

UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS



***EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA COMO
INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE FACTORES DE NO
ADHERENCIA TERAPÉUTICA, EN PACIENTES DEL
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD***

**Tesis presentada a la Universidad de Chile para optar al grado de
Magíster en Ciencias Farmacéuticas área de Especialización Asistencial**

por:

CARLA MARIANA GUTIÉRREZ SALDIVIA

Directora de Tesis: Elena María Vega

Co-directora de Tesis: Ximena Lagos Morales

Santiago-CHILE

Octubre 2020

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS

INFORME DE APROBACIÓN DE TESIS DE MAGÍSTER

Se informa a la Dirección de la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas que la Tesis de Magíster presentada por la candidata

CARLA MARIANA GUTIÉRREZ SALDIVIA

Ha sido aprobada por la Comisión de Evaluadora de Tesis como requisito para optar al grado de Magíster en Ciencias Farmacéuticas, Área de Especialización Asistencial, en el examen público rendido el día 29 de octubre de 2020

Directora de Tesis:

Elena María Vega. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile.

Co-directora de Tesis:

Ximena Lagos Morales. Instituto de Farmacia. Facultad de Ciencias, Universidad Austral de Chile.

Comisión Evaluadora de Tesis:

Elizabeth Martínez Rojas. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile.

Lidia Campodónico Galdames. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Rosemarie Mellado Suazo. Facultad de Química y Farmacia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

*Dedicado a mi familia, quienes siempre
me han apoyado en cada decisión
profesional.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres Oriana Saldivia y Patricio Gutiérrez, quienes siempre me han apoyado en cada decisión de vida como el anhelo de especializarme en el área farmacéutica que me apasiona.

A mis hermanos, Guillermo Gutiérrez, Oriana Gutiérrez y Belén Gutiérrez, quienes me acompañaron en mi estadía capitalina, viajando en esos largos y cansadores trayectos desde Valdivia a Santiago.

A mi abuela María Isabel Morales, de quien aprendí la vocación al servicio público.

A la profesora Elena María Vega, quien me apoyó incondicionalmente para el camino a la titulación del magíster, sin bajar los brazos frente a cada obstáculo que se presentaba.

A la profesora Ximena Lagos, quien, en un encuentro de farmacovigilancia en la capital, nos invitó a estudiar la fenomenología y a dar un encanto cualitativo a la investigación.

Al Departamento de Salud Municipal de Curarrehue. Alcalde Abel Paineñilo, Directora Gloria Bustos y Subdirectora Cecilia Quiroz, quienes permitieron pudiera desarrollar el estudio con mis pacientes en CESFAM Curarrehue y Posta de Salud Rural Catripulli.

A los TENS Raquel Aliante, Víctor Catrileo, Hilda Carrasco y Ana Morales, quienes con su vocación e íntegro conocimiento de pacientes me guiaron en la investigación.

A mi equipo de Farmacia, en especial a TENS Mónica Lagos, quien se convirtió en una leal ayuda para mi gestión farmacéutica en el CESFAM.

A la Enfermera Andrea Salas, quien me recordó seguir con la investigación en aquel ajetreo constante de la APS, fue la conciencia de mi trabajo y con quien cultive una linda amistad.

A mis amigos y compañeros que también la APS gratamente me brindó: Javier Llanos, Carolina Castro, Fabián Lucero, Camila Vargas, José Manuel Inostroza, Ana Godoy y Felipe Espinoza.

A mi amiga Carolina Villagrán, mi compañera de batalla en este magíster.

A mi amiga Yipssia Varas, mi otra compañera de batalla en el programa de estudios.

A mi amiga Martina Cárdenas quien una vez me dijo: “¡tú eres matea Carla, tú eres para avanzar!”. Aquello hizo que me decidiera por el postgrado.

A mi Ex Jefa Andrea Mateluna y mi Colega Patricia Romani, no podría haber cursado las asignaturas del magíster, sin el apoyo de ambas en mi paso por Farmacia Privada.

¡Gracias infinitamente Dios!

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
SUMMARY	8
INTRODUCCIÓN	9
HIPÓTESIS.....	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	17
METODOLOGÍA	18
1. Diseño del estudio	18
2. Período de estudio	18
3. Tamaño de la muestra.....	18
4. Dependencia física.....	18
5. Pacientes.....	19
6. Aceptación de Servicio de Salud para cursar trabajo de investigación	19
7. Plan de trabajo e instrumentos a utilizar.....	20
8. Recolección y análisis de datos	20
RESULTADOS.....	21
1. Características sociodemográficas, clínicas y farmacoterapéuticas y de los pacientes estudiados.....	21
1.1. Identificación de pacientes	21
1.2. Nivel educacional de la muestra en estudio	21
1.3. Ocupación.....	21
1.4. Presencia de familia	22
1.5. Pertenencia a pueblo originario (Mapuche)	22
1.6. Clasificación de pacientes no adherentes de acuerdo con valores de hemoglobina glicosilada	22
1.7. Glicemia en ayunas	23
1.8. Comorbilidades	23

1.9. Polifarmacia	23
1.10. Duración de las entrevistas:	24
2. Identificación de etapas de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes estudiados ...	25
2.1. Primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Encuentro significativo.....	25
2.2. Segunda etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Efectos de la medicación sobre su cuerpo.....	28
2.3. Tercera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Naturaleza inevitable. No hay vuelta atrás.....	30
2.4. Cuarta etapa: de la experiencia farmacoterapéutica: Autocontrol.....	31
2.5. Otras experiencias propias de los pacientes no adherentes diabéticos descompensados.....	33
2.6. Otras experiencias relacionadas con la cosmovisión mapuche	34
3. Factores de no adherencia terapéutica identificados.....	37
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS.....	61
Anexo 1: Definiciones.....	61
Anexo 2: Consentimiento informado	62
Anexo 3: Entrevistas semiestructuradas	64
Anexo 4: Ficha de Atención Farmacéutica.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel educacional de la muestra estudiada	21
Tabla 2: Ocupación de los pacientes entrevistados	22
Tabla 3: Clasificación de pacientes no adherentes descompensados	23
Tabla 4: Comorbilidades de los pacientes entrevistados.....	23
Tabla 5: Unidades de sentido que corresponden a la primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Encuentro significativo.....	25
Tabla 6: Unidades de sentido que corresponden a la segunda etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Efectos de la medicación sobre su cuerpo.	28
Tabla 7: Unidades de sentido que corresponden a la tercera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Naturaleza inevitable.	30
Tabla 8: Unidades de sentido que corresponden a la cuarta etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Autocontrol.	31
Tabla 9: Otras experiencias de los pacientes no adherentes.....	33
Tabla 10: Otras experiencias relacionadas a las preguntas sobre cosmovisión mapuche	34
Tabla 11: Factores de no adherencia relacionados con características socioeconómicas	37
Tabla 12: Factores de no adherencia relacionados con el paciente	38
Tabla 13: Factores de no adherencia relacionados con la enfermedad	40
Tabla 14: Factores de no adherencia relacionados con el tratamiento farmacológico	41
Tabla 15: Factores de no adherencia relacionados con el sistema de salud o el equipo asistencial	42

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) califica la falta de adherencia terapéutica como un problema mundial de gran magnitud siendo multifactorial, y repercutiendo a nivel clínico, psicosocial y económico.

En Atención Primaria de Salud (APS), el Químico Farmacéutico mediante el programa Fondo de Farmacia (FOFAR) de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, tiene la responsabilidad de detectar pacientes no adherentes. Para ello, es esencial que el profesional comprenda percepciones y experiencias del paciente en relación con su patología y el uso crónico de medicamentos.

Objetivo: Estudiar la experiencia farmacoterapéutica como instrumento de detección de factores de no adherencia farmacológica, en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 descompensada, pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular de CESFAM Curarrehue y Posta de Salud Rural Catripulli.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico-observacional de tipo exploratorio, consistente en analizar la experiencia farmacoterapéutica de pacientes diabéticos descompensados. Comprendió un período de seis meses de entrevistas semiestructuradas a 10 pacientes, quienes se seleccionaron de acuerdo con grado de descompensación de su enfermedad y posterior firma de consentimiento informado. Terminado este período, se procedió al análisis de datos, finalizando con un informe donde se validó la información. La investigación se desarrolló en dependencias de CESFAM Curarrehue, Posta de Salud Rural (PSR) Catripulli y Visitas Domiciliarias Integrales (VDI) de sector periurbano de la comuna de Curarrehue.

Resultados: Se detectaron unidades de sentido, las cuales se clasificaron en las cuatro etapas de la experiencia farmacoterapéutica correspondiente a encuentro significativo, efectos de la medicación sobre el cuerpo, naturaleza inevitable y autocontrol. Existieron dos clasificaciones adicionales pertenecientes a otras experiencias de los pacientes diabéticos estudiados y acerca de la cosmovisión mapuche. La identificación de las cuatro etapas permitió detectar factores de no adherencia terapéutica, clasificados en las cinco dimensiones (factores relacionados con las características socioeconómicas, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento farmacológico, factores relacionados con el sistema de salud o el equipo asistencial).

Conclusiones: A través de entrevistas en profundidad, semiestructuradas fue posible comprobar el cumplimiento de las cuatro etapas de la experiencia farmacoterapéutica descritas por Shoemaker y Ramalho de Oliveira, obteniendo percepciones propias de los pacientes diabéticos y dando lugar a la identificación de factores de no adherencia terapéutica.

SUMMARY

Introduction: The World Health Organization (WHO) describes the lack of adherence to treatment as a global issue of great magnitude, considered as a multifactorial problem and at the same time, affecting the clinical, psychosocial and economic level.

In a Primary Health Care setting (PHC), the Pharmacist has the responsibility to detect medication non-adherence in patients through the Pharmacy Fund programme (PHARFU) of Chronic Non communicable Diseases (NCDs). In that sense, it is essential the professional understands the patient's perceptions and experiences in relation to the pathology and chronic use of medication.

Objective: To study the medication experience as an instrument of factor detection of non-pharmacological adherence in adult patients with unbalanced type 2 diabetes mellitus, belonging to the Cardiovascular Health Program of Curarrehue Clinic and Catripulli Rural Health Center.

Methodology: Qualitative phenomenological-observational study of explorative perspective consisted in analysing the pharmacotherapy experience of unbalanced type 2 diabetes mellitus patients. This program encompassed semi-structured interviews with ten patients during six months. The patients were selected according to the unbalanced disease rate and the further acceptance of the informed consent. When this stage was finished, data was analysed in a report containing data validation. The research was carried out at Curarrehue Clinic, Catripulli Rural Health Center, and also during the integral home visiting program through the suburbs of Curarrehue commune.

Results: Meaning units were detected, which were classified into four stages of the medication experience corresponding to the meaningful encounter, bodily effects, unremitting nature and exerting control. Two further classifications, belonging to other experiences of the type 2 diabetes patients studied and about the mapuche worldview. The identification of the four stages let detect non-therapeutic adherence, classified into five dimensions (factors related with socioeconomic characteristics, factors related with the patient, factors related with the disease, factors related with the pharmacotherapy, factors related with the Health System or medical staff).

Conclusions: Through in depth semi-structured interviews, it was possible to verify the compliance of the four-stage pharmacotherapy described by Shoemaker and Ramalho de Oliveira, determining the diabetes patient's own perceptions and identifying non-adherence therapeutic factors.

INTRODUCCIÓN

La salud definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” [1] es un fenómeno alineado con el modelo holístico que refuerza la connotación positiva de la salud; teniendo un carácter multidimensional [2], ya que depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos [3].

Marc Lalonde, en su informe denominado: “*New perspectives on the health of Canadians. A working document*” de 1974 [4], refuerza el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este señaló que la salud o la enfermedad no se relacionan solo con factores biológicos o agentes infecciosos, sino que la mayoría de las enfermedades tienen una base u origen socioeconómico [5]. Se define entonces a los determinantes de salud como “al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones”, dividiéndose en dos grandes grupos [6]:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos.
- Los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros.

Estos factores determinantes de la salud son [6]:

- Aquellos relacionados con los estilos de vida.
- Los llamados factores ambientales.
- Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
- Los relacionados con la atención sanitaria, es decir los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

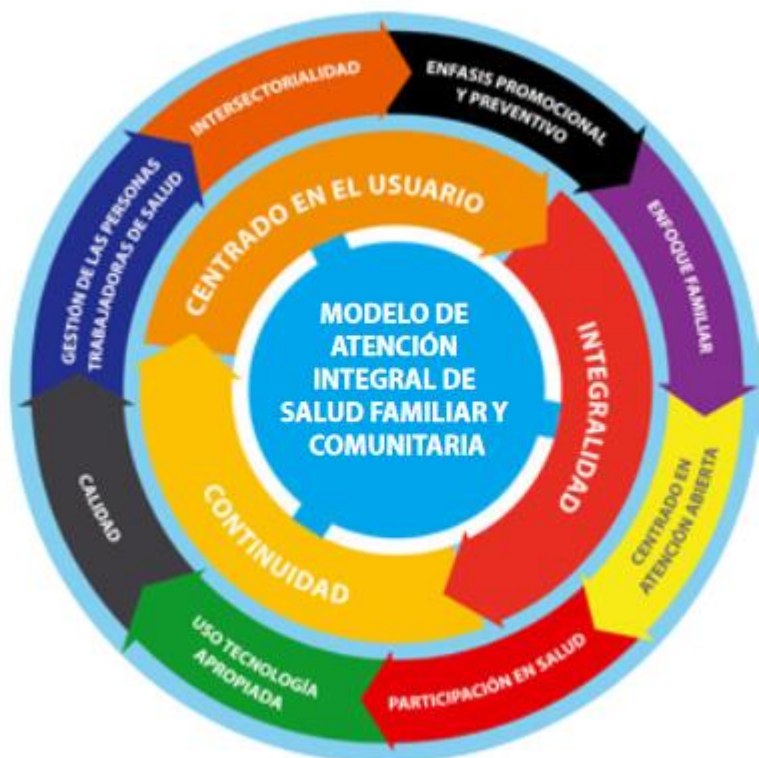
La publicación de Lalonde dio pie a la reformulación del concepto de salud y de la atención de salud, bajo los cuales se enmarcó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978. La declaración de esta entidad reivindica la salud como un derecho humano fundamental de todas las personas y define a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia política de los Estados y la sociedad civil, para transformar los sistemas de salud y los procesos de determinación social de la salud de la población. La declaración señala la necesidad de un nuevo modelo de atención orientado a las necesidades de salud de la población, que permita garantizar la equidad y la justicia social [5] [7].

Modelo de Atención Integral de Salud

En Chile, en la década de los 90, comienza el fortalecimiento de la APS, mediante la publicación del Ministerio de Salud: “de Consultorio a Centro de Salud” que entregó un marco conceptual sobre la Atención Primaria a fin de que los equipos de salud reflexionen sobre la meta a alcanzar, estudien su situación y diseñen localmente las estrategias más eficientes para alcanzar sus objetivos. En el año 2005, durante la Reforma de Salud se eleva el rol de la atención primaria y se le atribuye una alta responsabilidad en los cambios del modelo de atención del sistema en general, y en la implementación de estrategias destinadas a enfrentar muchos de los problemas de salud, priorizados por el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) [8] [9] [10]. Se implementó el Modelo de Atención Integral de Salud definido en aquel entonces como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” [11].

Pero, ante el marco de la renovación de la APS, fue necesario redefinir del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de instaurar en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, fue conceptualizado de la siguiente forma: “Un 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 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 - incluido el intersector - 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”. Siendo entonces, tres los principios irrenunciables en este Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria: **“Centrado en las personas, Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado”** [9].

Figura 1: Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



Extraído de: Dois A, Ojeda I, Vargas I et al. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria dirigido a Equipos de Salud.

Cosmovisión Mapuche

Atendiendo al modelo de atención integral en salud descrito, es importante abordar la visión de salud de los pueblos indígenas, los cuales alrededor del mundo son la población más pobre y marginada del planeta y más dependiente de entornos saludables y sostenibles para su bienestar [12].

Nuestro país, Chile, es una nación multiétnica, multicultural y multi-lingual. El Censo del año 2017 ilustró que el 12,8% de la población se identifica con una etnia indígena o nativa, dentro de los cuales el 79,8% se identifica como mapuche, el pueblo indígena más grande de Chile. Diversas iniciativas de acción afirman que se han esforzado por abordar las asimetrías económicas, sociales, culturales y políticas entre los grupos indígenas y la población en general. Numerosos estudios indican que este desequilibrio es muy evidente en la atención de salud [13].

El pueblo mapuche o gente de la tierra, se concentra mayormente en las regiones del Bío-Bío y de la Araucanía. En promedio, el pueblo mapuche accede a 9 años de escolaridad y un 11% se mantiene como analfabeto. Un 70% del grupo se autocalifica como perteneciente al nivel socio económico bajo [14].

La salud para el mapuche trasciende desde la naturaleza, de manera que el equilibrio se ve afectado cuando se trasgreden las leyes de la naturaleza, provocando la enfermedad tanto física como espiritual. Este desequilibrio se manifiesta en el plano físico o psicológico y es conocido como *kutran* o enfermedad. Para el pueblo mapuche la enfermedad ocurre cuando el hombre se encuentra en su estado más vulnerable, es decir, cuando su condición de “che” (persona) se ha debilitado; si el cuerpo y el alma de la persona no funcionan en un momento dado como una sola voluntad de ser y hacer, con una única e íntegra intención, se torna en nido atractivo para que lo posesionen o cohabiten en él espíritus [14].

La falta de salud no sólo se puede observar en la presencia o ausencia de dolor, el dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado a la vida de la persona. Por tanto, se deben considerar aspectos más allá de la expresión concreta de una enfermedad, atendiendo al medio que lo rodea. El mapuche vive y sufre más dramáticamente la enfermedad, mientras que el hombre occidental solo experimenta dolores o perturbaciones molestas en un estadio avanzado del proceso patológico. Cuando el hombre occidental no siente nada, el mapuche podría estar sufriendo agudos dolores. Es esta vivencia derivada de una mayor conciencia del mapuche, la que podría llegar a resultarle más nociva, porque se quebranta más rápido su resistencia psicológica a la enfermedad o porque determinadas actitudes psíquicas, producto de la vivencia de la enfermedad, favorecen la acción de la energía invasiva. El hombre moderno, inconsciente de la situación, no tendría tales actitudes hasta avanzado el proceso de la enfermedad [14].

Falta de adherencia terapéutica

Un problema, calificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como de gran magnitud, es la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos, que conlleva a una relación de peor control de la enfermedad; incremento del riesgo de morbilidad; disminución de la calidad de vida de los pacientes e incremento del gasto económico en los sistemas de salud. En los países desarrollados, las tasas de adherencia terapéutica en pacientes que sufren enfermedades crónicas promedian alrededor de un 50%. El escenario entonces, en países en desarrollo es más adverso, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud [15] [16].

Este complejo proceso es multifactorial, influenciado por factores que dependerán de la situación clínica del paciente, el tratamiento, su entorno personal y el entorno sanitario [17].

Los factores que condicionan la falta de adherencia a los tratamientos se clasifican según características socioeconómicas; factores relacionados con el paciente; con la patología existente; con el propio tratamiento farmacológico y con el sistema de salud o el equipo asistencial (relación médico-paciente) [15] [17].

En países en desarrollo, los factores relacionados con las características socioeconómicas como el bajo nivel socioeconómico pueden condicionar al paciente a elegir entre prioridades en competencia, las cuales incluyen con frecuencia las exigencias de dirigir los limitados recursos disponibles a satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como hijos y padres dependientes de cuidado. Algunos factores a los cuales se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia, comprenden: estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, bajo nivel de educación, el desempleo, la falta de redes efectivas de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado de transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento farmacológico y la disfunción familiar [15].

En cuanto a los factores relacionados con el paciente, el conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos farmacoterapéuticos de la enfermedad, las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente interactúan de un modo que aún no es comprendido para influir sobre el comportamiento de la adherencia terapéutica.

Los factores que se relacionan con el paciente e influyen sobre la adherencia terapéutica corresponden al olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad del tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las consideraciones negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones del tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, asesoramiento, a talleres motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la

dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad [15].

Los factores relacionados con la enfermedad son aquellos determinantes relacionados con el paciente respecto a su patología, dependiendo si esta es asintomática o sintomática (gravedad de sintomatología); grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional); la velocidad de progresión, gravedad de la patología; comorbilidades y disponibilidad de tratamientos efectivos [15] [17].

Con el tratamiento farmacológico, el factor que se vincula es el abandono de la farmacoterapia, si el paciente no observa un resultado beneficioso a corto plazo. Además, la interrupción de la farmacoterapia debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de no adherencia; adicionándose la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación; complejidad del régimen médico; duración del tratamiento; los fracasos de tratamientos anteriores y los cambios frecuentes en el tratamiento [14] [15].

Los factores relacionados con el sistema de salud o el equipo asistencial incluyen a los servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del equipo de salud en el control de enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria con alta carga laboral, quienes perciben falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño. Un factor importante es la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles primarios asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos. También influyen la poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia terapéutica y las intervenciones efectivas para mejorarla [14] [15].

Enfermedades crónicas no transmisibles

Actualmente existe un escenario epidemiológico que muestra un aumento creciente en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente de las patologías cardiovasculares que representan la primera causa de muerte prematura y de discapacidades a nivel mundial. Además, estos problemas de salud tienen entre sus principales factores de riesgo la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la dislipidemia (DLP). Aun existiendo alta tecnología y disponibilidad de tratamientos eficaces para manejar y controlar estas enfermedades, diversos estudios señalan que son muy pocos los países que tienen más de la mitad de su población con HTA, DM2 y DLP

compensada. La mayor parte de los países latinoamericanos muestran cifras más bajas de control que los países desarrollados, panorama muy complicado, considerando que los recursos en salud son más limitados. El núcleo central del control de estas enfermedades es el alcance de las metas terapéuticas, es decir, que el paciente alcance parámetros clínicos y metabólicos óptimos que le permitan disminuir el riesgo de desencadenar algún evento agudo o una complicación a causa de su enfermedad [18].

Rol del Profesional Farmacéutico en APS

Habitualmente durante la atención de salud del paciente, la asistencia a la Farmacia comprende la última etapa de este proceso. El Químico Farmacéutico, como profesional responsable del proceso de utilización de medicamentos, debe proveer la información y educación necesaria a través de la práctica de la atención farmacéutica, realizando seguimiento farmacoterapéutico (SFT) que implica identificar problemas relacionados a medicamentos (PRM), para prevenir y resolver resultados negativos asociados a la medicación (RNM) [19].

Al estandarizar el SFT, la primera etapa de este servicio farmacéutico comprende la entrevista inicial con el paciente, de la cual se obtiene la mayor cantidad de información objetiva o subjetiva de éste, en un ambiente de receptividad y apoyo [20]. Sin embargo, es importante que durante esta etapa y en el curso del SFT, el profesional farmacéutico pueda comprender mejor al paciente, con respecto a su percepción y la relación con su enfermedad y la medicación, mediante la experiencia farmacoterapéutica que es la percepción subjetiva que tiene la persona al administrar una terapia farmacológica crónica en su vida diaria.

Strand, Cipolle y Morley, que formularon el concepto de Atención Farmacéutica, han desarrollado la definición de Experiencia Farmacoterapéutica como “la suma de todos los eventos en la vida del paciente que implican el uso de medicación. Esta es la experiencia personal del paciente con los medicamentos. La experiencia vivida forma las actitudes del paciente, creencias y preferencias acerca de la terapia farmacológica. Son estas características las que principalmente determinan que el paciente adquiera una conducta en relación con su medicación” [21]. La experiencia farmacoterapéutica permitirá identificar, prevenir y resolver PRM, ayudando entonces a las decisiones del manejo de la medicación, teniendo un papel muy útil a la hora de facilitar consejo y educación sobre la salud [22] [23] [24] [25].

En Chile, desde el año 2014 se ha implementado el Programa Fondo de Farmacia (FOFAR) para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria, a través del cual, ingresa el profesional farmacéutico con el fin de garantizar a la población un arsenal farmacológico que cubra

las necesidades de patologías como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensión Arterial (HTA) y Dislipidemia (DLP); promocionando el uso racional de medicamentos, junto con entregar servicios de atención farmacéutica que ayuden a mejorar la adherencia terapéutica mediante la educación y la atención de pacientes, optimizando así los resultados clínicos obtenidos a partir del uso de los medicamentos [26].

CESFAM Curarrehue

El establecimiento donde se realizó el estudio corresponde a un Centro de Salud Familiar (CESFAM) ubicado en la comuna de Curarrehue, IX región de la Araucanía, perteneciente a la provincia de Cautín a 152 kilómetros del sureste de la capital regional, Temuco y a 39 kilómetros de la ciudad de Pucón. La población mapuche comprende el 50,27% de la población total [27]. El CESFAM junto a las siete Postas de Salud Rural (PSR), tiene una población per cápita de 8.232 pacientes [28].

Desde el año 2018, el CESFAM Curarrehue cuenta con un profesional Químico Farmacéutico mediante programa FOFAR, quien trabaja en conjunto con el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del establecimiento, identificando oportunidades de mejora farmacoterapéutica y realizando intervenciones que orienten a alcanzar objetivos de mejora de salud [29]. Actualmente, el PSCV cuenta con 1.233 pacientes en control distribuidos en CESFAM, 6 PSR (Catripulli, Reigolil, Epeukura, Quiñenahuin, Maite y Caren) y una Estación Médico Rural (EMR, Flor del Valle), de los cuales la población diabética es la mayormente descompensada y constituye actualmente un desafío para el equipo de salud [28] [30].

Al estar integrado el Farmacéutico al equipo de salud multidisciplinar del PSCV, y utilizando la experiencia farmacoterapéutica, se propone identificar las percepciones de los pacientes seleccionados frente a su medicación y descompensación de la enfermedad. Herramienta que permitiría detectar factores de no adherencia terapéutica, condicionantes de mal control de la enfermedad [31] [32].

HIPÓTESIS

La experiencia farmacoterapéutica integrada tanto en la anamnesis inicial como durante todo el curso del seguimiento farmacoterapéutico (SFT), permite identificar eficazmente factores de no adherencia terapéutica, que ocasionan problemas relacionados a medicamentos (PRM).

OBJETIVO GENERAL

Estudiar la experiencia farmacoterapéutica como instrumento de detección de factores de no adherencia farmacológica, en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 descompensada, pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular de CESFAM Curarrehue y Posta de Salud Rural Catripulli.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas, clínicas y farmacoterapéuticas de la muestra en estudio.
2. Comprobar el cumplimiento de las etapas de la experiencia farmacoterapéutica en los pacientes entrevistados.
3. Analizar las percepciones en relación con el uso crónico de medicamentos de la muestra estudiada.
4. Identificar factores de no adherencia terapéutica a partir de la verificación de las etapas de experiencia farmacoterapéutica.

METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

Estudio cualitativo fenomenológico-observacional de tipo exploratorio en base a entrevistas en profundidad, semiestructuradas, grabadas y posteriormente transcritas, que permitieron reconocer aspectos concretos e íntimos de los sentimientos y experiencias de los pacientes con su enfermedad y tratamiento. Lo anterior permitió la obtención de unidades de sentido, frases o trozos de texto cuyo significado pueden potencialmente concordar con las etapas por las que pasa la experiencia farmacoterapéutica de un enfermo crónico.

2. Período de estudio

El estudio comprendió seis meses de entrevistas semiestructuradas. La primera etapa de entrevistas se desarrolló desde abril a julio de 2019. Posteriormente se retomó la segunda etapa y tercera etapa, en octubre de 2019 y enero de 2020 respectivamente.

Desde el mes de diciembre de 2019, se transcribieron las entrevistas (previamente grabadas), para recogida y análisis de datos que se realizaron durante el mes de diciembre de 2019 y enero de 2020. El informe y validez de la información, se entregó en el mes de marzo de 2020.

3. Tamaño de la muestra

La muestra consistió en 10 pacientes con patología de DM tipo 2 descompensada, pertenecientes al PSCV. Se realizó una selección no probabilística por conveniencia. Estos pacientes fueron elegidos, a partir de listado de pacientes diabéticos descompensados y de visitas domiciliarias integrales (VDI), donde el profesional Farmacéutico se ha incorporado con los demás integrantes del equipo del PSCV.

4. Dependencia física

CESFAM Curarrehue, donde las entrevistas se efectuaron en box de atención de Enfermera Encargada de PSCV.

VDI de sector periurbano de la Comuna de Curarrehue y sector Catripulli, para lo cual fue necesario el traslado a los domicilios de los pacientes mediante vehículos institucionales del Departamento de Salud Municipal (DSM) de Curarrehue. La distancia más lejana correspondió al sector de Huampoe,

10 kilómetros de distancia con respecto a la PSR Catripulli, cuyo camino para llegar a destino del paciente es de tierra y con grandes dificultades para transitar.

5. Pacientes

Los pacientes seleccionados fueron aquellos que cumplieron con dos o más criterios de inclusión, priorizando parámetros clínicos críticos que evidencien descompensación de DM tipo 2, quienes accedieron al estudio posterior a firmar consentimiento informado (anexo 2).

5.1 Criterios de selección para pacientes que se evaluarán factores de no adherencia

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de DM tipo 2
- Hemoglobina glicosilada (HBA1C) igual o mayor a 7%
- Glicemia en ayunas mayor a 200 mg/dL
- Dos o más comorbilidades crónicas (priorizando HTA y DLP)
- Polifarmacia (prescripción de cinco o más medicamentos)
- Grado significativo de no adherencia farmacológica

Criterios de exclusión:

- Ausencia de comorbilidades crónicas
- No adherentes sin diagnóstico de DM tipo 2

6. Aceptación de Servicio de Salud para cursar trabajo de investigación

Este proyecto de investigación se presentó al Comité de Ética de Servicio de Salud Araucanía Sur, entidad que notificó la aprobación a investigadora para dar curso al estudio.

Además, el proyecto de enmarca en un Convenio de Colaboración de Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile con Municipalidad de Curarrehue (Decreto Exento Número 1086 del 06 de agosto de 2018).

7. Plan de trabajo e instrumentos a utilizar

Se seleccionaron pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, y se citaron mediante Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) de PSCV y/o TENS de PSR, durante la jornada laboral. Una vez seleccionados, se les ofreció formar parte de este estudio. Posterior a que el paciente accedió a ser partícipe del estudio mediante firma de consentimiento informado, se aplicó la entrevista semiestructurada (anexo 3), la cual fue grabada y dependiendo del caso se acudió a VDI correspondiente.

La transcripción de datos permitió analizar si se cumplen las etapas de experiencia farmacoterapéutica [22] [24], identificando factores de no adherencia terapéutica.

8. Recolección y análisis de datos

Los datos fueron recolectados a partir de transcripción de las entrevistas grabadas. Cada entrevista, se analizó de acuerdo con las cuatro etapas de experiencia farmacoterapéutica [22] [24]:

- **Primera etapa:** encuentro significativo, el paciente se enfrenta al diagnóstico de la enfermedad y a su terapia medicamentosa. Refiere sensaciones de: pérdida de control, envejecimiento, cuestionamiento del criterio del médico y/o el tratamiento y estigmatización.
- **Segunda etapa:** efectos de la medicación sobre su cuerpo, el paciente puede revelar tanto efectos positivos como efectos negativos.
- **Tercera etapa:** naturaleza inevitable, el paciente manifiesta que no existe vuelta atrás con la enfermedad, es de por vida, lo que puede ocasionar sensación de incredulidad, carga o dependencia.
- **Cuarta etapa:** autocontrol, el paciente comienza a ejercer un control de la dosis de sus medicamentos y/o de las pautas de administración.

A partir de las etapas de experiencia farmacoterapéutica, se identificó en cada paciente los factores de adherencia y se clasificó según las cinco dimensiones:

- Factores relacionados con las características socioeconómicas
- Factores relacionados con el paciente
- Factores relacionados con la enfermedad
- Factores relacionados con el tratamiento farmacológico
- Factores relacionados con el sistema de salud o el equipo asistencial

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas, clínicas y farmacoterapéuticas y de los pacientes estudiados.

1.1. Identificación de pacientes

Se realizaron entrevistas en profundidad a 10 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de edad promedio 59 años (rango entre 47 y 69 años), cuya residencia se distribuía de la siguiente manera:

Curarrehue: 5 pacientes, uno de ellos perteneciente al sector Caren.

Catripulli: 5 pacientes, uno de ellos perteneciente al sector Huampoe.

En sector Curarrehue, 2 pacientes fueron atendidos en box de atención enfermera y 3 pacientes a través de VDI, siendo en una atención la QF acompañada por profesional médico.

En sector Catripulli, los 5 pacientes fueron atendidos mediante VDI, siendo la QF acompañada de TENS de PSR.

De los 10 pacientes estudiados, 8 correspondieron a sexo femenino (80%) y 2 a sexo masculino (2%).

1.2. Nivel educacional de la muestra en estudio

De los 10 pacientes estudiados, predominó el nivel educacional básico (60%). La Tabla 1 señala la distribución de nivel educacional de la muestra.

Tabla 1: Nivel educacional de la muestra estudiada

Nivel educacional	N	Porcentaje (%)
Básica	6	60
Media	3	30
No indica	1	10

1.3. Ocupación

Se destacó la ocupación dueña de casa (70%). La Tabla 2 indica la distribución de ocupación de los pacientes entrevistados.

Tabla 2: Ocupación de los pacientes entrevistados

Ocupación	N	Porcentaje (%)
Dueña de casa	7	70
Dueña de casa, costurera, pastelería	1	10
Comerciante	1	10
Jubilado	1	10

1.4. Presencia de familia

Se identificó si cada paciente entrevistado, vivía con su familia. De 10 pacientes atendidos, 9 de ellos vive con, al menos, un familiar (90%) y un paciente vive solo (10%).

1.5. Pertenencia a pueblo originario (Mapuche)

El 70% de los pacientes entrevistados indicaron pertenencia a pueblo originario mapuche, señalando descendencia familiar o bien nexo mediante cónyuge, mientras que el 30% de los pacientes indicaron no pertenecer a pueblo mapuche.

1.6. Clasificación de pacientes no adherentes de acuerdo con valores de hemoglobina glicosilada

Según la clasificación de la ADA [63] a partir de valores de hemoglobina glicosilada (HBA1C), se determinaron los pacientes con riesgo de complicaciones de DM tipo 2. Mayoritariamente se identificaron pacientes con riesgo alto para generar complicaciones de la patología (HBA1C de 9,1 a 12%). La Tabla 3 señala la clasificación de los pacientes en estudio.

Tabla 3: Clasificación de pacientes no adherentes descompensados

Riesgo	Valores de HbA1C	n	Porcentaje (%)
Moderado	7 a 9%	3	30
Alto	9,1 a 12%	5	50
Crítico	Mayor a 12%	2	20

HbA1C: Hemoglobina glicosilada

1.7. Glicemia en ayunas

El promedio de glicemia en ayunas en la muestra estudiada correspondió a un valor de 252,4 mg/dL, de un intervalo de 110 a 125 mg/dL [63].

1.8. Comorbilidades

Las comorbilidades que predominaron en la muestra de estudio pertenecieron a HTA y DLP con un 60%. En la Tabla 4 se indica la distribución de comorbilidades:

Tabla 4: Comorbilidades de los pacientes entrevistados

Comorbilidad	n	Porcentaje (%)
HTA	2	20
HTA-DLP	6	60
HTA-Cardiopatía	1	10
Arritmia cardíaca x fibrilación auricular (ACXFA)	1	10

HTA: Hipertensión Arterial.
DLP: Dislipidemia

1.9. Polifarmacia

Se determinó como polifarmacia la indicación de cinco o más medicamentos. Los pacientes entrevistados, tienen un promedio de 8 medicamentos prescritos (rango de 5 a 11 medicamentos), por lo tanto, existe polifarmacia en el 100% de la muestra.

1.10. Duración de las entrevistas:

La primera ronda de entrevistas grabadas, que comprendieron primera y segunda entrevista a 8 pacientes, tuvo un promedio de duración de 33 minutos.

La segunda ronda de entrevistas grabadas, que comprendieron la tercera entrevista a los 8 pacientes, tuvo un promedio de duración de 26 minutos.

La tercera ronda de entrevistas grabadas, que comprendieron: primera, segunda y tercera entrevista a 2 paciente, tuvo un promedio de duración de 49 minutos.

2. Identificación de etapas de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes estudiados

A continuación, se describen algunas unidades de sentidos que se extrajeron de las entrevistas en profundidad y se las asocia a alguna de las etapas de la experiencia farmacoterapéutica.

2.1. Primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Encuentro significativo

Dentro de esta etapa se describen las subcategorías: “Pérdida de control”, “Cuestionar el criterio del médico y/o necesidad del tratamiento”, “Sensación de estigmatización”.

Tabla 5: Unidades de sentido que corresponden a la primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Encuentro significativo

Pérdida de control:

“Diabetes: no sé mucho. De lo que me han dicho los doctores: comidas. El azúcar alterado en la sangre, yo era muy buena para lo dulce. Mi madre, mi padre, todos en mi familia tienen diabetes”.

“Cuando supe que tenía diabetes, me morí en vida. Como sabía de las caídas, caminaba con cuidado, porque mi temor más grande es la herida en el pie”.

“...no hay cosa que me dé más impotencia que inyectarme, incluso le digo a mi hija: “estoy tan cabreada con esto” y tengo que hacerlo”.

"Siento impotencia de la insulina, rabia por qué me pasó a mí, de mi familia, nadie nadie”.

“Diabetes tengo desde el último embarazo y hace 8 años. Al principio fue complejo, cuando me dijeron “diabetes” me dio bajón. Me sentí limitada, tomaba mucha coca-cola y mucho café, el tener que dejarlos primero fue un castigo, ahora no”.

(¿Se le hace difícil sobrellevarla?): "Sí, hubiera deseado no haberla tenido nunca (diabetes), porque hay veces en la noche que me da una ansiedad de comer lo que pille, sea a la hora que sea. Hay veces en la noche que me tengo que levantar, aunque sea para comer un pedazo de pan. Pero, en el día, no”.

Tabla 5. Unidades de sentido que corresponden a la primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Encuentro significativo (cont.)

Pérdida de control:

“De la diabetes sé que es una enfermedad silenciosa, cuando sube el azúcar, el azúcar como que se está comiendo los órganos de uno por dentro, hay mucha azúcar; por ejemplo: el hígado, los riñones, todo eso, cuando sube mucho. Cuando el azúcar está muy bajo, como que siento que es peor, porque a mí cuando se me baja el azúcar, me siento peor que cuando está alta”.

“Lo que se me hace difícil es saber que tengo esa enfermedad (diabetes) y saber que quizás algún día si me sube hartito, me puede dar quizás un coma diabético...”

(Cuándo le diagnosticaron pie diabético, ¿qué sintió?): “Me bajoneo un poco, no tanto porque yo iba por el dedo gordo”.

Cuestionar el criterio del médico y/o necesidad del tratamiento:

“En el hospital, pura insulina porque como Ud. sabe en el hospital no dan pastillas, pura insulina”.

(Paciente indica relato con médico durante hospitalización): “Yo no he usado nunca insulina, doctor, sáquense eso de la cabeza, ¡yo nunca he usado insulina!”.

“Al otro día llegaba el doctor, y decía “Buchaaa ¿por qué la diabetes?” “Doctor, si la diabetes está alta por esto, por esto”. “Ah, pero igual hay que colocar más insulina, más insulina y más”. “Claro, me hacía peor la insulina”.

“Un día pelee con el doctor: “Doctor, usted no me está atendiendo a mí, me atienden los 5 doctores, usted no me atiende ¿Por qué Ud viene y de un día para otro, me dice que hay que meter más insulina, más insulina, más insulina? Si usted no me atiende a mí”.

“Llegó el doctor X (otro doctor) y dijo: ‘Dale el alta, que él sabe, él conoce su cuerpo al revés y al derecho, así que dale el alta no más, que se vaya’. Me dieron el alta, llegué aquí 400 y tanto sí, después al otro día 300 y tanto, después al otro día 200 y tanto y después al otro día 82; listo, eso era la diabetes”.

“Los médicos me atendían, pero nunca me dijeron (que tenía diabetes)”.

Tabla 5. Unidades de sentido que corresponden a la primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Encuentro significativo (cont.)

Sensación de estigmatización:

“La diabetes la tengo hace más menos 16 años, pero vine a hacer caso 8 años después, porque el médico me dijo: ‘con la glicemia tan alta, tendrá que pincharse’; pero no me animaba, no me inyectaba y llegaba a urgencias”.

“Me reta (su marido), me dice ‘pareces colador’ y yo no quiero un colador”.

(¿Siente alguna presión para tomar sus medicamentos?): “Sí, él (su marido). ¿Te tomaste los medicamentos?” me dice. “El otro día me olvidé, mejor ni le digo la palabra que me dijo”. “Ahhh ya, tení que cuidarte” me dice “porque si no me cuidas tú, ¿quién diablos me va a cuidar?” “mejor ni le digo las palabras que utilizó”.

(¿Sus creencias influyen en la toma de medicamentos?) Hay gente que dice: “no te tomé tanto los remedios, porque esos en vez de ayudarte, te perjudican más. El otro día me dijeron: “tanta insulina que te poní, eso te va a joder más”. “Ya te vas a traer toda la farmacia, te van a envenenar con tanto remedio” “Porque cuando voy para allá, el medio montón de remedios que tengo que traer”.

2.2. Segunda etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Efectos de la medicación sobre su cuerpo

En esta segunda etapa se presentan las unidades de sentido clasificadas en efectos positivos y negativos de la medicación.

Tabla 6: Unidades de sentido que corresponden a la segunda etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Efectos de la medicación sobre su cuerpo

Positivos:

“Me siento bien, he sentido el cambio. No he estado mareada o no tengo ansias de estar “picoteando” comida”.

“Hay una rojita, mire como es la cosa, me gusta tomarla, solo por el color (enalapril). Atorvastatina es chiquita, me gusta tomarla”.

“Creo que me están haciendo bien para el azúcar”.

“¿Y la glibenclamida no será lo mismo? esa no me hacía mal, si estuve tomando también, con esa andaba bien; con la glibenclamida y la insulina, andaba perfecto”.

(¿El médico ha agregado algún medicamento o bien lo ha eliminado?): “Insulina”. (¿Qué ha sentido cuando ha sucedido?): “Me sentí bien, no había mareo nada, tampoco sueño”.

(¿Siente que sus medicamentos le hacen efecto?): “Sí, lo siento de todas maneras, porque siento un pequeño dolor y ahh este medicamento es pa este (sana el dolor)”.

(¿El médico ha ajustado alguna dosis de sus medicamentos?): “Sí, todo los del corazón”. (¿Qué ha sentido cuando ha sucedido?): “Bien, súper bien”.

(¿Siente que sus medicamentos le hacen efecto?): “Sí, porque cuando me siento mal y mi diabetes está alta, me tomo los medicamentos como corresponde y me siento bien”.

Negativos:

“Antes con metformina, mucho dolor de estómago no resistía nada”.

(¿Siente algún malestar que lo asocia cuanto toma sus medicamentos?): “Sí, pediría con tanto anhelo que la metformina sea más chiquita, es muy dura. Si así fuera, uno se tomaría la metformina con más ganas. La metformina es amargosa”.

Tabla 6. Unidades de sentido que corresponden a la segunda etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Efectos de la medicación sobre su cuerpo (cont.)

Negativos:

“Sertralina es la que más me causa temor. La metformina pensaba que era morfina. Como que una se agrava sola”.

“Hubo un tiempo que de verdad no me los tomaba, porque sentía hambre, cansancio, mucha flojera (sueño). Tomé medicamentos, los dejé de tomar”.

(¿Piensa que los medicamentos le pueden hacer daño?): “Tantas ideas que meten en la cabeza, las conversaciones a veces pienso que sí. A veces pienso que, en vez de ayudarme, me perjudican más”.

“Sí, con la metformina, me dan vómitos y mucho dolor de estómago, no la soporto. La he dejado de tomar por esa razón, porque vez que la tomo, me enfermo; todas las veces que la he tomado. La he intentado tomar de a media, pero ni con eso, la tomo con las comidas, pero igual”.

“Metformina: me hace mal, no me la tomo hace como tres semanas o un mes. Nosé qué hacer si tomármelas o no me la tomo, porque será algo psicológico, veo la metformina y como que me enfermo”.

“Me dejé de inyectar (insulina) y comencé con el sueño y mareo”.

(Al administrar la insulina ¿le gustaba?): “Me dolía, tenía todo esto (brazo) morado. Me colocaban insulina y este otro para prevenir hemorragias (anticoagulante)”.

(¿Qué le inyecten, no le agrada?): “Justamente. Ya después no tenían donde clavarme, tenía dura la guata ya”.

(Con insulina al eliminar): “Me la quitaron dos días antes de operarme. Alivio de no pincharme más. Con pincharme comenzaba con el terror, dolor, me producía pánico inyectarme”.

(¿El médico ha agregado algún medicamento o bien lo ha eliminado? ¿Qué ha sentido cuando ha sucedido?): “Rara, porque deseaba tomarlas (las pastillas), pero no podía. No me gustó que me hayan eliminado los medicamentos. Se quitaron los dolores estomacales”.

Tabla 6. Unidades de sentido que corresponden a la segunda etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Efectos de la medicación sobre su cuerpo (cont.)

Negativos:

“Metformina me la estoy tomando con comidas, antes con ayunas y era peor, me ardía dentro”.

(¿Piensa que le pueden hacer daño?): “Sí, la glibenclamida hace daño a los riñones, porque tengo un hermano diabético que los médicos le dijeron que tomará tres veces al día (glibenclamida) y le pregunté al médico y me dijo que sí. Porque todo medicamento en exceso hace daño, son demasiado fuertes, es una droga”.

2.3. Tercera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Naturaleza inevitable. No hay vuelta atrás

En esta etapa las expresiones de los pacientes se categorizaron en tres secciones, “sensación de carga”, “sensación de dependencia” y “sensación de incredulidad”.

Tabla 7: Unidades de sentido que corresponden a la tercera etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Naturaleza inevitable

Sensación de carga:

(¿Qué significa para Ud. cuando le dicen que su diabetes no está compensada?): “Me enoja un poquito, porque sé que no está funcionando bien. Tratando de que no me haga subir más, que no me baja”.

“Me acostumbro a la enfermedad no más”.

Sensación de dependencia:

“No puedo viajar, por ejemplo: tengo que andar con mi insulina para allá, para acá. Si voy a Villarrica si quiera ya tengo que llevarla o Pucón que vaya tengo que llevarla; ya no me la coloco, puede estar malo”.

“Tengo problemas de baja (el azúcar), él (su marido) me ha salvado dos veces ya, ha sido de repente”.

2.4. Cuarta etapa: de la experiencia farmacoterapéutica: Autocontrol

Para esta etapa no existió separación de categorías.

Tabla 8: Unidades de sentido que corresponden a la cuarta etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Autocontrol

“Yo me conozco el cuerpo al revés y al derecho”.

“A veces me gusta tomar medicamentos. Mi mamá me dice “ahí están tus medicamentos, tomate”.

“Olvido los medicamentos. Para recordar me ayuda mi hija: alarma en el celular”.

(Le gusta tomar sus medicamentos) “Cero, cero, cero más la metformina que es tan grande. Hay medicamentos que no tomo”.

(¿El médico ha ajustado alguna dosis de sus medicamentos?): “Sí, la insulina cuando el azúcar ha estado muy alta me da una rayita. Bueno, lo acepto. Pregunta: ¿la insulina daña la vista?”.

“Hubo un tiempo que de verdad no me los tomaba porque sentía hambre, cansancio, mucha flojera (sueño). Tomé medicamentos, los dejé de tomar”.

“Metformina y glibenclamida, se toma con comidas, se hace fácil recordar. Lo mismo para el resto de los medicamentos. Se me hace fácil recordar”.

“No me gusta tomar medicamentos, pero me los tomo”.

“Sí, con la metformina, me dan vómitos y mucho dolor de estómago, no la soporto. La he dejado de tomar por esa razón, porque vez que la tomo, me enfermo; todas las veces que la he tomado. La he intentado tomar de a media, pero ni con eso, la tomo con las comidas, pero igual”.

“Tengo alarma en el teléfono. Antes me olvidaba, pero después los chiquillos (sus hijos) me dijeron: ‘alarma en el teléfono, mamá’ porque soy muy floja, muy dejada; sobre todo por la insulina, es la que más me preocupo de que no me falte, sobre todo colocármela todo el tiempo”.

(¿Utiliza pastillero?): “Sí, para guardarlas, mi esposa me hizo una caja grande con compartimentos, entonces yo levanto la tapa y saco de cada uno. Tengo mi cajón aparte donde están puros remedios”.

Tabla 8: Unidades de sentido que corresponden a la cuarta etapa de la experiencia farmacoterapéutica: Autocontrol (cont.)

(¿Qué realiza para recordar sus medicamentos?): “Me levanto todos los días en mañana, veo la caja, ya sé que tengo que tomarme los remedios. Ella (su esposa), me dice: “¿te estás tomando los medicamentos?””.

(¿Los olvida?): “No, si no nos tomamos los medicamentos, estamos jodidos”.

(¿Tiene apoyo para recordar tomar sus medicamentos?): “Sí, mi señora. Los dos nos vamos recordando”.

(¿Inyectarse le gusta?): “Sí. Cuando está mi hijo, me inyecta él y mi nieta”.

(¿Qué significa para Ud. cuando le dicen que su diabetes no está compensada?): “Noo, la tomo como un hobby, yo mismo debo tratar de bajarla”.

(¿Se le hace difícil sobrellevar la diabetes?): “No, porque ya me acostumbré. Me la mentalizo que no tengo, sino voy a andar metida todo el día con eso, no la tomo en cuenta”. (¿Hierbas medicinales toma?): (Contesta por su marido y ella): “Sí, agüitas: quintral de maqui, matico con llantén”.

(¿Entre las hierbas medicinales y los medicamentos?): “Ambas, no se puede dejar el medicamento”.

“Tengo que tomar hora (Nutricionista), porque estoy muy descontrolado con las comidas, según el médico, por eso me salía mal la sangre”.

“Hace unos 8 años atrás, el doctor me dijo que tenía la diabetes muy descontrolada. ‘Doctor’ le dije yo, ‘¿Qué quiere que haga?’ ‘Yo no tengo los recursos para estarme comprando los alimentos especiales para los diabéticos, que muchos me dice que compre la harina integral, que compre de esto’. Pero, yo desgraciadamente de marzo a diciembre vivo con \$110.000, con la pensión de él (su marido)”.

“Pero, hija, pero resulta que a veces el cuerpo a usted le pide dulce, que digamos que no pide dulce en la persona que no tiene diabetes, es mentira. El cuerpo pide dulce, si usted no le da dulce al cuerpo, olvídense el cuerpo comienza como gelatina, a portarse mal”.

(¿Tiene apoyo para recordar tomar sus medicamentos?): “No, yo no más. Mi esposo trabaja en construcción, sale en la mañana y llega en la tarde”.

2.5. Otras experiencias propias de los pacientes no adherentes diabéticos descompensados

En las entrevistas surgieron otros comentarios que fueron más difíciles de asignar a alguna categoría de la experiencia farmacoterapéutica, además incluyen creencias religiosas de los pacientes importantes de destacar. Estas unidades de sentido se transcriben a continuación:

Tabla 9: Otras experiencias de los pacientes no adherentes

“Insulina: realmente tomo medicamentos sin saber. Para llegar al páncreas”.

“Ya no me acuerdo de qué tanto medicamento”.

“Metformina: esa se me olvida en el almuerzo. Pero, en la mañana me la tomo sagradamente y en la tarde igual”.

“Mire que hasta ya me olvide para qué son los medicamentos, la cuestión es que me los tomo”.

(¿Siente que su religión le ha ayudado a su enfermedad?) “Mucho, mucho porque hay que creer que hay un Dios que algún día me va a dar la sanidad, hay que tener tanta fe también”.

(¿Su religión ha influenciado en que se tome los medicamentos? [¿Qué no se lo tome?]): “No, es separado. Uno se toma los medicamentos en nombre del Señor”.

(¿Su religión ha influenciado en que se tome los medicamentos?): “Siempre el pastor dice que uno debe tener ayuda de los médicos y por Dios, para eso él le dio sabiduría a Ud., por ejemplo, para tener esta profesión”.

“Mi alimentación: recién me comí un pancito hallulla solito con un café; en almuerzo una ensalada con poquitito de comida, porque si es sopa no como el plato entero, como muy poco. El arroz así un poquitito, tallarines no como. Lo que sí me gusta son porotos, lentejas”.

“Mucha fruta, me traje tres naranjas, como de todas las frutas, mucha, mucha. El plátano no me gusta tanto, pero sí lo como con leche. Yo creo que ahí me sube el azúcar”.

“En la noche casi raro que cene, me como un yogurt. En la once a veces la paso, a veces me como una fruta”.

“Yo converso con (nombra a TENS de PSR) que, yo siento todo (sus pies) y eso me dijo el doctor que era bueno, porque sentía sensibilidad de los pies (paciente tiene pie diabético)”.

(¿Siente que quienes lo atienden en la PSR se preocupan por Ud.): “Sí, los TENS de posta siempre están pendientes y me vienen a avisar cualquier cosa”.

2.6. Otras experiencias relacionadas con la cosmovisión mapuche

Dado que el 70% de los pacientes entrevistados manifestaron pertenencia al pueblo originario mapuche, se detectaron percepciones con relación a la cosmovisión, las cuales se describen a continuación:

Tabla 10: Otras experiencias relacionadas a las preguntas sobre cosmovisión mapuche

(¿Qué significa salud para Ud.?): “De la vida de uno, de estar bien”.

(¿Qué significa salud para Ud.?): “Significa todo... si no tenemos salud, no tenemos nada. Es positivo, estar bien”.

(¿Le hace sentido relacionar naturaleza con salud?): “Sí, porque uno está al aire libre, al campo y eso a una la sana”.

(¿Relaciona la naturaleza con su salud?): “La naturaleza yo creo que sí, más que nada cómo uno ha decidido vivir con la naturaleza. La naturaleza es algo natural... buena salud, la puedo relacionar con eso (contacto con la naturaleza)”.

“Una vez fui... hay una caseta adentro (en CESFAM) que es para llevar a Nueva Imperial. Allá hay Médica Mapuche: las Machi, yo fui una vez porque tenía a mi nieto enfermo y yo, caímos los dos, pero no sabíamos por qué”.

“Tuve que conseguirme remedios naturales y me los llevé, la Machi a las 2 de la tarde me hicieron estar con él, le hicieron todo, todo. Mi niño durmió toda la tarde, como a las 9 de la noche, sentí que andaba en el baño solo, pero se le quitó todo, todo. Y no se me ha enfermado más mi cabrito, ni yo tampoco me he enfermado de eso”.

(¿Antes de su religión, vio a Machi?): “Fue buena la experiencia, pero hay cosas que la Machi siempre hace lo mismo: (¿Lo mismo para todos?): Sí, ‘te hicieron mal, te hicieron daño y te atacaron en la pierna’. Puede que haya sido a mí, ¿pero si va otra paciente le dice lo mismo?”.

“Lo que está permitido es tomar los remedios que dan las machis, por ejemplo: peumo es bueno para la espalda; puede ser la ruda, baja la presión; el canelo es un árbol nativo del mapuche, el canelo sirve para enfermedades... se hace la rogativa del mapuche, el canelo es un árbol sagrado para el mapuche”.

Tabla 10: Otras experiencias relacionadas a las preguntas sobre cosmovisión mapuche (cont.)

(¿La diferencia de Machi con Curandera?): “La Machi entra en trance, tiene su lado bueno y malo. De repente dice: tiene mal, tiene mal y no hay cómo encontrar explicación”.

(¿Ha visto las machis?): “Algo me pasa, como que creo, pero no creo, hay algo que me ataja. De tomar hierbas sí. Pero lo de las machis me da terror, como que me van a decir algo que no quiero saber”.

“Mis papás creían en las machis (Villarrica)”.

(¿Experiencia con Machi?): “No. En ese tema no creo, sí la medicina natural que es una cosa. En el tema de las Machi o Yerbateras o Médicas, no creo. Han ido familiares, mi mamá, decía que le hacía bien, veía la orina, le daba los remedios. Pero, para mí no es creíble. Para tomar un remedio natural sé. Siento que va con algo oscuro. Creo mucho en Dios, para mí es lo principal, oro a Dios con mucha fe y eso me sana”.

“Lo que le estoy hablando es de esta medicina, que se fue perdiendo y se ha perdido, porque no se ha hecho nada para que esos saberes se fueran traspasando de generación en generación. ¿Qué puede hacer la posta en esto? Que era la pregunta que Ud. me hacía, no sé... huerto medicinal, tiene tanto espacio... saber, conocer lo que sirve para cada cosa”.

“Sí, es necesario más que charlas, vivir”.

(¿Usa alguna hierba medicinal u otro tipo de medicina propia de la cultura mapuche?): “Me gusta tomar el agua de paico, sobre todo cuando tengo dolor de estómago, sirve para eso, para el empacho. De repente el matico, la manzanilla. La limpia plata, para la diabetes, porque limpia los riñones. De repente salgo a buscar las hierbas”.

“Para ayudar a la diabetes... la higuera, el notro, la raíz de murta, la raíz de mora. Todas esas cositas hacen bajar el azúcar. Incluso no es dañino tomar el lawen (hierba medicinal) con medicamentos (le dijo la machi)”.

“Agua de salvia es buena para regular el azúcar de la sangre”.

“Quintral de maqui es buena para las varices”.

“Sí, quintral de maqui, saca hartito la diabetes”.

“Las hierbas de acá: matico, llantén, maqui”.

Tabla 10: Otras experiencias relacionadas a las preguntas sobre cosmovisión mapuche (cont.)

“Para el colon: agua de maqui (mastico la hoja y tomo la infusión). También llantén, manzanilla y limpia plata”.

(¿Prefiere este tipo de medicina antes que los medicamentos que se le entregan?): “Me gustaría porque con los medicamentos ya no doy más, por mí no los tomaría más. Puras hierbitas. Con la metformina me queda en el cuello, la insulina parezco colador”.

(¿Complementar la terapia entonces?): “Sí, complementar las hierbas medicinales con las pastillas”.

(¿Cómo incorpora su cultura en la alimentación?): “La alimentación mapuche es casi toda verdura, lo que más como es verdura de siembra, tenemos huerto. Todo lo que va a la tierra es de la cultura mapuche”.

(¿Prefiere este tipo de medicina antes que los medicamentos que se le entregan?): “Son una ayuda a los medicamentos”.

(¿Cómo incorpora su cultura en la alimentación?): “Catuto, muday, no como hace muchos años”.

“Tengo huerta chiquitita, porque he estado enferma de los brazos (tendinitis y artrosis), más compro”.

3. Factores de no adherencia terapéutica identificados

A partir de la clasificación de las percepciones de los pacientes en las distintas experiencias farmacoterapéuticas, fue posible identificar los factores de no adherencia terapéutica en los 10 pacientes con patología de DM tipo 2 descompensada.

Tabla 11: Factores de no adherencia relacionados con características socioeconómicas

Bajo nivel socioeconómico:

“Más me gustaría que lo vengan a ver a él (su marido), porque es hipertenso y siempre es una guerra para llevarlo para allá (al consultorio), por los medicamentos”.

“Apenas llega a la esquina, y tengo que atravesar todo el pueblo. Hay veces que no tengo para comprar ni un ‘confort’ y voy a pagar vehículo, porque como le digo en este tiempo vivo con la pensión de él, y de enero a marzo me voy a trabajar a Molco a una cosecha de arándanos; ahí puedo aportar más a la casa, pero este año según cómo esté él, capaz que no pueda ir”.

Creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento farmacológico:

(¿Toma hierbas medicinales?): “Hay veces que me han convidado y las he tomado. Por mí fuera puras hierbas medicinales y los medicamentos los mandarías a la punta del cerro”.

Condiciones de vida inestables:

“Lo que pasa es que en mi trabajo después de 12:00 me llama la gente y me olvido de comer. No me da apetito, no como”.

Lejanía del centro del tratamiento:

(Paciente vive en Huampoe, lugar distanciado de PSR):

(¿Se le hace difícil sobrellevarla? [Diabetes]): “Sí, por el momento de hacer los viajes a Temuco y no me gusta salir de la casa”.

Falta de redes efectivas de apoyo social:

“Me complico solo por el problema de mi hija, porque si me pasa algo ¿quién cuida a mi hija?”.

“No tengo ánimo, no soy una persona que salga, ahora me integré a un grupo de viejitos y eso me hace bien. Pero, me encanta la soledad, mi espacio es mi casa”.

Tabla 12: Factores de no adherencia relacionados con el paciente

Olvido:

“Me pasa que cuando quiero tomar los medicamentos, me ocupo de otras cosas: me tomo los medicamentos, pero tengo que tender ropa, entrar la leña. Lo dejo pasar”.

“Trato de tomar desayuno todos los días, cuando no, trato de tomarme un té. Entonces, no como y no me tomo la metformina”.

“...Entonces, me coloco mi insulina en la mañana y se me olvida de tomar el desayuno, porque tengo que salir para allá, ya poh me coloco mi insulina sin comer y ahí se me baja”.

“Sí, los olvido (medicamentos), me voy a acostar y me olvido de tomar la atorvastatina, cuando ya estoy dormido me acuerdo; no me levanto, no me la tomo”.

(¿Qué realiza para recordar sus medicamentos? ¿Los olvida?): “Sí, cuando salgo la pastilla para botar líquidos no me la tomo, sino estoy haciendo pipí a cada rato (hidroclorotiazida). La pastilla chiquita para el azúcar la olvido (glibenclamida), pero la grande (metformina) no”.

Estrés psicosocial:

(¿Siente presión para tomar su medicación?): “Sí, del doctor para abajo”.

(¿Siente alguna presión para tomar sus medicamentos?): “Sí, él (su marido). ¿Te tomaste los medicamentos?” me dice. “El otro día me olvidé, mejor ni le digo la palabra que me dijo ‘Ahhh ya, tení que cuidarte’ me dice ‘porque si no me cuidas tú, ¿quién diablos me va a cuidar?’. Mejor ni le digo las palabras que utilizó”.

“A veces no me siento muy bien, porque digo ojalá se controlará. El médico también me dice que por preocupaciones el azúcar sube, y como tengo lo de mi hija día y noche, no se va a controlar siempre (diabetes). Muchas veces no duermo en la noche (por los ataques de epilepsia de la hija)”.

Baja motivación:

“No tengo ánimo, no soy una persona que salga, ahora me integré a un grupo de viejitos y eso me hace bien. Pero, me encanta la soledad, mi espacio es mi casa”.

Tabla 12. Factores de no adherencia relacionados con el paciente (cont.)

Conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento:

“Siento impotencia de la insulina, rabia por qué me pasó a mí, de mi familia, nadie nadie”.

“A veces he tenido que ir al consultorio. El otra vez no me creían, pero tenía 250 y me sentía tan mal que mi hija me llevó; me dijeron: “ya, pero el azúcar está alto”, pero le dije: “yo con esta azúcar me siento mal” y mi hija les contó que, con azúcar de 400, 500, yo estaba como normal, tengo como ese desorden. ¿En 150 estará bien o no?”.

(¿Qué hace cuando el cuerpo le pide algo dulce?): “Un pedacito de pan con manjar, con dulce de membrillo”.

Falta de efecto percibido del tratamiento:

“Hay veces que, según yo, ando bien, pero veo en los exámenes y ando mal”.

(¿Qué ha sentido cuando le han ajustado dosis de los medicamentos?): “Nada (con la metformina). Con el azúcar ando mejor parece, el asunto es que no me ha hecho mucho efecto parece, porque ando todavía medio mareado”.

(¿El médico ha ajustado alguna dosis de sus medicamentos?): “Sí, la glibenclamida”.

(¿Qué ha sentido cuando ha sucedido?): “Nada”.

Desesperanza y sentimientos negativos:

(¿Qué significa para Ud. cuando le dicen que su diabetes no está compensada?): “Que estoy mal, pienso qué puede ser lo que me hizo mal”.

“Todo me da lata, todo lo que tenga que ver con medicamentos, me aburre”.

Incredulidad del diagnóstico:

(¿Qué sabe de su enfermedad?): “Es silenciosa, dicen que es por la buena mesa. Es hereditaria. Pero yo digo que no es por la buena mesa porque si yo hago asado, como así un pedacito de carne”.

Tabla 12. Factores de no adherencia relacionados con el paciente (cont.)

Temor de la dependencia:

“Tengo problemas de baja (el azúcar), él (su marido) me ha salvado dos veces ya, ha sido de repente”.

Tabla 13: Factores de no adherencia relacionados con la enfermedad

Gravedad de sintomatología:

“Cuando supe que tenía diabetes, me morí en vida. Como sabía de las caídas, caminaba con cuidado, porque mi temor más grande es la herida en el pie”.

“Lo que se me hace difícil es saber que tengo esa enfermedad (diabetes) y saber que quizás algún día si me sube harto, me puede dar quizás un coma diabético...”

“Los niveles de azúcar se me bajan demasiado, siento que se me baja. El otro día venía llegando de Villarrica, me empezó a dar calor a temblar, transpiraba; llegué a un almacén, bajé y compré un pan, como a los 5 minutos me sentí bien. Pero, me sentía muy mal, apenas llegué al negocio, más encima venía cargado, conduciendo”.

“Lo otro, mucho sueño, pero cuando ando con las pastillas, ando un tiempo bien. Pero, de repente, debe ser que como algo que afecta la diabetes”.

Grado de discapacidad: física y psicológica:

(¿Se le hace difícil sobrellevarla?): “Sí, hubiera deseado no haberla tenido nunca (diabetes), porque hay veces en la noche que me da una ansiedad de comer lo que pille, sea a la hora que sea. Hay veces en la noche que me tengo que levantar, aunque sea para comer un pedazo de pan. Pero, en el día, no”.

Tabla 14: Factores de no adherencia relacionados con el tratamiento farmacológico

Aparición de efectos adversos:

“Antes con metformina, mucho dolor de estómago no resistía nada”.

“Sí, pediría con tanto anhelo que la metformina sea más chiquita, es muy dura. Si así fuera, uno se tomaría la metformina con más ganas. La metformina es amargosa”.

(Le gusta tomar sus medicamentos) “Cero, cero, cero. Más que la metformina que es tan grande. Hay medicamentos que no tomo”.

“Hubo un tiempo que de verdad no me los tomaba, porque sentía hambre, cansancio, mucha flojera (sueño). Tomé medicamentos, los dejé de tomar”.

“Me da la impresión de que la ansiedad, sueño, cansancio me da con metformina. Puedo afirmar que sí, porque antes cuando estaba con enalapril por el tema de la presión arterial alta no me daba, solo tenía dolor de estómago”.

“Metformina: me hace mal, no me la tomo hace como tres semanas o un mes. No sé qué hacer si tomármelas o no me la tomo, porque será algo psicológico, veo la metformina y como que me enfermo”.

(¿Cuándo toma las pastillas tiene mareo y sueño?): “Sí”.

(Al administrar la insulina ¿le gustaba?): “Me dolía, tenía todo esto (brazo) morado. Me colocaban insulina y este otro para prevenir hemorragias (anticoagulante)”.

“...Me tuvieron que operar, porque se me hizo un absceso con la insulina, que después cuando la sacó el doctor, se abrió y era una mano, que se abrió como pulpo”.

(¿Piensa que le pueden hacer daño? [los medicamentos]): “El estómago, sí”.

(¿Siente algún malestar que lo asocia cuanto toma sus medicamentos?): “Sí, con metformina, tengo gastritis crónica, antes de que me diera los medicamentos le dije al médico (de la gastritis)”.

Tabla 14. Factores de no adherencia relacionados con el tratamiento farmacológico (cont.)

Complejidad del régimen médico:

“Igual casi mucho remedio. Por ejemplo, la amitriptilina no me ha hecho efecto”.

“Una pregunta: ¿hay medicamentos que uno con uno haga mal?”.

“Parezco colador con las insulinas, por aquí por allá”.

Fracasos de tratamientos anteriores:

“Me dolía mucho la cabeza con el losartán, cuando comencé a tomar amlodipino, ahí pasó y me bajó la presión”.

Tabla 15: Factores de no adherencia relacionados con el sistema de salud o el equipo asistencial

Dificultad comunicación médico-paciente:

“Hace casi 25 años, a través de un examen, apareció (diabetes) y me llamó el doctor. No me quería decir que tenía diabetes porque Ud sabe cómo son los doctores, comienzan qué aquí que allá que mmmm; así que le dije: ‘¿por qué no me dice que tengo diabetes, y quedamos como amigos?’. ‘Sí, tiene diabetes’ (indica Doctor). ‘Ah ya, listo, eso es todo’ le dije”.

Poca capacidad del sistema para educar y proporcionar seguimiento:

“No sé poh miya, usted sabe cómo es el hospital: pura insulina, no hay pastillas. Entonces le decía al doctor que aquí me daban las pastillas (PSR) y andaba bien”.

“Por ejemplo, la última vez que fui a hablar con el médico me reto, no me gusta, me dice que ‘qué no tengo que comer esto, que no tengo que comer esto otro’ ‘qué debo ir a la nutricionista, no fui porque estaba trabajando’ ‘qué debo ir a la enfermera, no sé si pueda ir, porque no sé si estaré trabajando’ ‘qué tengo que tomarme la glicemia’ y yo soy un desastre para tomarme los deditos”.

DISCUSIÓN

Existe poca exploración de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes con patologías crónicas, por lo que este trabajo es innovador en el área farmacéutica y médica, ya que emplea una metodología cualitativa que no predomina en las investigaciones de salud. Entender qué le sucede al paciente cuando se le diagnostica su enfermedad, cómo la vive junto con su terapia farmacológica la cual será de por vida, irrumpe en la actual práctica de la atención farmacéutica. La limitante de este estudio es la imposibilidad de extrapolar los resultados para la población con diabetes mellitus tipo 2, que es mal adherente a la terapia farmacológica. Pero, permite comprender y analizar las percepciones de los pacientes facilitando la detección de las causas de la adherencia deficiente. Los relatos resultaron gracias a la comunicación efectiva, y confianza que brindó el Químico Farmacéutico a cada paciente entrevistado.

Para establecer estrategias terapéuticas que permitan una mejor compensación de la enfermedad, es trascendental identificar el problema de falta de adherencia terapéutica. En el caso de diabetes mellitus más del 90% de los cuidados se los proporciona el paciente, por lo tanto, el equipo de salud debe trabajar en conjunto con él, haciéndole partícipe de las decisiones y empoderándolo en el cuidado de su salud [33].

¿Pero, cómo se identifica el problema? Dentro de las herramientas más conocidas y utilizadas, y que forma parte de métodos indirectos para detectar grado de adherencia terapéutica, se encuentra el Test de Morisky-Green Levine, cuestionario que consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) con relación a sus actitudes ante la terapia farmacológica. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Si bien el test es ampliamente usado y se sugiere complementar con recuento de medicación sobrante para una mayor efectividad de identificación, no aborda una perspectiva en profundidad de lo que siente y percibe el paciente en relación con su medicación [17] [34] [35]. No solo debe identificarse el problema de falta de adherencia terapéutica, sino que es necesario comprenderla a través de la experiencia farmacoterapéutica.

La experiencia farmacoterapéutica identificada en este estudio cualitativo se realizó mediante entrevistas de profundidad a 10 personas en dependencias de CESFAM y mediante visitas domiciliarias, que forman parte de un plan de cuidados integrales en salud. Se trata entonces de obtener la suficiente información para comparar y corroborar lo expresado, que tiende a ser fragmentario en algunos aspectos, consiguiéndose la saturación de los datos entregados [36]. La muestra consistió en 10 pacientes adultos con patología de diabetes mellitus tipo 2 descompensada, a quienes se les aplicó tres entrevistas respectivamente, total: 30 entrevistas de profundidad, donde

además de abordarse las percepciones de los pacientes en relación con su medicación, los pacientes otorgaron información acerca de la cosmovisión mapuche.

Las experiencias vividas por los pacientes sobre el uso de medicamentos crónicos pueden entenderse a partir de la fenomenología de Merleau-Ponty, corriente filosófica que se fundamenta en ser un método, un camino, que permite al hombre conocerse y conocer al mundo de una manera concreta y objetiva, revelando el misterio del mundo y el misterio de la razón. El ser se vincula con el mundo a través del cuerpo, encontrándose en él existencia y experiencia, el mundo se revela entonces por medio del cuerpo [37] [38][39] [40]. Por lo tanto, el eje de Merleau-Ponty es la corporización del conocimiento: cognición y experiencia, el cuerpo como estructura experiencial vivida y el cuerpo como contexto de los mecanismos cognitivos [41].

La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia, y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones. Por lo tanto, permite centrarse en lo que el paciente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana, como ocurre con la enfermedad y facilita la comprensión de las perspectivas, necesidades y preocupaciones que tiene el individuo con relación a su medicación [42].

Good, en su planteamiento antropológico de la salud indica la fenomenología de pacientes con patología de dolor crónico mediante lo siguiente: la inexpressión del paciente que alude a la medicación; períodos breves de esperanza cuando los resultados son beneficiosos; el padecimiento de dolor que aturde cada una de las dimensiones del propio mundo del paciente, tales como la percepción de sí mismo, el sentido de sociabilidad y la noción del tiempo [37] [43].

En el presente estudio, percepciones muy parecidas se dan cuando el paciente se enfrenta a la diabetes y expresa su relación con el tratamiento farmacológico: sentimiento de morir en vida cuando surge el diagnóstico; temor por las complicaciones de la enfermedad; ánimo decaído que provoca el diagnóstico; el “terror” frente a la necesidad de inyectarse insulina; la molestia gastrointestinal que provoca la administración de metformina, no soportar el medicamento; el sentir que los medicamentos “están haciendo bien para el azúcar”. El trabajo de Good demuestra que en el cuerpo de la persona se generan significados y representaciones que estarán condicionados o condicionarán la salud, la enfermedad y en consecuencia la sanación. Así como la enfermedad que les causa dolor a los pacientes estaría presente en su mundo vital, las modificaciones experimentadas en su propio cuerpo al administrar el analgésico también representan un cambio en su mundo vital [38] [39]. En el caso de los pacientes diabéticos, estos manifiestan lo que significa padecer la patología, la representación que señalan y lo que sienten cuando el cuerpo interacciona con el medicamento.

Shoemaker y Ramalho de Oliveira presentaron mediante una meta-síntesis de tres estudios cualitativos, las etapas de experiencia farmacoterapéutica que viven los pacientes con patologías crónicas, las cuales se cumplen en el presente trabajo [22] [24]:

Los pacientes estudiados experimentan la primera etapa de encuentro significativo con la diabetes y la medicación sintiendo pérdida de control, saben que es una enfermedad complicada existiendo un encuentro incluso antes del diagnóstico, produce decaimiento del ánimo y en el momento de saber de la enfermedad, indican la proyección de limitaciones en su vida diaria. Existe, además, impotencia y rabia al administrar la terapia crónica como es el caso de la insulina. En este encuentro significativo también existe cuestionamiento del criterio médico y necesidad de tratamiento, ilustrado en dos pacientes, uno de ellos relataba que durante su estadía hospitalaria consideraba que la insulina no era necesaria y que incluso al estar con terapia medicamentosa oral su glicemia se estabilizaba, en tanto, el segundo paciente señaló que los médicos nunca le comunicaron el diagnóstico de diabetes. Durante esta primera etapa también se identifica la sensación de estigmatización de la enfermedad provocada por el clínico que realizaba el diagnóstico, y por el entorno social y familiar que estigmatizaba al paciente por su polifarmacia, y por la constante administración de insulina (marcas corporales en los sitios de inyección).

La segunda etapa de la experiencia farmacoterapéutica en la muestra estudiada se describe a través de los efectos positivos y negativos de la medicación sobre el cuerpo, algunos pacientes experimentan un cambio positivo al tomar el medicamento, les hace bien; perciben que, al estar la diabetes complicada, deben cumplir con su tratamiento y cuando aquello ocurre su organismo mejora. Sin embargo, hay quienes padecen de vómitos y dolores estomacales con metformina, que atribuyen a la forma del medicamento. Incluso la metformina produce en un paciente malestares previos a administrarla, es decir, solo con visualizar el medicamento. Existe cansancio al tomar los medicamentos para la diabetes, y dolor en el lugar de administración de inyección de insulina.

Siguiendo con la descripción de las etapas farmacoterapéuticas evidenciadas en la investigación, los pacientes viven la naturaleza inevitable aceptando la diabetes, pero con una gran carga, ya que no pueden hacer una vida normal, sobre todo cuando comienzan a aparecer las complicaciones propias de la patología. También, indican la dependencia de inyectarse la insulina en su vida cotidiana, complicándose aún más cuando debían transportarla.

Continuando con las etapas de experiencia farmacoterapéutica descritas, por Shoemaker y Ramalho de Oliveira, la cuarta etapa, autocontrol donde los pacientes se convierten en administradores de su salud manejando los regímenes de su farmacoterapia, se ilustra en la auto-reducción y omisión de dosis de metformina por experimentar efectos adversos muy nocivos a nivel estomacal. También, se

evidencia en la aceptación de ajuste de dosis de insulina que realizaba el médico, aunque de igual manera los pacientes expresaban la molestia frente a la polifarmacia. Se revelan distintas maneras que tienen los pacientes para recordar sus medicamentos tales como alarmas y cajas con compartimentos; el apoyo familiar existente para administrar la medicación; administración de hierbas medicinales para complementar el tratamiento de su terapia, algunas de ellas como canelo, quintral de maquí, llantén, matico, etc. Existen nociones del paciente acerca del consumo de azúcar y su efecto en el cuerpo, nociones propias más allá de lo que indique el equipo de salud. Existen además complejidades económicas que sufre el paciente para adquirir alimentos saludables que le ayuden a compensar su enfermedad, quedando en evidencia brechas socioeconómicas muy relevantes que perjudican el estado de completo bienestar.

Pound y colaboradores, realizaron un análisis de 37 estudios cualitativos, abarcando un período de 10 años acerca de experiencias de administración de medicación de pacientes con enfermedades crónicas (terapias antirretrovirales; antihipertensivos; medicamentos psicotrópicos; inhibidores de la bomba de protones; medicamentos para el tratamiento del asma; medicamentos misceláneos y medicamentos en general), entre sus hallazgos lo que se correlaciona con los pacientes del presente estudio es el conocimiento de beneficios del tratamiento de la diabetes con temor de padecer complicaciones, indicando una sensación de carga. Existe, además, presión del entorno para administrar su medicación, donde destaca en particular una paciente que reveló la presión de su cónyuge para tomarse los medicamentos, solo por el hecho de que debía estar bien de salud para cuidarlo, la presión entonces tenía por objetivo el beneficio de un tercero y no la salud de la paciente [44].

Al igual que en el análisis de Pound y colaboradores, los pacientes investigados indicaron que observaban la administración de medicamentos antidiabéticos en personas de su entorno y la aparición de efectos adversos, decidiendo entonces interrumpir la terapia porque les ocasionaba temor experimentar dichos efectos. En cuanto a los beneficios y efectos adversos que implica la administración de la terapia farmacológica, la muestra estudiada señala sentir que los medicamentos tratan la diabetes y que incluso al dejar de inyectarse insulina experimentan mareo y sueño, pero también expresan que más que sentir que los medicamentos favorecen la compensación de su enfermedad, los perjudica, precisamente por los efectos adversos. Tal como se había indicado en el cumplimiento de la cuarta etapa de autocontrol de la experiencia farmacoterapéutica, los pacientes estudiados administran terapias alternativas como hierbas medicinales, complementando la terapia química, aunque en algunos casos preferían estas terapias naturales por sobre la terapia habitual.

Los pacientes investigados perciben con claridad los efectos colaterales de la diabetes descompensada (para ellos, azúcar alta) con respecto a los efectos terapéuticos de los medicamentos antidiabéticos,

lo que se diferencia del análisis de Pound y colaboradores quienes detectaron que los pacientes no diferenciaban entre los efectos de la enfermedad con relación a los efectos de la terapia o bien confundían los efectos adversos con efectos de la patología.

En la muestra estudiada, además, aparecen expresiones con respecto a la influencia de su religión en la toma de medicamentos para tratar la diabetes, la religión los hace conscientes en que aquello es un beneficio para su salud. Por lo tanto, sería motivo de futuros estudios de experiencia farmacoterapéutica el abordaje de la religión en la administración de la farmacoterapia.

Estudios cualitativos que abordan percepciones de pacientes en relación con su enfermedad y que involucran tratamientos farmacológicos tales como antipsicóticos, terapias de reemplazo hormonal y antiasmáticos ilustran que el individuo, al momento de ser diagnosticado de su enfermedad, sufre un quiebre importante en su equilibrio de vida, llevando a una afectación de su identidad y perjudicando además su esfera social y cotidianidad. El administrar un tratamiento medicamentoso crónico suma al desequilibrio, ya que en su mayoría conlleva una polifarmacia que junto al régimen posológico significan una carga la que se incrementa con la aparición efectos adversos que sobresalen ante los beneficios del tratamiento [45] [46] [47]. Esta misma secuencia de experiencias se observó con los pacientes diabéticos descompensados del estudio: la diabetes irrumpe de manera negativa en sus vidas, adicionando carga y dependencia derivadas de la cronicidad de su terapia. Si bien los pacientes manifiestan acostumbrarse a padecer la enfermedad y administrar su terapia farmacológica, destacan de sobremanera los efectos nocivos de ella, debiendo omitir o reducir dosis y no adhiriendo debidamente. De la misma manera que se observó con el estudio de Pound, la bibliografía citada revela que los pacientes no distinguen fácilmente los efectos de la patología y efectos adversos de la terapia farmacológica, algo que no se observó en la muestra estudiada, ya que ésta diferenció fácilmente los efectos de descompensación de la enfermedad con respecto a la aparición de efectos adversos, no solo por la descripción, sino que también por establecer la relación temporal existente cuando administran la terapia.

Lawton y colaboradores realizaron un estudio cualitativo longitudinal de percepciones y experiencias en pacientes con terapia de antidiabéticos orales, aplicando entrevista en profundidad a 20 pacientes durante los 4 años siguientes al diagnóstico [32]. Entre los hallazgos destacan los comunes denominadores ya citados anteriormente son experiencias negativas derivadas de los efectos adversos de la terapia y complejidad del régimen farmacológico; experiencias positivas que emergen de los beneficios de la terapia y olvido de la toma de la medicación.

En tanto, el metaanálisis de estudios cualitativos de McSharry y colaboradores que aborda las percepciones y experiencias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tratados con hipoglicemiantes

orales, evidencia que los pacientes manifiestan como un mal necesario la terapia farmacológica: evidentemente necesitan los fármacos, destacan los beneficios a corto y largo plazo, especificando control de la glucosa en la sangre, prevención de complicaciones y la experimentación de bienestar físico [31]. Sin embargo, y como ya se ha abordado en la discusión de los datos, los pacientes del presente estudio también manifiestan riesgos y desventajas de la medicación, que surgen de lo ya citado.

Resulta relevante atender la experiencia de los usuarios insulino-requirientes, en particular el temor y la molestia que significa el administrarse insulina. Ellis y colaboradores llevaron a cabo una síntesis de estudios cualitativos y cuantitativos acerca de percepciones en la terapia con insulina en atención primaria [48]. Comparando entonces con la investigación presentada, los pacientes tienen creencias con la insulina, existiendo expresiones que cuestionan la prescripción médica, ya que de acuerdo con el relato de uno de los pacientes “la insulina no está tratando la enfermedad, sino que por el contrario la glicemia sube al administrarla (señalado en primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica, encuentro significativo)”. Además, asumen que la terapia con insulina es significado de una fase complicada de la enfermedad.

Coincidiendo con lo encontrado en el trabajo de Ellis y colaboradores, los pacientes en este estudio mencionan miedo y terror de inyectarse el medicamento. A su vez el estado depresivo está presente en los 10 pacientes, 4 de los cuales se encuentran con farmacoterapia. El desánimo influye en la adherencia a la medicación, no solo a insulina, sino que también a la medicación oral. En cuanto a los efectos de hipoglicemia que describe el estudio de Ellis, en los pacientes investigados impactó a nivel emocional (miedo) y en la percepción de los beneficios del fármaco, existiendo como consecuencia la afectación del paciente en adherir a la insulina. Los pacientes del estudio evidenciaron los efectos de hipoglicemia no solo con insulina, sino que, en su terapia general, por lo que el sentimiento expresado era desesperación ante la baja de glicemia. También existió la expresión de que, al estar la glicemia alta, no se sentía los malestares que sí eran evidentes cuando la glicemia disminuía.

El estudio de Ellis reveló que los pacientes señalan ineffectividad de la insulina, dificultades para inyectarse e inflexibilidad del régimen, lo cual se correlaciona con los pacientes diabéticos descompensados del presente estudio, ya que la ineffectividad del tratamiento percibida por el paciente se revela al administrar fármaco antidiabético y mantener niveles de glicemias altas. Sin embargo, en otros pacientes se manifiesta percibir la efectividad del tratamiento, incluso establecen una relación temporal entre la suspensión de las inyecciones y la aparición de efectos hiperglicémicos. En general se acostumbran a la administración del fármaco, en algunos casos existen expresiones de estigma

frente a las marcas existentes en su cuerpo y dolor en las zonas de inyección. Los pacientes expresan aceptar el régimen de administración, pero con una sensación de carga permanente.

Conrad ilustró en su estudio cualitativo el significado de la medicación aplicando entrevistas en profundidad a 80 pacientes con diagnóstico de epilepsia durante un período de 3 años, abordando el significado de autorregulación del paciente con respecto a su farmacoterapia, definiéndola cuando los pacientes: omitían, reducían y aumentaban dosis, lo que se ha descrito en los pacientes investigados cuando se abordó la cuarta etapa de la experiencia farmacoterapéutica. Conrad propone que tanto los pacientes que modificaron y suspendieron sus dosis, practican tan bien el autocontrol como aquellos que siguieron las pautas posológicas, invitando a los profesionales de la salud a dejar la actitud paternalista y racional con el paciente cuando éste ejerce modificaciones en la administración de su terapia farmacológica, sino por el contrario, comprender y explorar esta experiencia para entender el comportamiento del paciente en coherencia con la experiencia vivida, y poder intervenir así junto con el equipo multidisciplinario de salud en estrategias que permitan compensar la enfermedad [24] [49].

Pantoja y colaboradores realizaron un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico con el fin de interpretar las percepciones de los factores de adherencia en pacientes adultos con diagnóstico de DM tipo 2, aplicando entrevistas semi-estructuradas a 11 pacientes en un período de 2 meses en CESFAM La Floresta de la comuna de Hualpén, Chile. Si bien no siguen esta propuesta metodológica, se observan percepciones similares a las encontradas en este estudio y en la bibliografía ya citada. Es importante destacar que abordan la esfera de la alimentación y la dieta en el paciente. Al igual que en la presente investigación, no se observan óptimos hábitos alimenticios y de ejercicio físico que colaboren a la compensación de su enfermedad, existiendo muchos factores para esta ausencia de percepción como entorno, dificultades económicas, ánimo decaído, ocupación y responsabilidades en su vida familiar [50].

En la investigación presentada, luego de detectar las cuatro etapas de la experiencia farmacoterapéutica fue posible identificar los factores de no adherencia terapéutica, asociando también con frases expresadas por los pacientes. Factores relacionados con características socioeconómicas tales como bajo nivel socioeconómico se observan en la cuarta etapa de autocontrol de la experiencia farmacoterapéutica, al no disponer el paciente de presupuesto suficiente para abastecerse de alimentos saludables para compensar su enfermedad. En cuanto a otros factores asociados con características socioeconómicas como creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento farmacológico, se examinan en algunos casos cuando los pacientes preferían la administración de hierbas medicinales en lugar del tratamiento convencional. También se identifica lejanías del centro de tratamiento, puesto que la zona es rural, condiciona a que los pacientes presenten

un distanciamiento considerable con respecto a CESFAM y PSR, lo que se agudiza cuando los pacientes deben desplazarse a controles médicos a Hospitales de Alta Complejidad como es el caso de Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Aquellos factores relacionados con el paciente, identificados en el presente estudio como olvido de administración de la terapia, estrés psicosocial, baja motivación, desesperanza y sentimientos negativos, se correlacionan con los hallazgos de Lawton y Ellis. La impotencia y rabia que experimenta el paciente con la administración de la insulina se identificó en la primera etapa de la experiencia farmacoterapéutica (encuentro significativo, pérdida de control) perteneciendo al factor conocimiento y habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad. Algunos pacientes, además, relatan falta de efecto percibido del tratamiento al no experimentar cambios en su organismo, luego de los ajustes de dosis de la terapia farmacológica, lo que es consistente con el estudio de Ellis y colaboradores, donde analizó la complejidad de ajustes de dosis de insulina en el paciente diabético, y señaló la relevancia de incorporar las percepciones del paciente para que la titulación de dosis de insulina sea efectiva. Continuando con factores de no adherencia relacionados con el paciente en el presente estudio, se detectan también incredulidad del diagnóstico y temor de la dependencia del tratamiento farmacológico de la diabetes.

En cuanto a factores relacionados con la enfermedad como gravedad de la sintomatología, existen expresiones identificadas en la primera etapa de encuentro significativo de la experiencia farmacoterapéutica que corresponden a expresiones de temor frente a complicaciones de descompensación de la enfermedad. También, se asocian expresiones de carga frente a la presencia de gravedad de los síntomas. Se observa en algunos casos una pérdida de control al referir que el consumo de azúcar es muchas veces inevitable: “cuando su cuerpo se lo pide”.

Factores relacionados con el tratamiento farmacológico se han observados en la segunda etapa de experiencia farmacoterapéutica (efectos de la medicación sobre el cuerpo) y se han discutido previamente. Es posible identificar con claridad cómo afecta la aparición de efectos adversos en la adherencia a la terapia farmacológica. Asimismo, la complejidad del régimen médico en expresiones como “parezco colador con la insulina”, observada en el cumplimiento de la primera experiencia farmacoterapéutica (encuentro significativo, sensación de estigma).

Acerca de factores relacionados con el sistema de salud o el equipo asistencial, en esta investigación se identifican la dificultad en la comunicación médico-paciente, poca capacidad del sistema para educar y proporcionar seguimiento. Lo anterior es congruente con lo encontrado por Lawton y colaboradores, ya que se indican expresiones de actitudes poco claras por parte del clínico al momento de diagnosticar diabetes y entregar orientación/educación. Dado el enfoque comunitario de la

Atención Primaria de Salud, resulta necesario implementar estrategias basadas en educación popular, considerando la complejidad a nivel educacional y la existencia de analfabetismo, y diversidad sociocultural que presenta la población.

Experiencias relacionadas con la cosmovisión mapuche también se exploraron en la muestra estudiada, el concepto de salud es más claro cuando se relaciona con la naturaleza, y es consistente con lo indicado por Oyarce donde el estado de bienestar se mantiene en armonía con lo ambiental, con lo que le rodea, sumando entonces al equilibrio del “che” (persona). De acuerdo con la tradición mapuche la primera instancia de diagnóstico se realiza en el entorno familiar, proceso conocido como *pewütun*, posteriormente se lleva a cabo la aplicación de hierbas medicinales, cortezas, fluidos vegetales o de animales correspondiente al conocimiento social y empírico de las familias. Los medicamentos “occidentales” son complementarios a la terapéutica mapuche [51]. En las entrevistas realizadas, en cambio, las personas referían lo contrario, el diagnóstico parte del clínico y las hierbas medicinales cumplen el rol de ser complementarios a la terapia convencional. En algunos casos como se había señalado en el transcurso de la discusión, existieron pacientes que preferían por sí solos las hierbas medicinales en reemplazo de los medicamentos.

Acerca de las experiencias con Machi, gran parte de la muestra estudiada indicó acudir mediante la facilitadora intercultural del CESFAM, y señalaron el diagnóstico y sanación de enfermedades propias y de sus familiares. En algunos casos la Machi no les resultaba convincente o bien la religión practicada no les permitía acudir a la médica mapuche. En cuanto a la curandera o *lawentuchefe*, destaca el relato de una paciente que revela que el conocimiento de este tipo de especialistas de medicina mapuche se ha perdido de generación en generación, y que actualmente son pocas las curanderas que quedan en la zona y enfatiza que es necesario vivir la medicina mapuche.

Los alimentos tradicionales mapuches se mantienen en ceremonias o rituales de las comunidades, aun así, la mayoría de los pacientes mantienen un huerto de donde se abastecen de frutas y verduras, recobrando la importancia que tiene la madre tierra en su estado de bienestar y dando muestras de que existen elementos de una soberanía alimentaria.

A partir de las experiencias relacionadas con la cosmovisión mapuche cobra sentido la integración de la salud intercultural que implica reconocer la diversidad cultural existente, ejercicio de derecho y participación de manera que se incorpore la cultura del usuario en los procesos de atención, actualmente aquello se promueve en los actuales servicios de salud mediante el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI). La salud intercultural significa un desafío para el modelo de salud actual, ya que genera un cambio desde un modelo biomédico a uno más integrador con un enfoque psico-sociocultural, espiritual y biológico donde se debe reconocer que existen otros agentes

de salud que también saben, por lo que la propuesta es construir con ellos un espacio de encuentro respetuoso y de colaboración [52] [53].

El trabajo de experiencia farmacoterapéutica presentado, además de abordar la promoción de interculturalidad en salud, invita a explorar la medicina social, rama de la ciencia médica que estudia la salud desde la colectividad, las relaciones entre salud y modos de vida, las medidas sociales en pro de la salud y del efecto de todo aquello en el individuo y la familia. Al igual que la salud intercultural es un campo desafiante, ya que comprende los orígenes sociales de la enfermedad vinculando entonces los determinantes sociales de salud. Practicarla ayudaría a comprender aún más el comportamiento del paciente frente a su enfermedad y terapia medicamentosa, y facilitaría el establecimiento de estrategias del equipo de salud para optimizar los resultados terapéuticos que se esperan en el paciente [54] [55].

Hoy asistimos a un complejo escenario de deshumanización de los cuidados sanitarios, dada por la tecnificación de los procesos asistenciales, por la búsqueda de la eficiencia y control de los costos sanitarios, la presión asistencial, la masificación, la falta de tiempo, el trato inadecuado e impersonal a la persona enferma. El proceso de enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas. En este sentido, la presencia humana ante las personas enfermas con dolor y sufrimiento se hace vital: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión con la situación del otro u otra, ya que la persona al ingresar al sistema sanitario espera encontrar no sólo la competencia técnica de los profesionales, sino también a otras personas capaces de transmitirle seguridad, confianza y respeto acerca de sus decisiones [56].

La experiencia farmacoterapéutica articulada con el modelo integral de salud familiar centrado en los pacientes y sus contextos, con calidad y continuidad de la atención, integrando la interculturalidad en salud y practicando la medicina social propone un modelo de atención humanizada inserta en un sistema de salud integral que enfoque sus procesos en el paciente, respetándolo y haciéndolo partícipe en la toma de decisiones en el manejo de su estado de salud, con el fin de lograr un completo bienestar físico, mental y social como lo propone la Organización Mundial de Salud [9] [56].

CONCLUSIONES

- A través de entrevistas en profundidad, semiestructuradas fue posible estudiar la experiencia farmacoterapéutica en pacientes no adherentes con diabetes mellitus tipo 2 descompensada.
- La muestra estudiada correspondió a 10 pacientes con una edad promedio de 59 años (rango comprendido entre 47 y 69 años), cuya residencia se distribuía en 5 pacientes pertenecientes a Curarrehue, uno de ellos correspondiente al sector Caren, y 5 pacientes pertenecientes a Catripulli, uno de ellos correspondiente al sector Huampoe (sector rural más lejano de los pacientes estudiados, a 10 km de la PSR Catripulli). De los 10 pacientes estudiados, 8 eran mujeres. En cuanto al nivel educacional, el 60% de la muestra cuenta con nivel educacional básico y la ocupación que destacó fue dueña de casa (70%). Nueve pacientes viven con, al menos, un familiar.
- En relación con la pertenencia a pueblo originario mapuche, el 70% de los pacientes entrevistados indicaron pertenencia, señalando descendencia familiar o bien nexos mediante cónyuge.
- En cuanto a la clasificación a partir de valores de hemoglobina glicosilada (HBA1C), mayoritariamente se identificaron pacientes con riesgo alto para generar complicaciones de la patología (HBA1C de 9,1 a 12%). Las comorbilidades que predominaron en la muestra de estudio pertenecieron a hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia (DLP) con un 60%. El promedio de glicemia en ayunas en la muestra estudiada correspondió a un valor de 252,4 mg/dL, de un intervalo de 110 a 125 mg/dL.
- Acerca de la polifarmacia en la muestra estudiada, los pacientes tienen un promedio de 8 medicamentos prescritos (rango de 5 a 11 medicamentos), existiendo polifarmacia en la totalidad de la muestra.
- Mediante las respuestas de los pacientes estudiados, fue posible comprobar el cumplimiento de las cuatro etapas de la experiencia farmacoterapéutica obteniendo percepciones propias de los pacientes diabéticos, tales como: el temor al diagnóstico; miedo, impotencia y rabia de inyectarse insulina; temor frente a las complicaciones de la enfermedad; efectos beneficiosos y adversos de la medicación en el cuerpo; carga de llevar la enfermedad de por vida y la autorregulación en la administración de la terapia farmacológica.
- Los pacientes expresan el desequilibrio que ocasiona el diagnóstico de diabetes y la farmacoterapia crónica, afectando su identidad, vida social y cotidianidad. La polifarmacia junto al régimen posológico significa una carga la que se incrementa con la aparición de efectos adversos, los cuales son diferenciados con respecto a los efectos de descompensación de la enfermedad. La muestra estudiada autorregula su terapia farmacológica omitiendo,

reduciendo y aumentando dosis a partir del conocimiento que obtiene de los efectos de la medicación sobre su cuerpo. Se añade el uso de hierbas medicinales, los que en su mayoría complementan a la terapia medicamentosa, perteneciendo a percepciones propias de la cosmovisión mapuche, donde los pacientes estudiados manifiestan el significado de salud y relación de la naturaleza con experiencia de medicina mapuche y la existencia de médicas.

- La identificación de las cuatro etapas de la experiencia farmacoterapéutica, y las unidades de sentido que no correspondieron a alguna etapa, posibilitaron la identificación de factores de no adherencia terapéutica.
- Recoger las experiencias farmacoterapéuticas de las personas que conviven con enfermedades crónicas promueve a su vez la salud intercultural, la cual desafía a cambiar al modelo biomédico actual a convertirse en un modelo más integrador con un enfoque psico-sociocultural, espiritual y biológico que obedece a los principios de modelo integral de salud familiar centrado en el paciente, cobrando valor la medicina social y la humanización en la atención en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [consultado el: 30 de enero de 2020].
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Americana de la Salud (OMS). Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es#note1 [consultado el: 30 de enero de 2020].
3. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42 (104). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e104/> [consultado el: 30 de enero de 2020].
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada. 1974. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [consultado el: 30 de enero de 2020].
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. 2019. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2019/salud_universal_xxi_40_alma_ata.pdf [consultado el: 30 de enero de 2020].
6. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per*. 2011; 28 (4).
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Americana de la Salud (OMS). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> [consultado el: 30 de enero de 2020].
8. López M. ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Ministerio de Salud. 2018. 134 pp. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/418/Hitos%204%20salud%20para%20todos.pdf?sequence=3&isAllowed=y> [consultado el: 30 de enero de 2020]
9. Dois A, Ojeda I, Vargas I et al. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del Modelo de

- Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria dirigido a Equipos de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf> [consultado el: 30 de enero de 2020].
10. Bass del Campo, C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*. 2012; 12 (11). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Análisis/5571?ver=sindisen> [consultado el: 29 de enero de 2020].
 11. Ministerio de Salud. Subsecretaría de redes asistenciales/División de Gestión de la Red Asistencial. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie cuadernos modelo de atención N°1. 2005. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf> [consultado el: 31 de enero de 2020].
 12. Conway K. Health, Environment, and Indigenous Culture Revitalizing Chile's Mapuche communities. IDRC. 2003. Disponible en: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/52917> [consultado el: 31 de enero de 2020].
 13. Rebolledo J, Manríquez M, Lagos C et al. Ethnicity and Health: Experience with an-Urban Mapuche Health Program from the Perspective of Key Actors. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2019.
 14. Díaz A, Pérez MV, González C, Simon JW. Conceptos de enfermedad y sanación en la Cosmovisión Mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería*. 2004; X (1): 9.16.
 15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/> [consultado el: 20 de abril de 2018].
 16. González-Bueno J, Vega-Coca MD, Rodríguez-Pérez A. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Aten Primaria*. 2016; 48 (2): 121-130.
 17. Ibarra O, Morillo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). 2017. Disponible en: <https://www.sefh.es> [consultado el: 17 de abril de 2018].
 18. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(1):3-11.
 19. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P et al. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo

- cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria*. 2011; 43(5): 245-253.
20. Ahumada A, Ebensperger R, Martínez F et al. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico en APS. Basado en la Metodología POLARIS de Seguimiento Farmacoterapéutico, desarrollado por Facultad de Química de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento de Modelo de Atención Primaria. 2018.
 21. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: the clinicians guide*. 2ª ed. New York, McGraw-Hill, 2004. 394 p. (Original no consultado, citado por: Silva M. Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud. *Rev. O.F.I.L.* 2012; 22 (3):111-122).
 22. Ruiz C, Oliver IM, Remacha A. Análisis de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes asmáticos. *Pharm Care Esp*. 2013; 15(4): 121-129.
 23. Shoemaker S, Ramalho de Oliveira D, Alves M, Ekstrand M. The medication experience: preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Educ Couns*. 2011; 83(3): 443-450.
 24. Shoemaker S, Ramalho de Oliveria D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm World Sci*. 2008; 30: 86-91.
 25. Ramalho de Oliveria D, Shoemaker SJ, Ekstrand M, Alves MR. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patient's medication experiences. *J Am Pharm Assoc* 2012; 52: 71-80.
 26. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento de Gestión de los Cuidados de Atención Primaria. 2019.
 27. Municipalidad de Curarrehue. Actualización Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), Curarrehue 2018-2022. Disponible en: <https://curarrehue.cl> [consultado el 20 de septiembre de 2019]
 28. Departamento de Salud Municipal Curarrehue (DSM). Plan Anual Comunal de Salud (PLASAM) DSM Curarrehue. 2019. [consultado el 20 de septiembre de 2019]
 29. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017.
 30. Departamento de Salud Municipal Curarrehue. Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) Programa de Salud Cardiovascular. 2018.

31. McSharry J, McGowan L, Farmer AJ, French DP. Perceptions and experiences of taking oral medications for the treatment of Type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Diabet. Med.* 2016; 33(10): 1330-8.
32. Lawton J, Peel E, Parry O, Douglas M. Patient's perceptions and experiences of taking oral glucose-lowering agents: a longitudinal qualitative study. *Diabet. Med.* 2008; 25(4): 491-5.
33. González C, Mendoza L. Adherencia al tratamiento en la diabetes. Factores que influyen y estrategias para mejorar. *Medicine.* 2016; 12(18): 1054-6.
34. Gigoux JF, Moya P, Silva J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev Chil Salud Pública*, 2010; 14(2-3): 238-270.
35. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2008; 40(8): 413-7.
36. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 409-422.
37. Silva M. Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud. *Rev. O.F.I.L.* 2012; 22(3):111-122.
38. Silva M. El dolor tratado con medicamentos. La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos. Tesis (Máster Oficial en Antropología y Etnografía). Barcelona, España. Universitat de Barcelona, Facultat de Geografia e Historia, Departament de Antropologia, 2015.136 h.
39. Good BJ. El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico. En: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona, Bellaterra, 2004. 375 p (Original no consultado, citado por: Silva M. Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud. *Rev. O.F.I.L.* 2012; 22(3):111-122).
40. Perruchoud S. La fenomenología según Merleau-Ponty: un camino de descenso hacia las cosas. *Rev. filos. (Madr.).* 2017; 42 (1): 59-76.
41. Varela F, Thompson E, Rosch E. De cuerpo presente, las ciencias cognitivas y la experiencia humana. 2ª ed. Barcelona, Gedisa, 1997. 318 p.
42. Trejo F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex).* 2012; 11 (2): 98-101, 201.

43. Giraldo V. Antropología Médica y Terapia Ocupacional: Reflexiones preliminares de una conversación promisorio. *Revista Ocupación Humana*. 2016; 16(1): 100-104.
44. Pound P, Britten N, Morgan M et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine*. 2005; 61: 133-155.
45. Carrick R, Mitchell A, Powell RA et al. The quest for well-being: A qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2004; 77: 19-33.
46. Hunter M, O'Dea I, Britten N. Decision-making and hormone replacement therapy: a qualitative analysis. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45(10): 1541-1548.
47. Adams S, Pill R, Jones A. Medication, chronic illness and identity: the perspective of people with asma. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45(2): 189-201.
48. Ellis K, Mulnier H, Forbes A. Perceptions of insulin use in type 2 diabetes in primary care: a thematic synthesis. *BMC Family Practice*. 2018; 19 (70): 1-21.
49. Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc. Sci. Med.* 1985; 20 (1): 29-37.
50. Troncoso C, Delgado D, Rubilar C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Rev Costarr Salud Pública*. 2013; 22: 9-13.
51. Oyarce AM. Healing Systems of the Mapuche People in Chile. En: Fernando S, Moodley R. (eds) *Global Psychologies*. Londres, Palgrave Macmillan, 2018. pp. 201-211.
52. Ministerio de Salud, Subsecretaría de redes asistenciales, División de Atención Primaria. Programa de Salud Pueblos Indígenas. 2018.
53. Sáez M. Interculturalidad en Salud: Paradigmas y Aprendizajes de un Proceso en Construcción. En: Congreso chileno de Antropología (5ª, 2004, San Felipe, Chile). San Felipe, Chile. Colegio de Antropólogos de Chile A.G. 2004. Disponible en: <https://www.aacademica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/102.pdf> [consultado el: 18 de agosto de 2020].
54. Morris J. Medicina Social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1961. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12442/v51n4p338.pdf?sequence=1> [consultado el: 18 de agosto de 2020].
55. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J et al. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* .2002; 12(2).
56. Gutiérrez R. La humanización de (en) Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2017; 10(1): 29-3.

57. Núñez AJ, Montiel A, Martín E et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014; 46 (5): 238-245.
58. Hepler, C.D., Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47 (3), 533–43.
59. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD. Therapeutic Outcomes Monitoring: Application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*. 1997; 37 (6), 647-61.
60. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, et al. Drug- related problems: their structure and function. *DICP Ann Pharmacother*. 1990; 24, 1093-7.
61. Foro de Atención Farmacéutica: PRM y RNM: conceptos y definiciones. 2006. Disponible en: https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/806/foro_prm-rnm.pdf
62. Clopés, A. Intervención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). 2002. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1314.pdf> [consultado el: 22 de septiembre de 2019].
63. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. 2017. Disponible en: http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/12/ADA-_2017.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Definiciones

Adherencia terapéutica: grado en que el comportamiento de un paciente, en relación con la toma de la medicación, seguimiento de un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario [15] [57].

Atención Farmacéutica: provisión responsable de la farmacoterapia con el fin de alcanzar resultados definidos que mejoren la calidad de vida de un paciente [58].

Experiencia farmacoterapéutica: percepción subjetiva que tiene la persona al administrar una terapia farmacológica crónica en su vida diaria [22] [24].

Morbilidad farmacoterapéutica (MFT): resultado con efecto clínico nulo, negativo o subóptimo de la farmacoterapia que recibe el paciente [59].

Problema relacionado a medicamento (PRM): cualquier suceso indeseable que experimenta un paciente relacionado con la medicación y que interfiere o puede interferir con los resultados deseados en el paciente [60].

Resultados negativos asociados a la medicación (RNM): resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos [61].

Seguimiento farmacoterapéutico (SFT): proceso continuo, cuyo propósito es identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos. Mediante dicho proceso el farmacéutico puede realizar intervenciones encaminadas a aumentar la efectividad y disminuir los riesgos de la farmacoterapia [62].

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Curarrehue, con fechade de..... Yo.....
RUT.....actuando en nombre propio o como representante de..... declaro mi
consentimiento para participar del estudio:

EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA COMO INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE FACTORES DE NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA, EN PACIENTES ADULTOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El objetivo de este estudio es identificar factores de no adherencia terapéutica, mediante entrevistas con el profesional Químico Farmacéutico, determinando percepciones que tiene el paciente con relación a su medicación, lo que permitirá desarrollar estrategias de intervención para ayudar en la compensación de su enfermedad. El profesional Químico Farmacéutico en Atención Primaria de Salud, otorga apoyo a la adherencia terapéutica a través del programa Fondo de Farmacia (FOFAR) de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, cuyos pacientes objetivos son aquellos diagnosticados con diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia. La primera etapa de atención farmacéutica consiste en la entrevista farmacéutica, y este estudio demostrará que la experiencia farmacoterapéutica, debe emplearse como método en esta fase y durante todo el proceso de atención farmacéutica.

Este estudio consiste en seleccionar, en base a unos criterios antes acordados, pacientes que, por las características de su enfermedad, requieran de ser entrevistados, para emplear en ellos intervenciones farmacéuticas oportunas que ayuden a compensar su diabetes. Será necesario la utilización de sus fichas y registro clínicos electrónicos, cautelando siempre la confidencialidad de los datos.

Las entrevistas serán grabadas, en ningún momento serán difundidas y estarán solo bajo el resguardo del Químico Farmacéutico.

Declaro que:

He comprendido claramente la información verbal y escrita respecto a este estudio y he tenido la posibilidad de negarme a participar, sin que aquello tenga consecuencias negativas en mi atención de salud.

Asimismo, autorizo a que se utilice mi información médica en el desarrollo de este estudio, y entiendo que los datos e información que se obtengan de dicha entrevista serán tratados confidencialmente, no siendo entonces identificado.

Así pues, decido participar libremente en este estudio y realizar la entrevista.

Certifico que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar mi consentimiento para participar, comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.

Firma del paciente

Firma del Químico Farmacéutico

- * Este trabajo está aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Araucanía Sur, cuyo presidente es el Dr. Patricio Valdés García.

Anexo 3: Entrevistas semiestructuradas

Primera entrevista

(Saludo) Soy la Químico Farmacéutico y hablaremos de sus medicamentos. ¿Cómo está, cómo se ha sentido?
¿Dónde reside?
¿Con quién vive?
¿A qué se dedica?
¿Desde cuándo recuerda estar con su enfermedad?
¿Cómo está con sus controles de médico, enfermera, nutricionista?
¿Me puede facilitar, por favor su receta de medicamentos crónicos?
¿Puedo ver sus comprimidos y cápsulas que le entregan en Farmacia (o Ronda)?
¿Utiliza pastillero? ¿Lo necesita?
¿Dónde guarda sus medicamentos?
¿Puedo ver dónde guarda su insulina? (en el caso de pacientes insulino-requirentes y a los cuales se les realizará VDI)
¿Qué realiza para recordar sus medicamentos? ¿Los olvida?
¿Siente algún malestar que lo asocia cuanto toma sus medicamentos?

Segunda entrevista

(Saludo) Nuevamente hablaremos de sus medicamentos, quisiera saber algunos detalles importantes, para poder ayudarlo en compensar su enfermedad. ¿Cómo está? ¿Cómo se ha sentido?
¿Qué sabe de su enfermedad? ¿Se le hace difícil sobrellevarla?
¿Qué significa para Ud cuando le dicen que su diabetes no está compensada?
¿Le gusta tomar sus medicamentos?
¿Tiene apoyo para recordar tomar sus medicamentos?
¿Sabe qué función tiene cada medicamento que le han indicado?

¿Siente que sus medicamentos le hacen efecto?
¿Siente alguna presión para tomar su medicación?
¿Confía en sus medicamentos? ¿Piensa que le pueden hacer daño?
¿El médico ha ajustado alguna dosis de sus medicamentos? ¿Qué ha sentido cuando ha sucedido?
¿El médico ha agregado algún medicamento o bien lo ha eliminado? ¿Qué ha sentido cuando ha sucedido?
¿Siente que quienes lo atienden en el CESFAM (o PSR) se preocupan por Ud? ¿Lo ayudan en su enfermedad?
¿Qué hace Ud para tratar su enfermedad además de tomar su medicación? ¿Hace alguna actividad física? ¿Cómo es su alimentación?

Tercera entrevista

(Saludo) ¿Cómo está?... Esta vez hablaremos de un tema distinto, de la cultura mapuche.
¿Siente que pertenece a algún pueblo originario?
¿Qué significa salud para Ud? ¿Incorpora la naturaleza en su salud?
¿Siente que en su CESFAM o PSR incorporan su cultura para el cuidado de su salud?
¿Ha acudido con facilitadora intercultural del CESFAM? ¿Cómo ha sido su experiencia?
¿Usa alguna hierba medicinal u otro tipo de medicina propia de la cultura mapuche?
¿Prefiere este tipo de medicina antes que los medicamentos que se le entregan?
¿Su religión ha influenciado en que se tome los medicamentos?
¿Tiene participación en su comunidad mapuche?
¿Cómo incorpora su cultura en la alimentación?

Anexo 4: Ficha de Atención Farmacéutica

FICHA ANÁLISIS EXPERIENCIA FARMACOTERAPÉUTICA				
Datos personales				
Nombre paciente				
Edad				
RUT				
Número de ficha clínica				
Datos socioeconómicos				
Nivel educacional				
Lugar de residencia				
Ocupación				
Vive con familiares		Sí... No...		
Datos clínicos				
Diagnóstico				
Presión arterial				
Exámenes				
Tratamiento farmacológico				
Medicamento	y/o	Presentación	Vía de administración	Esquema posológico
dosificación				

Información Hábitos alimenticios			
Información Actividad física			
Análisis recuento de comprimidos y cápsulas			
Percepciones del paciente en relación con su medicación			