimen alimentario, etc.
- Tener la habilidad de entregar la información en un lenguaje comprensible por el paciente y comprobar su entendimiento.
- Sería recomendable proporcionar información acerca de qué miden, que significan y cuáles son los valores normales acerca de los resultados de laboratorio.
- Evitar las amenazas y culpabilizar a los pacientes por su falta de cumplimiento.
- Permitir, influir y alentar las decisiones que tome el paciente en su tratamiento.
- Es recomendable adquirir habilidades comunicacionales, necesarias para ganar la confianza y alentar al paciente a manifestar sus dudas y expresar su parecer.
- Establecer una relación estrecha con los pacientes, para poder conocer sus costumbres y actitudes.
- Se podría concretar una capacitación con los Psicólogos de Cesfam para adquirir técnicas que permitan desarrollar habilidades como la empatía y saber escuchar al paciente.
- Mejorar la falta y excesiva rotación de profesionales y disminuir la burocracia, para evitar el incumplimiento por aburrimiento del sistema por parte del paciente.
- Estudiar en las características que influyen en el entorno, para potenciar el apoyo familiar.
- Realizar más estudios en los que se incluya la perspectiva de los pacientes y del personal sanitario.

## 8 Bibliografía

1. Narbona K, Durán G. 2009. Caracterización Del Sistema De Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical E Institucional. Research, Policy And Practice With Regard To Work–Related Mental Health Problems In Chile: A Gender Perspective. Proyecto Araucaria.
2. Historia Del Ministerio, Ministerio De Salud De Chile (Minsal).  
[http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_conozcanos/g\\_mision\\_vision/hist\\_inicios\\_mision\\_vision.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/hist_inicios_mision_vision.html)  
(Página Visitada 2 Septiembre 2013)
3. Estrategia Nacional De Salud Para Cumplimiento De Los Objetivos Sanitarios De La Década 2011-2020. Ministerio De Salud De Chile (Minsal).  
[http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_conozcanos/g\\_mision\\_vision/hist\\_inicios\\_mision\\_vision.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/hist_inicios_mision_vision.html) (Página Visitada 2 septiembre 2013)
4. Modelo De Atención Integral Con Enfoque Familiar Y Comunitario En Establecimientos De La Red De Atención De Salud. Ministerio De Salud Chile (Minsal).<http://tim.ase mech.cl/files/2012/07/Manual-aps>.(Página Visitada 4 Septiembre 2013)

5. ¿Qué es la Diabetes Mellitus?, Organización Mundial de la Salud (OMS).  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>  
(Página visitada el 20 de Octubre del 2012)
  
6. Guía Clínica De Diabetes Mellitus II, 2010 del Ministerio De Salud De Chile (Minsal).  
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398>  
(Página visitada el 20 de Octubre de 2012)
  
7. Giacaman J. Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En El Hospital De Ancud. Tesis Para Optar Al Título De Químico Farmacéutico, Universidad Austral de Chile, 2010.
  
8. Encuesta De Salud, Chile 2009-2010 Gobierno De Chile, Ministerio De Salud (Minsal). <http://epi.minsal.cl> (Página visitada el 20 octubre de 2012)
  
9. Silva J, Moya P, López G Y Felipe J. 2010. Adherencia Al Tratamiento Farmacológico Y Relación Con El Control Metabólico En Pacientes Con DM2. Rev. Chilena De Salud Pública, Vol. 14 (2-3): 238-270.
  
10. M Basterra. 1999. El Cumplimiento Terapéutico. Rev. Pharmaceutical Care España, Vol.1: 97-106.

11. Medicines Adherence: Involving Patients In Decisions About Prescribed Medicines And Supporting Adherence, Nice Clinical Guidelines, N° 76, January 2009. National Institute For Health And Clinical. Excellence (NHS)

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76NICEGuideline.pdf>

(Página Visitada 30 Julio 2013)

12. Llanos L, Contreras C, Velásquez J., Mayca J, Lecca L, Reyes R, Peinado J. 2001. Automedicación En Cinco Provincias De Cajamarca. Rev. Med. Hered, Vol. 12 (4): 127-133.

13. Promoción Del Uso Racional De Medicamentos: Componentes Centrales. Perspectivas Sobre Medicamentos. Organización Mundial de la Salud (OMS, Ginebra. 2002.

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4874s/>

(Página Visitada 5 Septiembre 2013)

14. Moya S. Prevalencia De Automedicación En Consultantes A Un Centro De Atención Ambulatorio Adosado A Un Hospital De Una Comuna De Santiago. Tesis Para Optar Al Título De Químico Farmacéutico, Universidad de Chile, 2012.

15. Nefi M. 2008. La automedicación y sus consecuencias como problemática a nivel mundial. Estadísticas de morbi-mortalidad y factores asociados. Medicina Preventiva y Salud Pública. Gestión Sanitaria. Farmacología. Medicina Familiar y Atención Primaria.

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1337/2>

(Página visitada 9 Septiembre 2013)

16. Uso Racional De Medicamentos: Una Tarea De Todos. Ministerio De Salud De Chile (Minsal).

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e012993>.

(Página Visitada 10 Septiembre 2013)

17. Kregar G. 2005. “¿Qué se entiende por automedicación?”. Rev. acta farmacéutica Boranense. Acta Farm. Bonaerense 24 (1): 130-3.

18. Estadística Epidemiológica De Intoxicaciones 2004. Centro De Información Toxicológica (CITUC) De La Pontificia Universidad Católica De Chile.  
[http://www.cituc.cl/files/arc/ci\\_estadisticas/8334208174b26af6477210.pdf](http://www.cituc.cl/files/arc/ci_estadisticas/8334208174b26af6477210.pdf)

(Página Visitada 10 Septiembre 2013)

19. Ramírez C, Faúndez E, Orellana B. 2011. Reporte De Reacciones Adversas A Medicamentos Con Compromiso Mucocutáneo En Hospital Clínico Universidad De Chile Durante Los Años 2004-2010. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile, Vol. 22: 104 – 12.

20. Fuentes K. Análisis Y Cuantificación De Los Patrones De Automedicación En Usuarios De Farmacias Salcobrand De Valdivia. Tesis Para Optar Al Título De Químico Farmacéutico, Universidad de Austral de Chile, 2006.
21. Ruiz I. 2011. Farmacovigilancia Su Realidad En Chile. Rev. Farmacológica Chile Vol. 4(1): 6.
22. Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. 2008. Uso De Medicamentos En El Adulto Mayor. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile, Vol. 19: 309 – 17.
23. Martínez A, González P, Álvarez F, Baena M, Martínez J, Gorostiza I. 2007. Indicadores De Riesgo De Morbilidad Prevenible Causada Por Medicamentos. Gac Sanit. Vol. 2(1):29-36.
24. Berger B. Communications Skills For Pharmacists: Bulding Relationships, Improving Patient Care. 3rd Ed. American Pharmacists Association. 2009. 4-6pp.
25. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. 1993. Informe De Reunión De Organización Mundial De La Salud (OMS).  
[www.paho.org/bra..//index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=793&itemid=801](http://www.paho.org/bra..//index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=793&itemid=801) - 106k  
(Página Visitada 25 Septiembre 2013).

26. Alvarado C. Caracterización De La Automedicación En Pacientes Diabéticos Ambulatorios De La Tercera Edad Que Se Atienden En El Centro De Diagnóstico Y Terapéutica Del Servicio De Salud Metropolitano Norte. Internado Para Optar Al Título De Químico Farmacéutico. Universidad Austral De Chile. 2004.
27. Adherencia A Los Tratamientos A Largo Plazo: Pruebas Para La Acción; 2004, Organización Mundial De La Salud (OMS).  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=)  
(Página visitada el 28 Junio de 2013)
28. Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Patologías Crónicas, Información Farmacoterapéutica De La Comarca (INFAC).  
[http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/infac\\_v19\\_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf)  
(Página Visitada 29 Julio 2013)
29. Alayón A, Mosquera M. 2008. Adherencia Al Tratamiento Basado En Comportamientos En Pacientes Diabéticos Cartagena De Indias, Colombia. Rev. Salud pública, Vol.10 (5):777-787.
30. Lawton J, Peel E, Parry O Y Douglas M. 2008. Original Article: Education/Psychological Issues Patients' Perceptions And Experiences Of Taking Oral Glucose-Lowering Agents: A Longitudinal Qualitative Study. Diabetic medicine; Vol. 25, 491-495.

31. Ritholz M, Beberly E, Weinger K. 2011. Digging Deeper: The Role Of Qualitative Reserch In Behavioral Diabetes. *Curr Diab Rep*, Vol. 11, 494-502.
32. Oftedal B, Karlsen B, Bru E. 2010. Perceived Support From Healthcare Practitioners Among Adults With Type 2 Diabetes. *Journal of advanced nursing* 66(7), 1500-1509.
33. Edwall LL, Hellstrom AL, Ohrn I. 2008. The Lived Experience Of The Diabetes Nurse Specialist Regular Check-Ups, As Narrated By Patients With Type 2 Diabetes. *J Clin Nurs*, Vol. 17 (7), 72–81.
34. Tobar M Y Acuña O. Relación Entre Satisfacción Y Adhesividad Al Tratamiento Y Control De Salud En Usuarios Diabéticos Tipo 2. , *Rev. Chilena Salud Pública*, Vol. 16 (2): 131-136.
35. Maclean, H. M. 1991. Patterns Of Diet Related Self-Care In Diabetes. *Social Science & Medicine*, Vol. 32(6), 689–696.
36. Kelleher, D. 1988. Coming To Terms With Diabetes: Coping Strategies And Non-Compliance. In R. Anderson, & M. Bury (Eds.), *Living with chronic illness*. London: Unwin Hyman.
37. Goyder E, Carlisle J, Lawton J, Peters J. 2009. Informed Choice And Diabetes Screening In Primary Care: Qualitative Study Of Patient And Professional Views In Deprived Areas Of England. *Primary care diabetes*, Vol.3, 85-90.

38. Wikblad, K. F. 1991. Patient Perspectives Of Diabetes Care And Education. Journal of Advanced Nursing, Vol. 16, 837–844.
39. López G, Felipe J, Moya P Y Silva J. 2010. Adherencia Al Tratamiento Farmacológico Y Relación Con El Control Metabólico En Pacientes Con DM2. Rev. Chilena de Salud Pública, Vol. 14 (2-3): 238-270.
40. Sampieri R. 2010. Diseños Del Proceso De Investigación Cualitativa. En: Metodología De La Investigación. 5ta. Ed. Mc Graw Hill/ Interamericana Editores. SA. México. 490-542.
41. Alcalde ML, Aguirre R. 2002. La Investigación Cualitativa Y La Promoción De La Salud En La Comunidad De Madrid. Rev. Esp. Salud Publica, Vol.76, 5.
42. De Maeyer J, Venderplasschen W, Camfield L, Sabbe, B. 2011. A Good Quality Of Life Under The Influence Of Methadone: A Qualitative Study Among Opiate-Dependent Individuals. Int J Nurs Stud, Vol. 48(10):1244-57.
43. Gil Nebot A, Estrada C, Pires M A L; Martín-Gil R.2011. La Investigación Cualitativa Y La Promoción De La Salud En La Comunidad De Madrid. Rev. Esp. Salud Publica, Vol.76 N°5.

44. Mayan MJ. 2001. Una Introducción A La Investigación Cualitativa. Un Modulo De Entrenamiento Para Profesional Y Estudiantes.  
  
<http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>  
  
(Página Visitada 15 de Octubre 2012).
45. Welschen L, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker J, Heine R, Stalman W, Bouter L. 2005. Self-Monitoring Of Blood Glucose In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus Who Are Not Using Insulin: A Systematic Review. *Diabetes Care*, Vol. 28 (0149-5992, 6) 1510-7.
46. Shekelle P, Munjas B, Romanova M, Towfigh A, Weinreb J, Zhou A, Suttorp M. 2007. Self-Monitoring Of Blood Glucose In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus, Meta Analysis Of Effectiveness Evidence-Based Synthesis Program. Washington (DC), Department Of Veterans Affairs (US).
47. Sáez L, Gaspar R, Obesso A, Bermejo A, Martínez P. 2008. La Automonitorización Glucémica En Los Pacientes Con Diabetes Tipo 2 No Tratados Con Insulina, ¿Es Una Técnica Apropiaada Para Todos Los Pacientes?. *Av Diabetol*, Vol. 24(2): 175-179.
48. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A, Pérez C, Villarroel L, Chamorro G, O'Connor A, Piette J. 2010. Efecto De Un Modelo De Apoyo Telefónico En El Auto-Manejo Y Control Metabólico De La Diabetes Tipo 2, En Un Centro De Atención Primaria, Santiago, Chile. *Rev. Med. Chile*, 138: 729-737.

49. Bolaños E, Sarria A. 2003. Perspectiva De Los Pacientes Sobre La Diabetes Tipo 2 Y Relación Con Los Profesionales Sanitarios De La Atención Primaria: Un Estudio Cualitativo. *Aten Primaria*, Vol. 32(4):195-202.
50. Barría S. 2012. Curso Precongreso III: Seguimiento Farmacoterapéutico En Patologías Crónicas Y De Urgencia. Primer Congreso De Gestión Farmacoterapéutico Concepción.
51. Marques E, Casado J, Márquez J. 2001. Estrategias Para Mejorar El Cumplimiento. *FMC-Formación Médica Continuada En Atención Primaria*. Vol. 8(8):558-573.
52. Peralta G. 2007. Depresión Y La Diabetes. *Av. Diabetol*, Vol. 23(2): 105-108.

## 9 Anexos

### Anexo 1: Pauta entrevista semiestructurada

#### Entrevista:

##### *Identificación*

El siguiente estudio, realizado por la Facultad de Farmacia de la universidad de Valparaíso, tiene como finalidad indagar dificultades con las que se enfrentan los pacientes con diabetes mellitus II en la atención primaria de salud (APS) al momento de tomar sus medicamentos. Con los datos que usted nos aporte podremos mejorar la atención, orientando tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes de APS para que la terapia farmacológica sea más segura y efectiva. Los datos entregados serán tratados con la más absoluta confidencialidad.

Anamnesis

---

**Nombre**

**Edad**

**Sexo**

**Ocupación**

**Estado civil**

---

**Enfermedades**

**crónicas**

---

Genograma

Antecedentes mórbidos del entrevistado

Antecedentes mórbidos familiares

**Indagación*****La enfermedad***

¿Para Ud. que es la diabetes?

¿Qué clase de cosas o situaciones hacen que las personas se enfermen de diabetes?

En su caso, ¿por qué cree Ud. que enfermo de diabetes?

¿Cómo se manifiesta esta enfermedad? O que síntomas tienen?

Usted, ¿cómo y cuando supo que tenía diabetes?

¿Cambia la vida de una persona cuando enferma de diabetes, en que aspectos cambia?

Si no se ha hablado de esto, ¿Cómo es su vida a partir de la diabetes?

¿Hay alguna forma de curar la enfermedad?

¿Qué hace Ud. para conservar su salud? (acá indagar en sus hábitos alimenticios, higiene y actividad física)

**Tratamiento**

¿Por qué viene?

¿Cada cuánto tiempo asiste Ud. al CESFAM a controlarse?

¿Cada cuánto le dan medicamentos?

¿En qué consiste el tratamiento que le médico le indico para su enfermedad

¿Cuándo le dan una receta, le explican cómo tomársela?¿quién?

¿Cómo le ha ayudado el tratamiento, durante la enfermedad?

¿Aparte de los controles en el CESFAM, Ud. se controla de otra manera? (la presión, el azúcar, etc.

***Adherencia***

¿Ha tenido alguna dificultad para seguir el tratamiento médico que se le indico?

¿Ha hecho algo para resolver esas dificultades para seguir su tratamiento?

¿Alguien le ayuda a seguir el tratamiento?

¿Cómo le hace sentir física y emocionalmente el tratamiento?

Recuerda si alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos, ¿por qué los dejo?, ¿cómo se sintió? Y ¿cómo retomo sus medicamentos?

¿Qué hace Ud. cuando siente que un medicamento le está haciendo mal?

¿Qué hace Ud. cuando se siente mal?

**Agradecimientos**

I Agradecimientos- Recordar fin de la información que nos otorga

II Comprometer un siguiente encuentro donde el paciente traerá sus medicamentos, ofreciéndole un espacio para asesorarla respecto de ellos, o posibles respuestas a dudas que tenga.

**Anexo 2: Consentimiento informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se invita a participar en el Estudio de atención farmacéutica para pacientes con DMII del centro de atención primaria CESFAM Nueva aurora.

Propósito del estudio:

Consultarle a Ud. si desea formar parte de este estudio de investigación, orientado a encontrar y evaluar las dificultades que como paciente enfrenta en su farmacoterapia.

Procedimiento:

- Consideraciones:

Su participación es totalmente voluntaria.

A Ud. no le reportara ningún costo participar en este estudio.

El objetivo del estudio es el de explorar las dificultades que Ud. tiene al momento de seguir la terapia farmacológica.

La información que Ud. entregue será de absoluta confidencialidad y quedará registrada en formularios y guardada únicamente por los investigadores del presente estudio, si bien los resultados serán publicados, su identidad no será divulgada en ningún momento.

Asimismo, se pide la autorización para que la(s) entrevista(s) en las que Ud. participe, sea(n) grabadas en audio, solo como medio de ayuda de registro para el presente estudio.

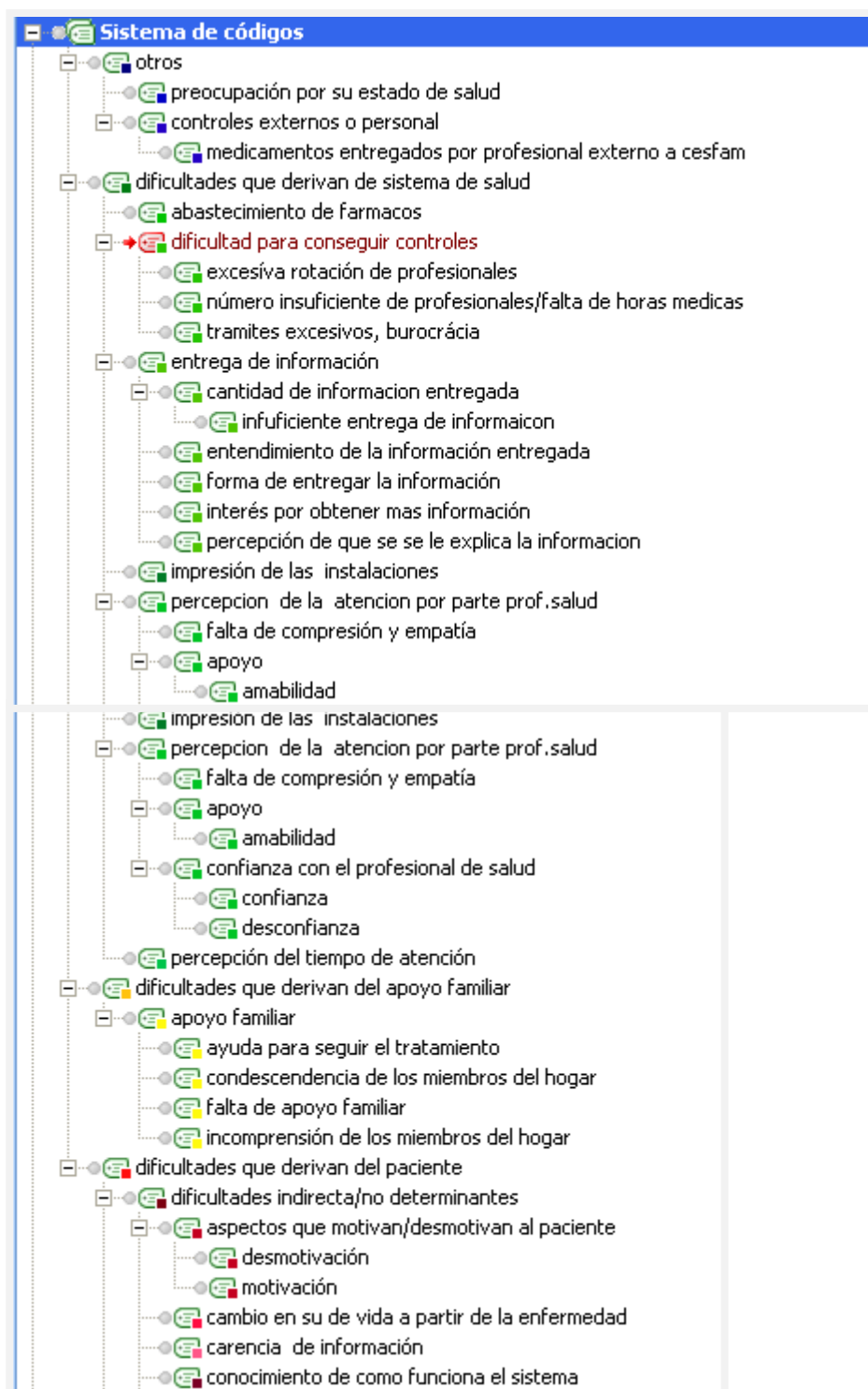
Yo....., Acepto participar en el Estudio Exploratorio para identificar las dificultades que enfrenta el paciente con DMII del centro de atención primaria Cesfam Nueva aurora.

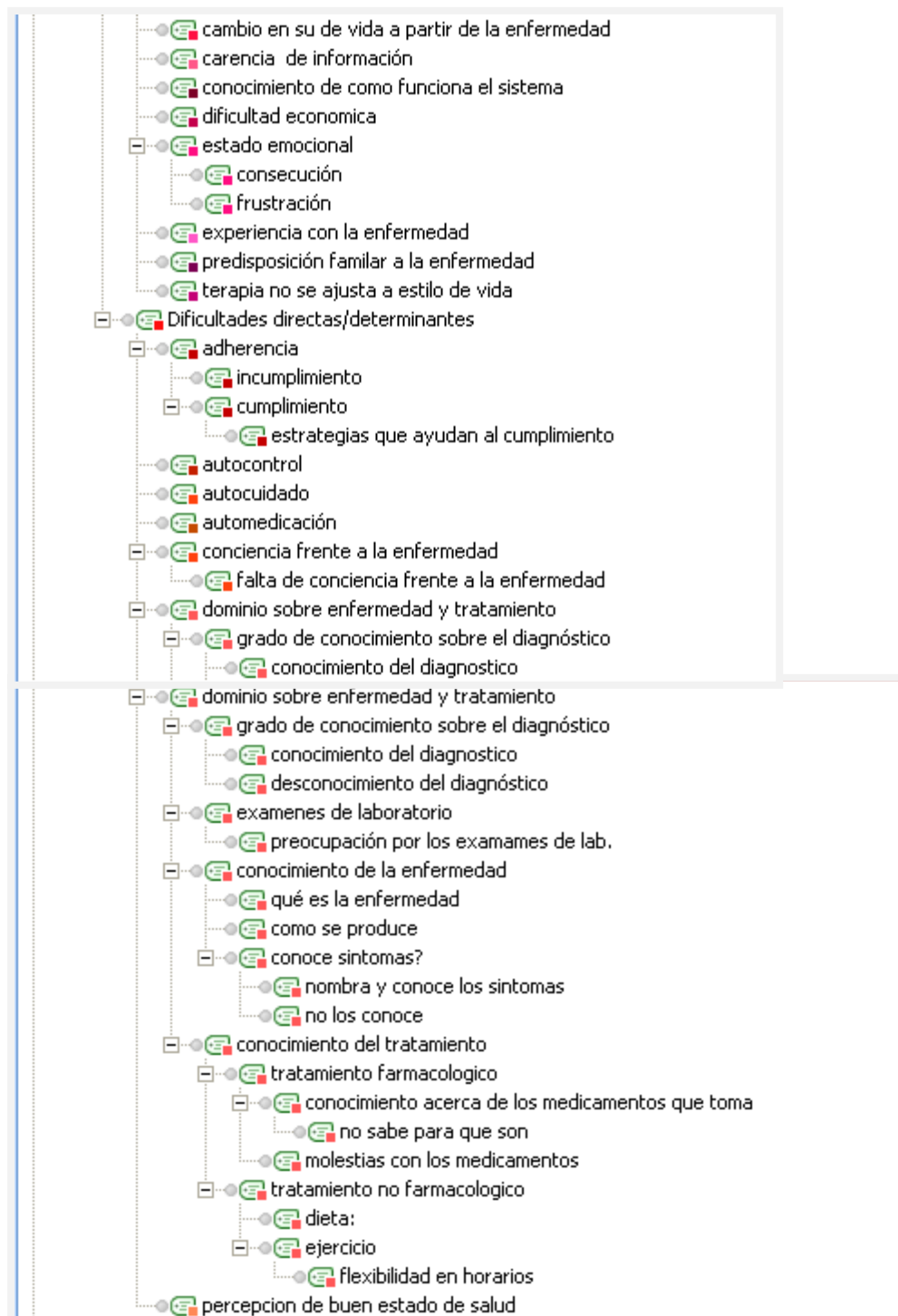
Firma investigador

Firma del Participante

Fecha:

### Anexo 3: Árbol de códigos iniciales





**Anexo 4:** Ejemplo de descripción de categorías

## Adherencia al tratamiento

Esta categoría se refiere al grado con el que el paciente sigue o no, el compromiso establecido con los profesionales de salud que le atienden en relación a los medicamentos que debe tomar, el seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida en general. Lo anterior se refleja ante expresiones de incumplimiento, así como también de estrategias que le ayudan a conseguir la adherencia a la terapia.

El incumplimiento se evidencia a través de expresiones en donde se menciona que si se come dulces” pero a lo lejos”, se mantiene que sabe que no puede comer ciertas cosas pero que” a lo lejos si se puede”, que a veces “como mucho”, en el alimento “soy media glotona”, siente que el cuerpo a veces “le pide algo dulce”, que el cuidado es entre comillas, hay ruptura de las reglas porque el cuerpo le pide o desea fuertemente algo dulce, también de manifiesta que se ha comido mucha fruta y que ello le hace subir el azúcar, se describe que hay momentos en que se “sobrepasa en la comida y siente que le sube el azúcar”, asimismo se declara que ante eventos como cumpleaños, celebración del 18 de Septiembre, navidad, etc.” se pasa en la dieta”, se expresa que no se toma los medicamentos, pero sí se cuida en la dieta, incluso se hace el alcance de que “se porta bien antes de los exámenes”.

Por otro lado se describe a modo de confesión que no toma los medicamentos como corresponde, si no que: “las tomo intercaladas, porque se me olvidan o porque me da miedo llenarme de pastillas”, además destaca que le cuesta mucho aceptar su enfermedad, asimismo se denota que dejó de tomar las “pastillas porque le aburre tomar tanto remedio”, o no los toma porque el sabor amargo le da asco o porque la forma farmacéutica, como los jarabes y gotas no le gustan. Del mismo modo se relata que los medicamentos no son ingeridos porque “no me siento mal”, o deja de tomarlos porque “le dijeron que el fármaco no era bueno”, también se describió que el medicamento (en este caso Enalapril) lo botaba porque “le hacía mal” y que compraba el otro (Atenolol).

De igual forma se declara que ante alguna sintomatología fuera de lo usual deja de tomar el fármaco porque cree que eso se lo produjo. Junto a esto se detalla que ante el olvido de alguna dosis durante el día se “lo salta”, “se toma las dos juntas después”, incluso se estableció que recordaba que debía tomarlo ante sensaciones extrañas como “bombero en los oídos”.

En cuanto al tratamiento no farmacológico de realización de actividad física o ejercicio, se describió en general que solo se realizaba por el trabajo o actividades del hogar, inclusive se hace mención de que se está al tanto de las actividades físicas que se realizan en el Cesfam, pero que no acuden porque “los horarios no concuerdan” o porque “no busco nada más”, asimismo se hizo mención de que no se poseía dinero para acudir a gimnasios o clubes deportivos.

No obstante, también se refleja adherencia y cumplimiento ante expresiones como: “si también, oye y no sabe lo que hacemos nosotros tomamos en la mañana todos los medicamentos juntos, para que no se nos olvide ninguno”, „pero nos tomamos todos los que nos corresponden en la mañana“, “los medicamentos lo hago como dice ahí, mañana y tarde a la hora de almuerzo, en la mañana me tomo un ehh como se llama este, Atenolol con tenol con nitripino en la mañana, después en la hora de almuerzo la metamorfina en la noche la Lovastatina con nitredipino y así paso” ee la tengo que tomar en el almuerzo, no se almorzamos a la doce y luego a la cena, yo me la tomo entre las seis... siete“, “yo trato de seguir al pie de la letra lo que me indican”, asimismo se deja entre ver que ante la necesidad de salir, ya sea de paseo, para algún trámite o fuera de la ciudad, ellos llevan consigo su medicamento y se demuestra por frases como: „resulta que yo tengo que almorzar afuera, bueno cada uno en su trabajo, bueno ahí los cómo, porque estoy sonado, bueno pero llevo la pastilla y me tomo la pastilla listo“, „llevo pue, en la carterita, el del almuerzo habitualmente, el de la cena me lo sirvo en la casa y cuando voy a Santiago a estar unos días con mi hija o con mi hijo llevo todo, sin problema, „yo siempre ando con ella, ...mi mamá siempre de dice piensa que es tu par de zapatos, tu ropa interior siempre

andas con ella para todos lados y yo me acostumbre desde que me diagnosticaron la enfermedad yo me acostumbre de que ando con ella“, también se denota que lleva el medicamento a todos lados porque sabe que si no la toma tendrá complicaciones, y que si se siente mal la toma porque sabe que él lo único que le sirve para estar bien. Al mismo tiempo se describe que ante la entrega de medicamentos, „con otros nombres“, por parte de farmacia, aunque a veces queda con la duda, igual los toma. Del mismo modo se refleja la necesidad de ser riguroso en los horarios ente frases como „estoy tan habituada, tan habituada que no se me pasan“, “ yo soy bien estricto me gusta los horarios”, “no para nada, si viera mi familia me dicen oye si no te va a venir la enfermedad porque te tomes 5 segundos después la pastilla, yo digo no a mí me gusta ser así, me gusta, yo me tomo la pastilla a sus horarios, para mí los horarios son... tengo que cumplir, sino los cumplo nadie más me va a ayudar a mí, esto es algo mío“, también se denota mayor preocupación ante, podría decirse que si, ahora yo estoy más pendiente de estarme medicando con lo que me entregan acá”.

En cuanto a cumplimiento del tratamiento no farmacológico, se puede apreciar por expresiones tales como „por ejemplo el paté, la mantequilla, café, todas esas cositas, pero... lo deje no más de a poquito, por ejemplo el paté, el jamón,“ ósea le dejo no mas, digo no debo comer esto, me digo, lo dejo no más“, „si y si estoy con un sustituto de azúcar“, “tuve que empezar a mirarla de otro modo, tuve que empezar de que la comida antes para mí era muy muy importante, de que en la actualidad ee la comida es trascendental pero de otro modo porque tengo que comer lo que corresponde”. Por último algunos describen que usan “pastilleros” o “aparatos”, donde disponen los medicamentos del día, y en algunos casos de la semana, y que ellos le ayudan a no olvidar la dosis de los medicamentos.

Documento: DM2-08

Posición: 180 - 190

Código: adherencia\incumplimiento

R: las tortas, que son tan ricas las tortas jejeje, me gustan las cosas dulce, pero evito yo de....

P: evita comer

R: claro, dulces, chocolates

P: como por ejemplo si hay un cumpleaños ahí no mas por ejemplo? no todos los días digamos?

R: claro, no po eso se hace a lo lejos

P: claro por eso, cuando hay ocasiones especiales no más?

R: claro por ejemplo las bebidas, ahora no tomo bebidas dulces

P: no toma bebidas dulces

R: no

P: y chocolates ese tipo de cosas?

R: a lo lejos, por ejemplo ayer comí un pedacito de chocolate

Documento: DM2-08

Posición: 375 - 375

Código: adherencia\incumplimiento

R: no tengo otra manera, no debo comer esto otro y así a lo lejos uno puede comer por ejemplo una torrejita de jamón

Documento: DM2-08

Posición: 408 - 412

Código: adherencia\incumplimiento

P: y Ud. por ejemplo cuando se ha tenido que saltar una tableta, porque tuvo que salir o por ejemplo se fue de paseo

R: si nos ha pasado

P: como lo hace ahí?

R: pero si no la tomamos por ejemplo a el el otro día le toco ir al doctor ...

los toma después o se lo salta

Documento: DM2-07

Posición: 85 - 87

Código: adherencia\incumplimiento

R: con las pastillas que tomo, ee quiero ser honesta porque para que voy a mentir no las tomo como corresponde

P: ya

R: me las tomo intercaladas, eh porque se me olvida o porque me dan miedo llenarme de pastillas porque no se cual es la razón que no asumo que estoy enferma, me cuesta, me cuesta mucho aceptar..

Documento: DM2-07

Posición: 95 - 95

Código: adherencia\incumplimiento

R: no pero hay momentos que a veces me sobrepaso... siento .. así como un.. que se me sube el azúcar po.

Documento: DM2-07

Posición: 168 - 168

Código: adherencia\incumplimiento

R: me cuido pero entre comillas no mas.. o sea rompo las reglas .. porque mi cuerpo me pide a veces.. deseo comer algo... fuertemente algo dulce.. pero cuando por ejemplo como algo pal pan dulce tomo el te sin azúcar.

Documento: DM2-07

Posición: 178 - 178

Código: adherencia\incumplimiento

R: si no me bajaba el azúcar me iban a mandar a insulina, porque la mantengo alta... pero es porque no me tomo como corresponde los remedios.