

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO DE LA  
DIABETES MELLITUS TIPO II EN PACIENTES BAJO  
CONTROL DEL CONSULTORIO ADOSADO AL HOSPITAL  
SAN JOSÉ DE MAIPO EN EL AÑO 2010”**

**PAMELA NILDA EPUL MACAYA**

**BECARIA CONICYT 2009**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROF. GUIA DE TESIS: MARÍA TERESA VALENZUELA**

**Santiago, Octubre 2012**

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	5
CAPITULO I.- INTRODUCCIÓN.....	7
1.- TITULO DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTEXTO DE ESTUDIO.....	10
3.1.- Antecedentes y características biodemográficas de la comuna de San José de Maipo.....	10
3.2.- Consultorio adosado al hospital San José de Maipo.....	14
CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO.....	16
1.- Cumplimiento Terapéutico.....	21
2.- Métodos que miden el grado de cumplimiento terapéutico.....	25
3.-Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico.....	30
4.- Estrategias de intervenciones.....	39
5.- Marco metodológico.....	41
5.1.- Fundamentos del Enfoque Cualitativo.....	41
5.2.- Investigación Cualitativa en Salud Pública.....	45
CAPITULO III.- PROBLEMA, PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	48
1.- Problema de investigación.....	49
2.- Pregunta de investigación.....	49
3.- Objetivos.....	49
3.1.- Objetivo General.....	49
3.2.- Objetivos Específicos.....	49
CAPITULO IV.- METODOLOGÍA.....	51
1.- Metodología.....	52
2.-Criterios de inclusión y exclusión.....	52
3. Tipo de estudio .....	53
4.- Universo y Muestra.....	54
4.1.- Población en estudio.....	54

4.2.- Tipo de muestreo.....	54
4.3.- Tamaño de la muestra.....	56
5.- Variables o categorías.....	58
6.- Recolección y Análisis de la Información.....	62
7.- Tipo de análisis.....	64
8.- Criterios de Confiabilidad.....	66
9.- Aspectos éticos.....	68
10.- Limitaciones.....	68
CAPITULO V.- RESULTADOS.....	70
CAPITULO VI.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	99
DISCUSIÓN.....	100
CONCLUSIONES.....	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
ANEXOS.....	118
ANEXO I: SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN.....	119
ANEXO II: CARTA APROBACIÓN DE PROYECTO POR COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAIPO.....	120
ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	121
ANEXO IV: EJEMPLO ENTREVISTA SEGÚN GUIÓN TEMÁTICO.....	122
ANEXO V: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	123
ANEXO VI.- ANÁLISIS ENTREVISTAS.....	124
Análisis Entrevistas a pacientes.....	124
Análisis Entrevistas a profesionales de salud.....	156

## INDICE DE CUADROS

		PÁG.
TABLA 1	Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico	30
TABLA 2	Categorías extraídas de las entrevistas a pacientes diabéticos bajo control	59
TABLA 3	Categorías extraídas de las entrevistas a los profesionales de salud del Programa de Salud Cardiovascular	60

Nota: Esta tesis no incluye la transcripción de las entrevistas realizadas, sin embargo se encuentran disponibles para quien lo requiera.

Contacto: [pamela.epul@gmail.com](mailto:pamela.epul@gmail.com)

## RESUMEN

El presente estudio, de tipo cualitativo y con enfoque fenomenológico, tuvo como objetivo identificar, a partir del relato de los pacientes, los factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II y su vivencia cotidiana relacionada con ésta, para lo cual se utilizó la entrevista semiestructurada como herramienta.

Se entrevistó a 10 pacientes bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del consultorio adosado al Hospital San José de Maipo y se utilizó el criterio de saturación teórica para detener el proceso comparativo. Además se entrevistó individualmente a la enfermera y médicos del PSCV tanto para adulto mayor y adulto menor, obteniendo las percepciones del equipo de salud tratante sobre el manejo de la diabetes en los pacientes atendidos en el consultorio.

Las dimensiones exploradas fueron: la percepción general de la enfermedad, las razones atribuidas para el control de ésta, las creencias y su manejo, las barreras que obstaculizan el tratamiento y los beneficios atribuidos a éste, los conocimientos sobre la diabetes y su tratamiento, y por último, el rol de la red de apoyo social y familiar.

Los resultados arrojaron que en la población en estudio existe una variedad de factores influyentes en el manejo de la diabetes mellitus tipo II, destacando el factor emocional, la necesidad de apoyo psicológico, la escasa percepción de redes de apoyo familiar, principalmente en adultos mayores, además de un mínimo conocimiento en cuanto a la enfermedad, complicaciones, cuidados y tratamiento por parte de los pacientes sumado a una variedad de creencias que dificultan el control de la enfermedad. Se encontraron mínimos beneficios

percibidos por el paciente que se atribuyan al tratamiento médico y bastantes barreras que lo obstaculizan, destacando las barreras económicas y las barreras relacionadas al sistema de salud. También se hallaron diferencias según género en la adhesión al tratamiento, siendo los hombres quienes presentan mayores dificultades.

Se concluye que para lograr una mejoría en los niveles de compensación en los pacientes con diabetes mellitus tipo II en el lugar en estudio es necesario desarrollar una intervención con enfoque multifactorial combinando estrategias de intervención, que incorporen principalmente el manejo del factor emocional con apoyo psicológico y el enfoque familiar, además de intentar aumentar los beneficios y disminuir las barreras percibidas por los pacientes que obstaculizan el tratamiento.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

## **1.- TITULO DE LA INVESTIGACIÓN**

Factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II en pacientes bajo control del consultorio adosado al Hospital San José de Maipo en el año 2010.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Chile la población en control por enfermedades cardiovasculares contabilizada a diciembre 2007 alcanza a 1.548.990 personas. De éstos 437.874 corresponden a pacientes que padecen diabetes mellitus y sólo 160.154 se ubican dentro de la meta planteada por el Ministerio de Salud (Minsal) con una hemoglobina glicosilada menor a 7%, indicador de un buen control metabólico<sup>1</sup>.

El porcentaje de compensación es deficitario tanto en el sistema público como en el privado. En el primero el porcentaje de compensación es de 36% sin diferencias según sexo mientras en el sistema privado de salud el porcentaje de compensación es levemente mayor con un 43,2%<sup>2</sup>.

El presente estudio se enfocó en pacientes con diabetes tipo II bajo control del consultorio de San José de Maipo perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) y que se encuentra adosado al Hospital de dicha comuna. El número de pacientes bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular fue de 1187 a junio 2010 y de éstos, 373 son diabéticos.

El nivel de compensación fue de 26,3% según evaluación a junio 2010<sup>3</sup>, porcentaje que se encuentra bajo la meta planteada por el Minsal cuyo objetivo es lograr niveles crecientes de compensación y control de diabetes tipo 2 para lo cual considera que *“al menos 35% de las personas con diabetes de 20- 64 años bajo control logran niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7% en la Atención*

*Primaria de Salud (APS)*". En el caso de las personas diabéticas de 65 y más años bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) se solicita que un 38% alcance dicho valor<sup>4</sup>.

Dentro de los objetivos del Programa Cardiovascular que detalla el consultorio se señala, entre otros, *"Aumentar la proporción de pacientes en riesgo cardiovascular en control, compensados, a través de una mejoría del acceso y calidad de la atención primaria"* y *"Reducir la incidencia de complicaciones de las enfermedades cardiovasculares y diabetes en personas que se encuentran bajo control en el programa de Atención Primaria de Salud"*<sup>5</sup>.

De ahí la importancia de estudiar con más profundidad por qué los pacientes no logran mantenerse compensados a pesar de utilizar tratamientos multidisciplinarios con elementos terapéuticos tales como educación, nutrición, ejercicio físico, fármacos y planes terapéuticos para el tratamiento de factores de riesgo cardiovascular y específicos para cada patología.

### **3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTEXTO DE ESTUDIO**

#### **3.1.- Antecedentes y características biodemográficas de la comuna de San José de Maipo**

San José de Maipo está situada al sur oriente de la Región Metropolitana en la Provincia Cordillera. Su superficie alcanza los 4.994,80 km<sup>2</sup>, siendo la más extensa de la Región Metropolitana ocupando el 32,4% de ella y el 93% de la Provincia Cordillera. El 10% (499 km<sup>2</sup>) corresponde a espacios planos que se sitúan a lo largo del Río Maipo, en zonas de valles poblados. Según censo 2002 su población es de 13.376 habitantes insertos en una gran extensión de terreno, por lo que la densidad poblacional es de 2,68 Km<sup>2</sup> por habitante<sup>6</sup>.

El resto del territorio está representado por la Pre Cordillera Andina conformada por abruptas laderas y quebradas de gran tamaño y de difícil acceso. Sus límites son: al Norte con la V Región; al Sur con la VI; al Este con la república Argentina y al Oeste con las comunas de Las Condes, La Reina, Pirque y Puente Alto<sup>6</sup>.

La localidad más cercana desde el centro de Santiago es La Obra (29 Km); la más distante es Baños Colina a 105 Km., siendo su capital y centro cívico el pueblo de San José de Maipo que se sitúa a 967 m. sobre el nivel del mar, a 30 Km. al suroeste de Puente Alto y aproximadamente a 52 Km. de Santiago<sup>6</sup>. Climatológicamente se caracteriza por inviernos fríos con precipitaciones pluviales y neales y por otro lado veranos secos y calientes. Como es zona de relieves montañosos y escasas planicies, en determinadas circunstancias ocurren

derrumbes en las vías de acceso a los poblados, en algunos días de viento en verano y especialmente en invierno, interrumpiendo caminos dejando aisladas a algunas localidades<sup>6</sup>.

Los medios de comunicación son TV abierta, satelital, un periódico semanal, una radio local, teléfonos públicos, fijos y celulares; sin embargo zonas como Volcán, hacia la frontera, sólo tienen comunicación radial a través de carabineros o teléfono satelital<sup>6</sup>.

Existe un camino pavimentado desde la localidad de La Obra hasta San Gabriel que une a todos los pueblos; más hacia la cordillera continúa un camino de tierra en mal estado durante todo el año, e interrumpido su acceso en invierno durante largos períodos<sup>6</sup>.

La locomoción colectiva es a través de microbuses que pasan por las diferentes localidades hasta llegar a la Estación Bellavista del Metro de La Florida, además de taxis y colectivos, los cuáles tienen una frecuencia variable que puede ser cada una hora para sectores más distantes. Como comuna rural, el pasaje puede llegar a costar hasta 5 veces más que el valor de él en Santiago dependiendo de la lejanía en que se encuentre la localidad. Como ejemplo: desde San Gabriel hasta Puente Alto el pasaje puede costar \$1.500 por persona<sup>6</sup>.

Se estima que la población total al año 2010 alcance los 14441 en la comuna. En el año 2000 la población de 65 años o más correspondía a 1008 en la comuna y los menores de 15 años alcanzaban a 3615 personas<sup>7</sup>. En consecuencia el índice de vejez en el año 2000 para la comuna fue de 0,27. Al año 2010 la población mayor de 65 años en San José de Maipo es de 1319 y los menores de 15 alcanzan los 28537, por lo tanto el índice de vejez 0,46, lo cual indica que la

población adulto mayor está en aumento en la comuna: el año 2010 existen 46 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años mientras en el 2000 solo existían 27.

En comparación con la Región Metropolitana el índice de vejez al año 2000 era de 0,25 y en el año 2010 alcanza a 0,40<sup>7</sup>. Por lo tanto la comuna de San José de Maipo posee un índice de vejez más alto que la Región Metropolitana.

El ingreso medio de los hogares es de \$ 584.709 (2006), menor a la Región Metropolitana cuyo ingreso medio es \$866.627 (2006)<sup>8</sup>. El porcentaje de hogares en situación de pobreza es de 6,4% y de indigencia el 3% al 2006. En la Región Metropolitana los hogares en situación de pobreza alcanzan un porcentaje de 4,29 % al 2006, menor a la comuna de San José de Maipo, sin embargo, el porcentaje de indigencia es casi similar en comparación con la región cuyo valor es de 2,7% al 2006.

El mayor porcentaje de población se ubica entre los 19 a 59 años al igual que en la Región Metropolitana. En la comuna el porcentaje alcanza un 55, 86% y en la región 63,34% al año 2002<sup>8</sup>. El segundo mayor porcentaje de población en la Región Metropolitana se ubica en la población mayor a 60 años con un 16,19%.

Los años de estudio total promedio es de 10 años según encuesta Casen al año 2006. En este caso los años de estudio promedio de la comuna de San José de Maipo es menor al promedio de la Región Metropolitana que alcanza a 13 años.

En relación a la distribución urbana y rural de la población en la comuna de San José de Maipo, un 69.61% corresponde a población urbana versus un 30.39% de población rural, porcentajes comparables solo con la comuna de Pirque, también semirural, cuya población urbana alcanza un 58.26% versus un 41.74% de

población rural. Es notoria la diferencia en comparación a Puente Alto, Región Metropolitana y al país. Puente alto presenta una población urbana de 99.94% y rural de 0.06% similar a la región Metropolitana con un 96.93% de población urbana y un 3.07% población rural. La población nacional presenta un 86.6% y un 13.4% respectivamente<sup>9</sup>.

El total de inscritos en el sistema de salud pública es el 79,29%, en sistema de salud privada 12,9% y en otro 7,79% al 2006. A diferencia de la comuna de San José de Maipo, el total de inscritos en el sistema de salud pública es menor en la Región Metropolitana alcanzando un 54,79% y es mayor en el caso de los inscritos en el sistema de salud privada con un valor de 32,39% como también en otro sistema con un porcentaje de 12,9%<sup>8</sup>.

Las dificultades por las condiciones geográficas, climáticas, los medios de comunicación y de transporte, indudablemente deja a algunas familias de sectores apartados en condiciones de aislamiento, lo que repercute en el acceso oportuno a los servicios públicos como salud, educación, dependencias municipales, de servicios sociales y comunitarios influyendo en la calidad de vida de los mismos.

### **3.2.- Consultorio adosado al Hospital San José De Maipo<sup>10</sup>**

El consultorio de atención primaria adosado al Hospital de la comuna de San José de Maipo se encuentra actualmente en proceso de transformación a Centro de Salud Familiar (CESFAM). Atiende al 75% de la población beneficiaria tanto en la morbilidad como en los programas de control de salud y de patologías crónicas. Cuenta con laboratorio, equipo de rayos digital y ecógrafo, además de la sala IRA/ERA y la unidad de rehabilitación. Su centro de referencia es el Hospital Sótero del Río hacia donde se derivan los pacientes GES y no GES que lo requieren mediante un sistema de cupos que administra el propio consultorio. Además de la atención diurna, se realizan extensiones horarias de lunes a sábado. El rendimiento en la atención de morbilidad es de 5 pacientes por hora. El 40% de los pacientes que se atienden en el Consultorio solicitan su hora por teléfono.<sup>10</sup>

La comuna cuenta con tres postas rurales: Las Vertientes, San Gabriel y El Volcán, las cuales son administradas por la corporación municipal de San José de Maipo y atienden al 25% de la población beneficiaria. La Corporación posee una ambulancia y un furgón para transportar al personal en las rondas rurales.<sup>10</sup>

Características destacables del consultorio de la comuna son su ubicación central con respecto a la localidad de San José de Maipo, por lo tanto, un fácil acceso para la población de esa zona. La cercanía al servicio de urgencia y hospital de agudos, también la cercanía al Hospital base Sótero del río con caminos en buen estado y acceso a ambulancias para traslado de pacientes. Sin embargo algunos factores deficitarios son que existe un difícil acceso para la población rural hacia el

consultorio, el área administrativa se encuentra alejada de la atención clínica y existe un retraso en la implementación del modelo de salud familiar y comunitario<sup>10</sup>.

# **CAPITULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## MARCO TEÓRICO

En Chile la cifra de muertes por enfermedades cardiovasculares alcanzó un 28,1% de todas las muertes del 2006 considerándolas la primera causa de muerte en nuestro país<sup>11</sup>. En el año 2002 el Ministerio de Salud (MINSAL) creó el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) con el propósito de reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Para ello reorientó los subprogramas de Hipertensión Arterial y Diabetes *“cuyo principal cambio fue incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular (CV) global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada”*

<sup>11</sup>

Bajo esta nueva mirada el Ministerio de Salud a contar del 2003 incrementó el presupuesto en atención primaria. En el 2005 se incorporaron como Garantías Explícitas de Salud (GES) el manejo de Hipertensión, Diabetes e Infarto Agudo al Miocardio y el 2006 se incorporó el Accidente Cerebrovascular Isquémico<sup>11</sup>.

El aumento sostenido de la cobertura de personas hipertensas y diabéticas, además del aumento en la proporción de las personas bajo control compensadas son una muestra de estas mejorías, sin embargo, aún es insuficiente<sup>11</sup>.

La diabetes afecta a 150 millones de personas en el mundo y se espera que este número se eleve a 300 millones en el año 2025, principalmente en países en vías de desarrollo como resultado del envejecimiento, dieta no saludable, obesidad y sedentarismo<sup>12</sup>. Es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad especialmente en el adulto y adulto mayor incurriendo en grandes

gastos sanitarios<sup>13</sup>. “Un paciente diabético cuesta 2,5 veces el costo de un no diabético”<sup>14</sup>. Existen 8 problemas de salud que concentran la mitad del costo de las garantías explícitas de salud. Dentro de éstos la Hipertensión Arterial se ubica en tercer lugar con un 7,4% y la Diabetes Mellitus tipo II representa el 4,3 % ubicada en el sexto lugar<sup>15</sup>. El estudio CODE-2 realizado en Europa señala que el costo total de tratar a más de 10 millones de pacientes con diabetes tipo 2 en los países estudiados alcanza a 29 mil millones de dólares, lo cual representa un promedio del 5% del gasto total en salud en cada país<sup>12</sup>.

La Diabetes Mellitus tiene como principal complicación las enfermedades cardiovasculares, isquémicas y cerebrovasculares y con el fin de prevenirlas se requiere intensificar las medidas terapéuticas para lograr las metas trazadas<sup>13</sup>. Los objetivos de los planes terapéuticos además de considerar un buen cumplimiento farmacológico para el control de la glicemia debieran incluir en los pacientes cambios directamente relacionados en el estilo de vida como la alimentación habitual, control de peso y una actividad física adecuada. También es relevante explorar aquellos factores psicosociales relacionados que pueden influir en la adherencia o no al tratamiento y a los cambios conductuales necesarios para lograr un buen control glicémico<sup>16</sup>.

Los gastos directos de complicaciones atribuibles al control pobre de la diabetes son 3 a 4 veces más altos que aquellos pacientes con un buen control. Los gastos indirectos tienen similar magnitud, ya sean pérdidas de producción debido a la enfermedad, jubilación anticipada y muerte prematura<sup>12</sup>.

El Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Minsal señala que la población en control por enfermedades cardiovasculares en el Servicio

Nacional de Salud (SNSS) a diciembre del 2007 alcanzó a 1.548.990 siendo en su mayoría hipertensos (1.283.294) en comparación con el número de pacientes con diabetes mellitus en control a esa fecha que corresponde a 437.874<sup>1</sup>.

La prevalencia global de Diabetes Mellitus es mayor en hombres que en mujeres, aumenta con la edad y también mientras más bajo sea el nivel socioeconómico<sup>13</sup>.

Según Minsal la esperanza de vida al nacer en Chile al período 2010 – 2015 en ambos sexos es de 79, 1 años y según sexo para el mismo período en hombres alcanza a 76,12 y en mujeres 82,2<sup>17</sup>. Esta tendencia al envejecimiento contribuye al aumento de la prevalencia de la diabetes incrementando también las necesidades de cuidado de estas personas.

En Latinoamérica se estima una prevalencia de diabetes de 5,7% y las proyecciones elevan esta cifra a 8,1% al año 2025<sup>16</sup>.

Para el año 2003, la Encuesta Nacional de Salud describe una prevalencia global de diabetes de un 4,2%, desglosado en 4,8% en hombres y 3,8% en mujeres, la prevalencia levemente mayor en hombres no representa en la muestra significación estadística<sup>18</sup>. La encuesta observa un aumento de la prevalencia con la edad y señala un incremento significativo en la población mayor de 44 años en ambos sexos<sup>18</sup>. En el grupo de edad 45-64 años la prevalencia es de 9,4% y se eleva a 15,2% en el grupo de 65 y más años. Esta prevalencia declina después de los 80 años<sup>18</sup>.

La prevalencia de diabetes aumenta significativamente en el nivel socioeconómico bajo y esto es independiente de la edad y sexo<sup>18</sup>. Así en el nivel E la prevalencia es de 4,3% y en el D 5,3%, comparado con un 2,3 en el grupo C2C3 y un 1,7% en el grupo ABC<sup>13,18</sup>.

Para el año 2009 – 2010 la Encuesta Nacional de Salud registra nuevos datos, detallando un aumento de la prevalencia nacional de diabetes en el adulto con un valor de 9,4%, siendo levemente superior en mujeres con un 10,4% en comparación con las prevalencia en hombres 8,4%, sin embargo esta diferencia no tiene significación estadística<sup>19</sup>. La encuesta describe un aumento significativo de la prevalencia de diabetes en ambos sexos al aumentar la edad, principalmente sobre los 44 años, sin embargo no muestra diferencias significativas en la prevalencia de diabetes según estratos de edad entre hombres y mujeres<sup>19</sup>. En el grupo de edad de 45-64 años y en ambos sexos, la prevalencia aumenta en relación al valor del año 2003, siendo ésta de un 16,9% incrementándose al avanzar al siguiente grupo de edad correspondiente a los mayores de 65 años con una prevalencia de 25,8%<sup>19</sup>.

Tanto para el año 2003 y 2009-2010, las Encuestas Nacionales de Salud relacionan un nivel educacional bajo con una alta prevalencia de diabetes<sup>18, 19</sup>. Según zona urbana o rural, no hay diferencias significativas en la prevalencia de diabetes en ambas encuestas<sup>18, 19</sup>.

En nuestro país, según cifras del año 2008, el porcentaje de compensación en Diabetes Mellitus es de un 37,1% para los pacientes diabéticos entre 15 - 64 años en control en los servicios públicos de salud dependientes de municipalidades, siendo levemente más alto en los establecimientos dependientes de los servicios de salud con un 39,0%. A diferencia de lo que sucede en la población hipertensa puesto que el porcentaje de compensación se eleva notablemente a 56,5% en los establecimientos de salud públicos dependiente de municipalidades sin mayores diferencias de aquellos dependientes de servicios de salud<sup>20</sup>.

Nuestro país se propuso como objetivo sanitario para la década 2000-2010 reducir la proporción de personas con discapacidad producto de la diabetes mellitus tipo 2 y frenar el aumento de mortalidad por diabetes, sin embargo, la tasa de mortalidad por esta causa continua con una tendencia ascendente<sup>13</sup>. La tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus en ambos sexos al año 2006 corresponde a 20,3 por 100.000 habitantes equivalente a un 3,9% de las principales causas específicas de defunción ubicándose en un sexto lugar<sup>21</sup>. Desde el año 90 la tasa de muerte por diabetes mellitus en ambos sexos ha aumentado progresivamente de un 10,4 por 100.000 habitantes a un 21,8 por 100.000 habitantes en el 2007<sup>22</sup>.

### **1.- Cumplimiento Terapéutico**

Existen variados estudios que investigan las causas de la descompensación en enfermedades crónicas no transmisibles y las variables que se asocian al incumplimiento terapéutico. Aunque la mayoría de estas investigaciones se han centrado en la adhesión a la medicación o cumplimiento farmacológico, la adhesión abarca también numerosos comportamientos relacionados con la salud que van más allá de consumir fármacos prescritos<sup>12</sup>. Es evidente que el incumplimiento terapéutico está directamente relacionado con la eficacia y efectividad de las medidas terapéuticas y el aumento de la morbimortalidad cardiovascular<sup>23,24</sup>, además de disminuir la productividad y aumentar los costos en salud<sup>18</sup>. El cumplimiento de los tratamientos prescritos debiera conducir a una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción

de la necesidad de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos<sup>25</sup>. Por esto, la falta de cumplimiento terapéutico es considerada problema de salud pública<sup>23</sup>.

Un informe de la OMS<sup>12</sup> publicado el 2003 puso énfasis en la diferenciación entre cumplimiento y adhesión, considerando **cumplimiento** la medida en que el paciente sigue *instrucciones médicas* lo cual implica una *actitud pasiva* de éste, en contraposición con una *actitud colaboradora* en el proceso de tratamiento y de autocuidado que implica la **adhesión**, comportamientos que van más allá de tomar fármacos prescritos.

Sin embargo, en los estudios revisados se ocupa indistintamente el término cumplimiento y/o adhesión. La diferencia radica en especificar si se refiere a cumplimiento o adherencia exclusivamente “farmacológico” o se amplía el concepto a otros comportamientos terapéuticos.

La mayor parte de los estudios define *cumplimiento terapéutico* según la OMS y según Sackett y Haynes como el **“grado al cual el comportamiento de una persona en términos de tomar la medicación, seguimiento de una dieta, y/o llevar a cabo cambios en el estilo de vida, coinciden con las recomendaciones entregadas por un profesional de la salud”**<sup>12, 26, 27</sup>.

En esta definición se incluye tanto el factor de cumplimiento farmacológico así como también la adherencia a una diversidad de conductas terapéuticas, ejemplos de éstas son buscar atención médica, tomar la medicación apropiadamente, obtener vacunas, asistir a citas de seguimiento, ejecutar modificaciones a comportamientos relacionados a higiene personal, autocuidado de asma o

diabetes, fumar, anticoncepción, comportamientos sexuales, mala alimentación y niveles insuficientes de actividad física, siendo por tanto el *incumplimiento* el grado en que no se realizan estas indicaciones y puede afectar a todas las fases del proceso clínico<sup>12,22,28,29,30,31</sup>.

El incumplimiento terapéutico es frecuente en enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado y cree estar curado, en ancianos y aquellos que tienen prescritos varios tratamientos crónicos<sup>30</sup>. La adherencia al tratamiento puede considerarse una forma de afrontamiento a la enfermedad, en tanto el paciente movilice recursos personales con el fin de evitar los efectos de la enfermedad<sup>28</sup>.

En países desarrollados, la adhesión al tratamiento en pacientes que padecen enfermedades crónicas alcanza un promedio sólo del 50 % y es muy inferior en países en vías de desarrollo<sup>12</sup>.

En Estados Unidos los compensados de diabetes han disminuido de 45% a 36% en pocos años. En Alemania e Inglaterra la compensación alcanza a un 50%<sup>14</sup>.

Un estudio realizado en Europa (CODE-2) señala que sólo el 28 % de pacientes tratados por diabetes alcanzó un buen control de la glicemia<sup>12</sup>. En Estados Unidos, menos que el 2 % de adultos con diabetes realizan el nivel completo de cuidado que ha recomendado la Asociación Americana de Diabetes<sup>12</sup>. Un estudio publicado el 2006 en México demuestra que la probabilidad de control de la diabetes con total apego a la prescripción farmacológica fue de 27% y la probabilidad de control correspondió a 10% con ausencia de adherencia<sup>30</sup>. Se ha encontrado en una revisión sistemática que el porcentaje de cumplimiento respecto a la dieta para pacientes diabéticos varió de 25% a 65% y para la

administración de la insulina 20%. Así también el cumplimiento con medicación oral para la diabetes mellitus tipo 2 oscila entre 65% y 85% <sup>26</sup>.

En Chile, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003, el porcentaje de pacientes diabéticos que señalan estar bajo algún tratamiento (77,3%) ya sea sólo con tratamiento farmacológico (45,6%), no farmacológico (2,8%) o ambos (28,9%) y que se encuentran normoglicémicos no supera el 25%<sup>18</sup>.

En China el 43% y en Gambia sólo el 27 % de pacientes con hipertensión se adhieren a su régimen de medicación antihipertensivo <sup>13,25</sup>. En Estados Unidos, sólo el 51 % de los pacientes tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito<sup>29</sup> y en España, la tasa de cumplimiento terapéutico en hipertensos tratados farmacológicamente no supera el 50% <sup>22,23</sup>. Otros estudios señalan que el incumplimiento farmacológico oscila entre 30% y 70% en HTA, Diabetes, Dislipidemias<sup>12,26,27,30</sup>. Existen cifras similares para otras enfermedades, como la depresión (40%-70%), el asma (43% para el tratamiento agudo y 28% para el tratamiento de mantenimiento) y el VIH/SIDA (37%-83%) <sup>24</sup>.

A su vez, la proporción de cumplimiento terapéutico baja a 20% cuando se intenta modificar la actividad física, o al 10% al realizar cambios de la dieta para controlar el peso, al moderar la ingesta de alcohol o al disminuir el consumo de sal<sup>23</sup>. Una revisión sistemática señala que el porcentaje de cumplimiento en terapias a largo plazo oscila entre 40% y 50% y aumenta en terapias a corto plazo entre 70% y 80%, mientras que el cumplimiento en las modificaciones en el estilo de vida se ubicó entre 20% y 30%.<sup>26</sup>

Se necesita un nivel de cumplimiento terapéutico cercano a 80% para un grado de control satisfactorio de la HTA<sup>22</sup>. El porcentaje de pacientes tratados que tienen un buen control de la tensión arterial, es decir, pacientes compensados, es sólo del 30%, 7% y 4,5% en los EE.UU., el Reino Unido y Venezuela, respectivamente. En el Sudán, sólo el 18% de los pacientes que no cumplen bien el tratamiento logran un buen control de la tensión arterial, mientras que en el caso de los que lo cumplen, ese porcentaje es del 96%<sup>24</sup>.

El incumplimiento del tratamiento tiende a aumentar a medida que lo hace la carga mundial de enfermedades crónicas. En conjunto, las enfermedades no transmisibles representaron el 54% de la carga mundial de morbilidad en el 2001, (enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, los trastornos mentales, el VIH/SIDA y la tuberculosis) y se espera que superen el 65% en el 2020<sup>24</sup>.

## **2.- Métodos que miden el grado de cumplimiento terapéutico**

Pese a la gran cantidad de estudios que existen sobre el tema es muy difícil medir el grado de cumplimiento ya que son muchos los factores implicados y no se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento<sup>12, 29</sup>.

Existen métodos *directos e indirectos* para medir el grado de cumplimiento terapéutico. Los directos cuantifican el fármaco o un marcador incorporado en alguno de los fluidos orgánicos y su nivel indica si el paciente consumió los medicamentos, son objetivos pero no son aplicables a la práctica diaria. Los

*indirectos son sencillos y económicos*, pero no son objetivos, porque la información es proporcionada por los enfermos, familiares o personal sanitario y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, con lo que solo identifica a una parte de los no cumplidores<sup>22, 27, 29, 30</sup>.

Las condiciones ideales de aceptabilidad para un método que evalúe el cumplimiento terapéutico es aquel en que la **sensibilidad y especificidad sea mayor al 80%** y ningún método indirecto alcanza estas condiciones. Es por esto que en la práctica se recomienda utilizar uno de alta sensibilidad y otro de alta especificidad<sup>29</sup>.

Sackett y Haynes<sup>25</sup> mencionan 7 métodos que han sido empleados para diagnosticar el bajo cumplimiento. Estos son el **“juicio clínico, monitorizar la existencia a las citas programadas, monitorizar el logro del objetivo del tratamiento, buscar los resultados terapéuticos o los efectos secundarios, contar las píldoras, determinar los niveles de los medicamentos y entrevistas a los pacientes”**<sup>25</sup>.

En los estudios revisados<sup>22, 23, 29, 32</sup> se utilizan distintas pruebas para evaluar el cumplimiento. Los más nombrados son el **Test de batalla o nivel de conocimientos de la enfermedad**, el cual evalúa el conocimiento y está validado para Hipertensión y Diabetes Mellitus. Este test califica como cumplidor al paciente que contesta correctamente a 3 preguntas:

- 1) ¿Es la Diabetes Mellitus o Hipertensión una enfermedad para toda la vida?
- 2) ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
- 3) Mencione al menos 2 órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada. Una respuesta incorrecta califica al paciente como incumplidor<sup>31</sup>.

**El Test de Morisky Green** evalúa actitudes del enfermo respecto al tratamiento y está validado en población española<sup>30</sup>. Este test considera cumplidores a los pacientes que responden correctamente a 4 preguntas:

- 1) ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
- 2) ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
- 3) Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
- 4) Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación? Una respuesta incorrecta califica al paciente como incumplidor<sup>31</sup>.

El **recuento de comprimidos** calcula a través de una fórmula el porcentaje de cumplimiento dividiendo el número de comprimidos tomados por el paciente por el número de comprimidos prescritos por el médico y el resultado es multiplicado por 100. Luego clasifica al paciente como normocumplidor a pacientes que obtienen un porcentaje entre 80% y 110%, hipercumplidor mayor a 110%, o hipocumplidor menor a 80% <sup>31</sup>.

Por su alta especificidad<sup>22</sup> se recomienda utilizar el **cumplimiento autocomunicado**, ya que si el paciente afirma que no cumple el tratamiento la posibilidad de ser cierto es muy alta. La pregunta según la metodología Haynes-Sackett es:

“la mayoría de los pacientes tienen dificultad en tomar sus comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?”<sup>31</sup>.

En el caso que el paciente refiera ser cumplidor y se siga sospechando el incumplimiento debe utilizarse el recuento de comprimidos nombrado

anteriormente<sup>22</sup>. En otros casos, si la respuesta es afirmativa a la pregunta realizada se consulta sobre su estimación acerca de los comprimidos tomados en el último mes y se considera cumplidor al paciente cuyo porcentaje de cumplimiento se ubique entre 80% y 110%<sup>31</sup>.

Se señala el **grado de control de la enfermedad** como un método que evalúa con mayor sensibilidad y detecta al paciente incumplidor<sup>22, 29</sup>. En el caso de la diabetes se valora la glicemia basal y en los hipertensos se consideró en un estudio paciente cumplidor si las medias de las presiones arteriales tomadas en las citas previstas estaban por debajo de 140/90 mmHg en los pacientes menores de 65 años e inferiores a 160/90 mmHg en los mayores de 65 años<sup>31</sup>.

Las **citas concertadas**, es un método de alta especificidad y detecta al paciente cumplidor. Al tener mayor valor predictivo positivo predice bien el incumplimiento cuando el paciente deja de acudir a las citas programadas<sup>22, 23, 29</sup>. Un estudio consideró cumplidores a los pacientes que habían asistido al 80% -110% de las citas que se les habían programado en los 6 últimos meses<sup>31</sup>.

Se nombra también el **Test de Prochaska- DiClemente** que considera incumplidor al paciente que se encuentre en la etapa de precontemplación, contemplación y preparación<sup>22</sup>.

Por último, el **juicio del médico** estima si el paciente es o no cumplidor según el juicio subjetivo del médico basándose en su propia impresión y en el conocimiento previo que tiene del enfermo<sup>31</sup>.

En el caso específico de Diabetes Mellitus un estudio<sup>30</sup> cuyo objetivo fue predecir la probabilidad de control de la glicemia en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 tratado exclusivamente con esquema farmacológico evaluó el control de la

glucemia a través de la **hemoglobina glucosilada** y el apego al tratamiento farmacológico mediante la técnica de Morisky – Green. Este estudio<sup>30</sup> considera tres aspectos fundamentales para el control de la glucemia: 1) la respuesta biológica a la prescripción 2) el tipo de prescripción realizada por el personal de salud 3) el apego a la prescripción médica por parte del paciente. Sugiere además adecuar los esquemas de prescripción farmacológica y considerar el resto de las opciones de manejo de la diabetes, las medidas higiénico- dietéticas, actividad física y educación para la salud. Concluye que 3 de cada 10 pacientes tienen probabilidad de control con un apego terapéutico total<sup>30</sup>.

Así como es difícil medir el grado de cumplimiento también lo es definir el perfil de un paciente incumplidor, no hay un grupo de variables que pudieran ser útiles para definirlo, ya que en diferentes estudios son distintas las variables estudiadas que se asocian al incumplimiento y difieren también según la enfermedad y la población a estudiar<sup>22</sup>. Las conclusiones de investigación en esta área son inequívocas y señalan que los problemas de adhesión son observados en todas las situaciones donde se requiere la autoadministración del tratamiento, independientemente del tipo de enfermedad, la severidad de enfermedad y la accesibilidad a recursos de salud<sup>12</sup>.

Para determinar la adhesión al tratamiento de la diabetes, tanto tipo 1 y 2, se recomienda evaluar cada componente del tratamiento por separado ya sean estos la autosupervisión de la glucosa, administración de insulina y/o hipoglicemiantes orales, dieta, actividad física, cuidado del pie y otras prácticas de autocuidado, en vez de usar una sola medida para evaluar la adhesión al tratamiento total<sup>12</sup>.

### 3.- Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico

Una revisión sistemática de la base de datos de Medline de bibliografía situada entre 1970 y 2005, identifica diversas categorías de factores que influyen en el cumplimiento terapéutico<sup>26</sup>:

**TABLA 1. Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico**

<b>Factores Centrados en el paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Factores demográficos: edad, etnia, género, educación y estado civil</li><li>• Factores Psicosociales: Creencias, Motivación, Actitud</li><li>• Relación paciente- personal de salud</li><li>• Alfabetización en salud</li><li>• Conocimiento del paciente</li><li>• Dificultades Físicas</li><li>• Consumo de Tabaco o Alcohol</li><li>• Olvido</li><li>• Historia de buen cumplimiento</li></ul>
<b>Factores relacionados con la terapia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vía de administración</li><li>• Complejidad del tratamiento</li><li>• Duración del período de tratamiento</li><li>• Efectos secundarios de los medicamentos</li><li>• Grado de cambio del comportamiento necesario</li><li>• Sabor de los medicamentos</li><li>• Necesidades de almacenamiento de drogas</li></ul>
<b>Factores del sistema de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de accesibilidad</li><li>• Largo tiempo de espera</li><li>• Dificultad para obtener recetas</li><li>• Descontento con visitas clínicas</li></ul>

<b>Factores sociales y económicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imposibilidad de tiempo libre para el tratamiento</li> <li>• Costo de la terapia e ingresos</li> <li>• Apoyo social</li> </ul>
<b>Factores de la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas de la enfermedad</li> <li>• Severidad de la enfermedad</li> </ul>

El **Modelo de creencias de la salud** es el primer modelo que explica de qué forma las actitudes y las creencias influyen en la adherencia a un tratamiento<sup>33</sup>.

“Las creencias definen procesos cognitivos y emocionales relacionados con el comportamiento saludable”<sup>33</sup> y el modelo de creencias de la salud identifica las siguientes características:

1. Susceptibilidad percibida: es el riesgo subjetivo de contraer o desarrollar algún tipo de enfermedad.
2. Severidad percibida: Es la valoración de la severidad de las consecuencias que una enfermedad puede traer.
3. Beneficios percibidos: Es la estimación de que determinadas conductas saludables sean efectivas para disminuir la amenaza de la enfermedad.
4. Barreras percibidas: Son los aspectos de la conducta saludable que la persona considera negativos tales como los costos, las dificultades, el acceso, inconvenientes, miedos, desagradados, etc.
5. Autoeficacia: Es la confianza en la capacidad personal de llevar a cabo una conducta saludable.

6. Señales para la acción: Son señales activadoras de la disposición para realizar un cambio.

Estos últimos dos puntos son incorporados al Modelo de Creencias en Salud en el año 2002 por otros autores (Janz, Champion y Strecher)<sup>33</sup>.

Este modelo indica que la probabilidad que las personas adhieran a un tratamiento es mayor cuando <sup>33</sup>:

- Las personas se perciben a sí mismas como susceptibles ante las complicaciones médicas que pueden surgir del descontrol de la enfermedad
- Las personas piensan que el descontrol de la enfermedad traerá consecuencias negativas para su vida y ámbito social.
- Las personas evalúan los beneficios que la adhesión al tratamiento podría traerles para el control de la enfermedad o alivio de síntomas.

En Chile, un estudio realizado en un Centro de Salud Familiar en la comuna de Los Ángeles, Región del Bío - Bío, el año 2007<sup>16</sup> encontró **4 predictores psicosociales** con influencia individual significativa sobre la compensación de los pacientes diabéticos tipo II:

1. Beneficios atribuidos por el paciente al tratamiento médico que lo conduce al control metabólico
2. Barreras percibidas por el paciente que obstaculizan ese tratamiento
3. Relación del paciente con el equipo de salud
4. Disponibilidad declarada por el paciente de apoyo familiar para la ejecución del tratamiento

Este estudio<sup>16</sup> concluyó que existen relaciones entre variables psicosociales y el control metabólico de la diabetes mellitus tipo II. Así se determinó que la **atribución de beneficios que el paciente efectúa respecto del tratamiento médico que conduce al control metabólico y la percepción de barreras que se oponen a ese tratamiento** son las variables que mantienen efectos directos significativos sobre el control metabólico, siendo entonces las variables culturales más importantes. Según este estudio **el apoyo familiar y las relaciones positivas con el equipo de salud** actúan indirectamente en el control metabólico<sup>16</sup>.

La probabilidad de que el paciente esté compensado metabólicamente es mayor cuando el paciente atribuye más beneficios al tratamiento que asegura ese control y mientras menos barreras se perciben para asegurar la ejecución del tratamiento<sup>16</sup>.

Quedó demostrada la influencia directa que ejerce sobre el control metabólico de la diabetes la creencia del paciente acerca de los beneficios atribuidos al tratamiento médico y las creencias acerca de las barreras que pueden obstaculizar este tratamiento<sup>16</sup>. Lo mismo se demostró en un estudio realizado en Cuba pero para pacientes hipertensos<sup>28</sup>. Este estudio además agrega que conocer que la enfermedad no desaparecerá a pesar de tomar cualquier medicamento favorece el proceso de adherencia, puesto que subjetivamente se está preparado para convivir con una enfermedad crónica y adaptarse al tratamiento mientras viva. Si los pacientes están en conocimiento que la dieta y que los ejercicios son

importantes para su salud, están en mejores condiciones de mantener compensada o controlada su enfermedad<sup>28</sup>.

Se hace imprescindible conocer estos factores psicosociales que influyen en la adherencia terapéutica para diseñar estrategias y tratamientos más integrales ya que son elementos facilitadores para la modificación de las conductas que obstaculizan la salud<sup>16</sup>.

El informe de la OMS publicado el 2003 “**Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action**”<sup>12</sup> describe en 4 grupos las variables que se correlacionan con la adhesión en el tratamiento de la diabetes: **Tratamiento y Características de la enfermedad, Factores Intrapersonales, Factores Interpersonales, Factores Ambientales.**

### **1. Tratamiento y Características de la enfermedad: Complejidad de tratamiento, Duración de la enfermedad y Prestación de atención**

Mientras más complejo sea el **tratamiento** mayor es la probabilidad que el paciente no lo cumpla. Evidencias demuestran que las mejores tasas de adhesión a corto y largo plazo se producen cuando los pacientes deben consumir una sola medicación<sup>12, 22</sup>. Además los pacientes sintomáticos presentan mayor cumplimiento al tratamiento prescrito<sup>22</sup>. Los pacientes diabéticos por lo general tienen co-morbilidades asociadas como hipertensión, obesidad y depresión, las cuales hacen sus regímenes de tratamiento aún más complejos, ya que se

caracterizan por una baja adhesión al tratamiento que genera a su vez un pobre resultado en el mismo<sup>12</sup>.

La **duración de la enfermedad** se relaciona negativamente con la adhesión. Se ha demostrado que el nivel de actividad física es mayor en pacientes que sufren de diabetes hace 10 años o menos y con mayor frecuencia que aquellos con historia más larga de diabetes, quienes además tienen mayor consumo de alimentos inadecuados. En un estudio con niños con diabetes tipo 1 que necesitaban la administración de insulina, la adhesión disminuyó en aquellos con historia más larga de diabetes que en los que fue recién diagnosticada<sup>12</sup>.

En la **prestación de atención médica** se ha observado que un tratamiento con enfoque familiar tuvo mejor adhesión que aquellos tratamientos que ven la diabetes como enfermedad aguda. Las barreras percibidas para el acceso a los servicios de salud también son asociadas a un pobre control metabólico<sup>12</sup>. Los atributos del sistema de asistencia médica y la entrega de servicio también tienen gran influencia<sup>12</sup>.

## **2. Factores Intrapersonales: Edad, Género, Autoestima, Autoeficacia, Estrés, Depresión, Abuso del alcohol**

La **edad** se asocia en pacientes con diabetes tipo 1 con la adhesión a programas de actividad física. Pacientes mayores de 25 años ocupan menos tiempo y días por semana en estas actividades. Así también disminuye la adhesión al tratamiento con insulina y también la autosupervisión de glucosa en sangre en adolescentes mayores en comparación con adolescentes más jóvenes<sup>12</sup>.

Respecto al **género** un estudio señala que los hombres con diabetes tipo 1 son más activos que las mujeres, pero también son ellos los que tienen una alimentación inadecuada mayor que las mujeres<sup>12</sup>.

En relación a la **autoestima** en pacientes con diabetes tipo 1 se relacionó con altos niveles de actividad física, seguimiento de dieta, el ajuste de insulina y cuidado dental<sup>12</sup>.

La **autoeficacia** se estudió en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 y se encontró una relación positiva entre autoeficacia y adhesión a la actividad física prescrita. Otro estudio señala que la creencia de autoeficacia predijo la adhesión a un régimen prescrito en 309 adultos con diabetes tipo 2<sup>12</sup>.

El **stress y problemas emocionales**, niveles menores de stress son asociados con los niveles más altos de adhesión a la administración de insulina y dieta en mujeres con diabetes gestacional. La presión psicosocial se asoció a una pobre adhesión a un régimen prescrito y control metabólico. Aquellos pacientes con miedo a inyecciones de insulina o autosupervisión de glucosa en sangre tienen niveles bajos de adhesión y un mayor trastorno emocional<sup>12</sup>.

La **depresión** es dos veces mayor en personas con diabetes que en la población general. Las personas con depresión tienen peor control de la glicemia y son menos adherentes al autocuidado<sup>12</sup>.

El **abuso de alcohol** se relaciona con el autocuidado de la diabetes. Se ha asociado a menor adhesión a inyecciones de insulina. También en un estudio con pacientes diabéticos tipo 2 el consumo de alcohol los 30 días anteriores se asoció a baja adhesión a dieta, autosupervisión de glucosa en sangre, toma de medicamentos y asistencia a citas<sup>12</sup>.

### **3. Factores Interpersonales: Calidad de la relación entre pacientes y proveedores del cuidado y el Apoyo Social**

Una buena adhesión al tratamiento se asocia a una buena **comunicación entre el paciente y el proveedor** y se considera factor determinante de la adhesión al tratamiento. Se encontró en pacientes con diabetes tipo II una baja adhesión en la administración de agentes orales hipoglicémicos y supervisión de glucosa en pacientes que consideraron mala comunicación con su proveedor de salud<sup>12</sup>.

La percepción de suficientes redes de **apoyo social** se asocia a mayor adhesión<sup>28</sup> a recomendaciones dietéticas y administración de insulina en mujeres con diabetes gestacional<sup>12</sup>. Tanto para adultos como adolescentes el apoyo social a la enfermedad se asoció a una mejor adhesión a la administración de la insulina y pruebas de glucosa<sup>12</sup>. Un estudio señala que la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, es el más eficaz que percibe el individuo frente a los cambios a lo largo del ciclo vital en el contexto social<sup>28</sup>. Variables situacionales como vivir solo influyen también en el cumplimiento terapéutico<sup>28</sup>. No sólo la prescripción médica es suficiente para el apego terapéutico también es necesaria la participación del paciente y su núcleo familiar<sup>30</sup>.

#### **4. Factores Ambientales: Situaciones de riesgo elevado y Sistemas Ambientales**

Estos factores se vinculan a una baja adhesión. El autocuidado ocurre en un contexto cambiante de situaciones ambientales ya sea en casa, en el trabajo, en público que se asocian a diferentes demandas y prioridades. Con frecuencia el paciente debe decidir entre el autocuidado en diabetes o alguna otra prioridad de vida. Algunos de estos factores son la presión social por comer, difícil integración de los horarios de comida, sentirse solo y aburrido, conflictos interpersonales, comer en acontecimientos sociales, etc<sup>12</sup>.

Los sistemas ambientales incluyen el sistema económico, agrícola, político, asistencia médica, sistemas geográficos, ecológicos y culturales. En el siglo 20 comenzó la epidemia de obesidad y diabetes tipo 2, se incluyó abundancia de comidas rápidas baratas y altas en grasa y se mecanizaron los sistemas de transportes. Las mujeres ingresan al mercado laboral, ha cambiado la composición de la familia y con esto la selección y preparación de los alimentos. Existe un aumento de actividades sedentarias. Todo esto aumenta la incidencia de obesidad como de diabetes. Se debe considerar la influencia de estos factores macrosociales en el comportamiento de autocuidado de un paciente para su control metabólico y en la prevención de complicaciones a largo plazo<sup>12</sup>.

#### **4.- Estrategias de intervenciones para mejorar el cumplimiento terapéutico**

Para mejorar el cumplimiento a través de una **intervención** se deben considerar 5 requisitos previos lógicos: 1) El diagnóstico de la enfermedad debe ser correcto, 2) la enfermedad no debe ser trivial, 3) La terapia debe ser eficaz, 4) La intervención en el cumplimiento debe ser eficaz, 5) El enfermo debe estar informado y bien dispuesto<sup>25</sup>.

Un artículo de investigación que hace referencia a la adherencia farmacológica en patologías crónicas recomienda 6 grupos de estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento así como también se señala son útiles para la prevención del mismo<sup>27</sup>:

**1. Intervenciones simplificadoras del tratamiento:** relación directa entre la complejidad del tratamiento prescrito y el incumplimiento. Reducir el número de fármacos pautados

**2. Intervenciones informativas/ educativas:** Aumento del conocimiento. Esta intervención es necesaria pero no suficiente.

**3. Intervenciones de apoyo familiar/social:** Personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento

**4. Intervenciones con dinámica de grupos:** Para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones.

**5. Intervenciones de refuerzo conductual:** Incluye técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual

**6. Combinación de intervenciones:** Incumplimiento es un proceso multifactorial por lo tanto es más efectivo utilizar combinación de estrategias. Por ejemplo: Se

repite la intervención de educación sanitaria con otra de recordatorio; Combinar una técnica conductual como la recompensa con otras intervenciones o la implicación de la familia en las estrategias.

Un estudio llamado “Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria”<sup>34</sup> realizado en Costa Rica realizó en una primera etapa un estudio cualitativo sobre conocimientos y prácticas de los pacientes diabéticos y del personal de salud relacionados a la prevención, tratamiento de la diabetes y disponibilidad de alimentos en esa comunidad. A partir de los resultados obtenidos desarrollaron una metodología educativa, compuesto de un manual y de un proceso de capacitación para los pacientes y personal sanitario. El estudio concluyó que la atención primaria es ideal para ejecutar programas educativos, ya sea de tratamiento o de prevención o detección de la diabetes. Este nivel de atención permite favorecer el apoyo grupal y el intercambio de experiencias al interior de un mismo contexto socioeconómico y cultural. Concluyen que los programas educativos adaptados a pacientes y personal de este nivel beneficia directamente al paciente en el mejoramiento de la calidad de atención, además de las mejoras en la calidad de vida de los pacientes al mejorar sus glicemias y disminuir complicaciones a corto y largo plazo. Integrar al grupo familiar en el programa educativo beneficia las acciones preventivas y de diagnóstico temprano de la enfermedad, además de brindar apoyo al paciente y concientizar a la familia del riesgo de padecer la enfermedad.<sup>34</sup>

Otro estudio señala que “una acción efectiva ante el problema de salud que representa esta enfermedad exige un enfoque integral entre prevención, cuidado y educación”<sup>35</sup> “se ha demostrado que la educación en diabetes logra un efecto

positivo en los pacientes, reduciendo las tasas de mortalidad y morbilidad innecesarias debidas a su control deficiente”<sup>35</sup> y que “para que exista adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II se necesita de la participación y el compromiso activo de la persona con su salud”<sup>35</sup>

## **5.- MARCO METODOLÓGICO**

### **5.1.- Fundamentos del Enfoque Cualitativo**

La investigación cualitativa busca desarrollar conceptos que nos ayuden a comprender los fenómenos sociales en su medio natural dando la importancia necesaria a las intenciones, experiencias y opiniones de todos los participantes<sup>36</sup>.

Algunas características de la investigación cualitativa son <sup>36, 37</sup>

- Es inductiva, es decir, no utiliza categorías preestablecidas y los conceptos y teorías se desarrollan a partir de los datos.
- La perspectiva holística desde la cual observa el investigador busca considerar el todo y no reducir a variables a las personas, escenarios o grupos.
- El investigador se considera parte del proceso de investigación y es sensible al efecto que puede provocar en éste. Intenta comprender a las personas dentro de su propio contexto.
- Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. La investigación cualitativa tiene como propósito comprender la complejidad y significados de la experiencia humana y contribuir a generar teorías.

- La recolección de información es intensiva y con frecuencia combina técnicas de recolección de datos.
- El diseño de la investigación es flexible.

Toda investigación científica se enmarca en ciertos paradigmas y dentro de ellas es posible desarrollar metodologías cuantitativas y cualitativas, esto depende de la pregunta de investigación y de la necesidad de información<sup>36</sup>.

El **paradigma racionalista cuantitativo** está basado en la teoría positivista del conocimiento. Busca hechos o causas independientes del estado subjetivo del individuo. Como alternativa surge el **paradigma naturalista cualitativo** el cual plantea que en las disciplinas del ámbito social existen diferentes problemáticas que no se pueden comprender sin considerar la propia experiencia del individuo. Por último, el **modelo socio crítico** se sustenta en que la investigación no es neutral y los partidarios de este modelo surgen en el campo de las minorías<sup>36</sup>.

Otros autores clasifican los paradigmas de investigación en **positivismo, postpositivismo, teoría crítica, constructivismo y paradigma participativo** <sup>32</sup>.

El **paradigma positivista** es un sistema de creencias que plantea la existencia de una realidad aprehensible, objetiva y regida por leyes generales e inmutables. El **paradigma constructivista** señala que la realidad es construida mediante procesos biológicos y sociales. Y el **paradigma de la teoría crítica** plantea que la realidad es aprehensible y va cambiando en el tiempo según factores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género que van formando estructuras reales<sup>36</sup>.

Existen distintos enfoques teóricos metodológicos para entender la realidad social. Taylor y Bogdan señalan que aquello que define la metodología es tanto la manera como enfocamos los problemas como las formas en qué buscamos las respuestas a éstos<sup>38</sup>.

Algunos de los métodos que se han utilizado en investigación cualitativa son la fenomenología, la etnografía, la teoría fundamentada, la etnometodología o análisis del discurso, la investigación- acción, la biografía<sup>36</sup>.

La **fenomenología** describe y comprende el significado que tienen los fenómenos para las personas<sup>37</sup>.

“La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables”<sup>36</sup>

“La fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia,... y el fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando”<sup>36</sup>

El Método Fenomenológico consta de seis fases:

1. Descripción del fenómeno
2. Búsqueda de múltiples perspectivas
3. Búsqueda de la esencia y la estructura
4. Constitución de la significación
5. Suspensión de enjuiciamiento
6. Interpretación del fenómeno

La **etnografía** o estudios descriptivos tratan de responder a la pregunta de qué está sucediendo y cómo, pretendiendo proporcionar una imagen fiel de lo que la gente dice y actúa<sup>37</sup>.

La **teoría fundamentada** pone énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su mundo social en la interacción con otros. A través de la inducción descubre teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo de los datos y no de supuestos a priori<sup>37</sup>.

La **etnometodología** o **análisis del discurso** estudia los fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos y a nuestras acciones a través del análisis de las actividades humanas<sup>36</sup>. Intenta formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje, la comunicación de creencias y la interacción en situaciones de índole social. Es un referente idóneo para estudiar las instituciones sociales y políticas, organizaciones, relaciones de grupo, etc<sup>37</sup>.

En la **investigación - acción** prepondera el papel activo que asumen los sujetos que participan en la investigación. No se puede realizar de forma aislada, es necesaria la implicación grupal y la unión entre investigador /investigado<sup>36</sup>.

La **biografía** pretende mostrar el testimonio subjetivo de una persona a través de una historia de vida en la cual se recojan los acontecimientos y las valoraciones que dicha persona tiene de su propia existencia<sup>36</sup>.

## 5.2.- Investigación Cualitativa en Salud Pública

La investigación cualitativa en salud permite dar un abordaje distinto a las problemáticas de salud y enfermedad y buscar aquellas respuestas que la metodología cuantitativa no logra entregar. Nos permite comprender la realidad desde una visión amplia y desde diversas perspectivas. Los determinantes que influyen en la salud del individuo y de la población son multifactoriales, interdisciplinarios y multidisciplinarios, por ende, los profesionales que se dedican a la salud provienen de distintas disciplinas y por tanto, también es posible estudiar desde distintos enfoques las situaciones que afectan a la salud tanto individual como colectiva<sup>39</sup>.

La investigación cualitativa puede complementarse a la investigación cuantitativa utilizando sus datos, profundizando en ellos y comprendiendo la concepción cultural y simbólica que implica la vivencia de la salud por los individuos y las sociedades<sup>38</sup>.

La investigación cualitativa reactiva la participación de los sujetos en las actuaciones sociales y sanitarias y a diferencia de la investigación tradicional en salud que silencia a los individuos considerándolos solo como sujetos que han sido afectados por enfermedades o factores de riesgo, en la investigación cualitativa se recupera el lenguaje, la conciencia y la voluntad de éstos con el fin de entender la salud desde una perspectiva simbólico-cultural<sup>38</sup>.

Algunos factores que justifican la tendencia al crecimiento de la investigación cualitativa en salud son: la importancia de evaluar las necesidades de salud de los individuos desde una perspectiva integral y dinámica, profundizando en el sustrato

socio cultural y valores condicionantes esenciales respecto de lo que debería ser una vida sana en distintos momentos de su existencia<sup>40</sup>. También se debe considerar “la descontextualización controlada en que tiene lugar la gran mayoría de los estudios experimentales que relativiza forzosamente el conocimiento de la efectividad de las acciones en salud, siendo preciso prolongar su seguimiento evaluativo hasta que éstas tienen lugar con personas recontextualizadas en su medio natural”<sup>39</sup>. Por último, tanto las personas como las poblaciones y los profesionales sanitarios se ven influenciados por el contexto social y cultural que condiciona sus visiones<sup>39</sup>.

Respecto a los **criterios de calidad** de la investigación cualitativa, gran parte de los investigadores piensan que se debe evaluar conforme a criterios diferenciados en función del tipo de enfoque o paradigma utilizado. La propuesta más conocida es la de Lincoln y Guba basándose en los criterios de **credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia y confirmabilidad**<sup>39</sup>.

Otros señalan que en todos los casos es posible evaluar según los criterios de fiabilidad, validez interna y externa pero adaptados a las singularidades de cada enfoque<sup>39</sup>. También se señala la relevancia de la investigación y la validez como dos criterios fundamentales para evaluar la investigación cualitativa<sup>39</sup>. Un último criterio es la reflexibilidad en la investigación cualitativa que requiere que el investigador sea consciente de su influencia en el proceso y el resultado de la investigación y lo explícite<sup>39</sup>.

Se ha utilizado la investigación cualitativa para entender la problemática del sida, el cáncer, la calidad de vida relacionada con la salud, la atención del anciano<sup>39</sup>, para entender las vivencias de las personas que conviven con una enfermedad

crónica, para comprender como percibe la mujer el fenómeno de la violencia doméstica, para explicar el proceso de ajuste de identidad en los adolescentes que enfrentan un embarazo, entre otros<sup>37</sup>.

**CAPITULO III**

**PROBLEMA, PREGUNTA DE**

**INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

## **1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

No existe información cualitativa que amplíe, más allá de los indicadores biomédicos, las explicaciones atribuidas al bajo porcentaje de compensación de los pacientes diabéticos tipo II en el grupo estudiado.

## **2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo es la vivencia de la enfermedad en los pacientes diabéticos y qué factores se identifican como influyentes en el mayor o menor control que tienen de ésta?

## **3.- OBJETIVOS**

### **3.1- Objetivo General**

1) Explorar a través de los discursos de los entrevistados los factores subjetivos que más influyen en el control de la diabetes mellitus tipo II.

### **3.2- Objetivos Específicos**

1) Identificar las dificultades autopercebidas para controlar la diabetes y evitar complicaciones

2) Conocer las creencias de los pacientes diabéticos relacionadas con el control de su enfermedad

- 3) Identificar barreras y beneficios del tratamiento médico percibidos por las personas diabéticas
- 4) Indagar acerca del conocimiento que las personas diabéticas tienen de su enfermedad y de las consecuencias de no controlarla
- 5) Describir el rol que los pacientes le asignan a su red de apoyo familiar y social en el control de la enfermedad
- 6) Conocer la perspectiva del equipo de salud respecto de los factores más influyentes en el control de la enfermedad de los pacientes diabéticos

# **CAPITULO IV**

## **METODOLOGÍA**

## **1. METODOLOGÍA**

El estudio se realizó bajo una metodología de investigación cualitativa para lo cual se utilizó como herramienta la entrevista semiestructurada.

Para seleccionar a los entrevistados se utilizó como referencia general el nivel de compensación de los pacientes diabéticos según el criterio biomédico que considera el nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c) como indicador de buen control metabólico y se obtuvo de las fichas clínicas y censos del programa de salud cardiovascular del año 2010. Además se realizaron entrevistas individuales al equipo de salud: a la enfermera del programa, y médico de adultos menores y de adultos mayores.

## **2. Criterios de inclusión y exclusión**

### **➤ Criterios de inclusión en el estudio:**

- Se incluye a pacientes de ambos sexos
- Se incluye a los pacientes ingresados al programa de salud cardiovascular con diagnóstico de diabetes antes del mes de enero 2010, fecha que se considera de inicio para el estudio.
- Se incluye a los pacientes que cumplan con el criterio de edad para cada uno de los siguientes rangos establecidos: 20-44 años, 45 a 64 años, y de 65 y más.

- Se incluye a pacientes compensados y descompensados al momento del estudio.

➤ **Criterios de exclusión del estudio:**

- Se excluye a los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo I o insulino dependientes. Desde un comienzo se definió realizar el estudio con pacientes que presentan diabetes mellitus tipo II, por lo cual quedan descartados inmediatamente todos los pacientes insulino dependientes. Se definió este grupo de estudio porque los pacientes insulino dependientes requieren mayor supervisión de parte del equipo médico lo que implica otras competencias de parte del paciente para el manejo de la enfermedad.
- Se excluyen aquellos pacientes con enfermedades neurológicas o psiquiátricas que impidan o dificulten la comunicación.
- Se excluyen los pacientes que no acepten la participación en el estudio.

### **3. Tipo de estudio**

El estudio es de tipo fenomenológico, por lo tanto, investigó desde la propia visión de los afectados cuáles son los factores para adherir o no adherir al tratamiento de la diabetes con el fin de explicar los bajos porcentajes de compensación de dicha enfermedad en la localidad donde se realizó éste. La investigación buscó profundizar la información cuantitativa ya existente en el lugar de estudio para

generar nuevos conocimientos que aporten a una mejoría en las intervenciones para este problema de salud.

#### **4.- Universo y Muestra**

##### **4.1.- Población en estudio**

Todos los pacientes diabéticos tipo II del Programa de Salud Cardiovascular del consultorio del Cajón del Maipo que cumplan con los criterios de inclusión.

##### **4.2.- Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo de esta investigación es de tipo **teórico e intencionado**.

Las unidades de muestreo se eligieron de forma intencionada, basándose en ciertos perfiles predefinidos y relacionados a los objetivos de este estudio con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación y permitan estudiar el fenómeno en sus diferentes visiones.

Los pacientes se seleccionaron considerando estas características en el perfil:

- En la muestra se incluyeron pacientes compensados y descompensados de ambos sexos siguiendo el criterio de hemoglobina glicosilada, con el fin de incorporar tanto a pacientes que han logrado cumplir o no con la adhesión al tratamiento y poder indagar acerca de cuáles son los factores que facilitaron la compensación o la dificultaron.

- Se eligió la característica sexo para estudiar alguna diferencia en los discursos ya que la prevalencia global de diabetes mellitus es mayor en mujeres que en hombres.

-La prevalencia global de diabetes mellitus aumenta con la edad y mientras más bajo sea el nivel socioeconómico. Por lo cual, se consideró relevante también el rango de edad puesto que la prevalencia de diabetes se incrementa desde los 44 y más años progresivamente en ambos sexos. Es por esto que la muestra se organizó en 3 rangos de edad (20-44, 45-64, 65 y más) con el fin de intentar reflejar las distintas opiniones dependiendo de la edad y sexo.

-Se eligió un rango etario en edades jóvenes ya que existe evidencia que la duración de la enfermedad se relaciona negativamente con la adhesión al tratamiento. Por lo tanto los perfiles jóvenes se seleccionaron con el fin de evidenciar ciertas diferencias en la adhesión al tratamiento en relación a quienes tienen mayor tiempo de diagnosticada su patología.

-Se seleccionaron perfiles de adultos mayores ya que la esperanza de vida en Chile aumentó en ambos sexos existiendo una tendencia al envejecimiento lo cual contribuye al aumento de la prevalencia de la diabetes y aumenta las necesidades de cuidado de estas personas, dificultando el control de su enfermedad.

-Se incluyeron pacientes con co-morbilidades ya que la diabetes mellitus tipo II es una patología que muy difícilmente se encuentra aislada producto del estilo de vida y malos hábitos. Además el incumplimiento terapéutico aumenta en pacientes con otras patologías crónicas lo cual favorece la descompensación.

-Para la triangulación de la información se seleccionó el perfil de los entrevistados del equipo de salud ya que la relación del paciente con el equipo de salud es

considerado uno de los predictores psicosociales influyentes en la compensación de la diabetes mellitus. Para esto se eligió entrevistar a la enfermera que es el profesional con mayor cercanía en el tratamiento con el paciente, ya que su función tiene mayor relación a la educación en salud. Se incluyó en esta muestra al médico de adulto menor y adulto mayor ya que sus visiones respecto a los pacientes y los factores influyentes en su compensación son relevantes en relación a que atienden a diabéticos en distinta etapa del ciclo vital.

#### **4.3.- Tamaño de la muestra**

La muestra quedó conformada finalmente por 13 personas, 10 realizadas a pacientes diabéticos y 3 al equipo de salud.

Se utilizó el criterio de saturación teórica para detener el proceso comparativo.

En un principio se planteó entrevistar a 12 pacientes y al personal de salud.

La muestra se dividió en 3 rangos etarios: 65 y más años, 45 a 64 años, y 20 a 44 años. De cada grupo se escogió un entrevistado de sexo femenino compensado y uno descompensado. Igualmente para el sexo masculino y se procedió igual para los otros dos rangos etarios.

Se realizaron 4 entrevistas del rango etario entre 65 y más años:

Femenino, 67, 18-10-2011

Femenino, 68, 25-10-2011

Masculino, 68, 18-10-2011

Masculino, 68, 18-10-2011

Del rango etario 45 a 64 años se realizaron 4 entrevistas, ya que una de éstas fue desechada debido a un evidente sesgo de selección, puesto que el entrevistado era participante del programa de actividad física del consultorio y conocía a la investigadora.

Femenino, 48, 05-12-2011

Femenino, 58, 25-10-2011

Masculino, 58, 23-01-2012

Masculino, 55, 25-10-2011

Y del rango etario entre 20 a 44 años solo fue posible realizar 2 entrevistas, una para cada sexo ya que fue muy difícil encontrar muestra para este rango, posiblemente porque son personas que generalmente trabajan y no se encontraban disponibles para entrevistas.

Masculino, 40, 18-10-2011

Femenino, 33, 05-12-2011

Por lo tanto, de un total de 11 entrevistas realizadas a pacientes diabéticos, solo fue posible analizar 10.

Además se realizó una entrevista a:

- Enfermera del programa de salud cardiovascular: Femenino, 53, 23-05-2012
- Médico adultos menores: Femenino, 26, 18-05-2012
- Médico adultos mayores: Masculino, 29, 30-05-2012

Por lo tanto, el estudio se basó en 13 entrevistas totales.

## **5.- Variables o categorías**

Del análisis cualitativo de las entrevistas a los pacientes y equipo de salud se obtuvieron 5 categorías enumeradas a continuación:

Categoría 1: Vivencias y percepciones generales relacionadas con la enfermedad

Categoría 2: Razones para el manejo de la diabetes mellitus

Categoría 3: Barreras y beneficios percibidos por el paciente que influyen en su tratamiento

Categoría 4: Conocimiento de la enfermedad y su manejo

Categoría 5: Red de apoyo

Estas categorías se subdividieron en subcategorías y, además se identificaron para algunas subcategorías distintos atributos con el fin de comprender más detalladamente la información entregada en el discurso de los entrevistados. Estas subdivisiones aparecen en los siguientes cuadros:

**TABLA 2. Categorías extraídas de las entrevistas a pacientes diabéticos bajo control**

CATEGORÍAS FINALES	CATEGORÍAS ENTREVISTAS A PACIENTES DIABÉTICOS BAJO CONTROL		
	NOMBRE DE LA CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	
CATEGORÍA 1:	VIVENCIAS Y PERCEPCIONES GENERALES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD	1.1 CIRCUNSTANCIAS DEL DIAGNÓSTICO	
		1.2 ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES MELLITUS	
		1.3 VEJEZ	
		1.5 ACTITUDES FRENTE AL CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD	
		1.5 PERCEPCIÓN DEL FUTURO PERSONAL CON LA ENFERMEDAD	
CATEGORÍA 2:	RAZONES PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS	2.1 RAZONES PARA EL BUEN MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS	a) Adherencia a los controles de salud
			b) Percepción de síntomas
			c) Conciencia de autocuidado
			d) Acceso físico a la atención de salud
			e) Motivaciones para el buen manejo de la enfermedad
			f) Tiempo disponible
		2.2 RAZONES PARA EL MAL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS	a) Aceptación eventual de la descompensación
			b) Relación de la condición anímica y emociones con la enfermedad
			d) Ausencia de síntomas percibidos
			e) Automedicación
		f) Escasez de información de parte del consultorio o de los profesionales	
		g) Creencia que la cantidad de medicamentos es indicador de la situación de salud	
		h) Mayor credibilidad a la familia u otros que a la opinión del profesional de salud	
CATEGORÍA 3:	BARRERAS Y BENEFICIOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE QUE INFLUYEN EN SU TRATAMIENTO	3.1 BARRERAS PERCIBIDAS POR EL PACIENTE QUE OBSTACULIZAN EL TRATAMIENTO	a) Barreras relacionadas al sistema de salud
			b) Barreras económicas
			c) Barreras derivadas del manejo de insulina

			d) Barrera relacionada a los miedos
			e) Barreras de comprensión
			f) Barrera relacionada al trabajo
			g) La enfermedad como barrera
		<b>3.2 BENEFICIOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE ATRIBUIDOS AL TRATAMIENTO MÉDICO QUE LO CONDUCE AL CONTROL DE LA ENFERMEDAD</b>	
<b>CATEGORÍA 4:</b>	<b>CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SU MANEJO</b>	<b>4.1 CONOCIMIENTO SOBRE EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD</b>	
		<b>4.2 CONOCIMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD</b>	
		<b>4.3 CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO</b>	
<b>CATEGORIA 5:</b>	<b>RED DE APOYO</b>	<b>5.1 RED DE APOYO FAMILIAR</b>	
		<b>5.2 ROL DE LA FAMILIA</b>	
		<b>5.3 ROL DEL MÉDICO Y OTROS ACTORES DE SALUD</b>	

Las categorías finales extraídas de la información del equipo de salud son las siguientes:

**Tabla 3. Categorías extraídas de las entrevistas a profesionales de salud**

<b>CATEGORÍAS FINALES</b>	<b>Categorías Entrevistas a Profesionales de la salud</b>		
	<b>NOMBRE DE LA CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍAS</b>	
<b>CATEGORÍA 1:</b>	<b>VIVENCIAS Y PERCEPCIONES GENERALES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD</b>	<b>1.1 CIRCUNSTANCIAS DEL DIAGNÓSTICO</b>	
		<b>1.2 VEJEZ</b>	
		<b>1.3 ACTITUD FRENTE AL CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD</b>	

CATEGORÍA 2:	RAZONES PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS	2.1 RAZONES PARA EL BUEN MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS	a) Percepción de síntomas
		2.2 RAZONES PARA EL MAL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS	a) Escaso tiempo disponible
			b) Proceso de adaptación al cambio
			c) Diferencia en adherencia según género
			d) Automedicación
			e) Acostumbramiento a síntomas de descompensación
			f) No asumir grado de responsabilidad ante su descompensación
			g) Molestias relacionadas con el tratamiento
			h) Creencia en la capacidad de autocontrol de la enfermedad
			i) Creencia errónea frente al uso de insulina
j) Creencia respecto al consumo de azúcar y su relación de la diabetes			
k) Mayor credibilidad a la familia u otros que al profesional de salud			
CATEGORÍA 3:	BARRERAS Y BENEFICIOS PERCIBIDOS POR EL PROFESIONAL QUE INFLUYEN EN EL PACIENTE Y SU TRATAMIENTO	3.1 BARRERAS PERCIBIDAS POR EL PROFESIONAL QUE OBSTACULIZAN EL TRATAMIENTO	a) Barrera económica
			b) Dificultades de comprensión como barrera
		c) Deficiencias del sistema como barrera	
CATEGORÍA 4:	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SU MANEJO	3.2 BENEFICIOS PERCIBIDOS POR EL PROFESIONAL ATRIBUIDOS AL TRATAMIENTO MÉDICO QUE CONDUCE AL PACIENTE AL CONTROL DE LA ENFERMEDAD	
		4.1 CONOCIMIENTO SOBRE EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	
		4.2 CONOCIMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD	
CATEGORÍA 5:	RED DE APOYO	4.3 CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO	
		5.1 RED DE APOYO FAMILIAR	
		5.2 ROL DE LA FAMILIA	
		5.3 ROL DEL MÉDICO Y OTROS ACTORES DE SALUD	

## **6.- Recolección y Análisis de la Información**

Después de seleccionar a los pacientes, se procedió a citarlos vía telefónica. En esa citación se les informaba que fueron seleccionados para participar en un estudio relacionado a la diabetes y que se le invitaba a participar de una entrevista que no duraría más de una hora. La persona confirmaba su presencia y se le indicaba el lugar de reunión para la entrevista, la fecha y hora. Cuando la persona no asistía a la cita programada se volvía a contactar y concordar otra fecha. Se insistía un máximo de 3 veces con la misma persona. En el caso que la persona no se pudiese ubicar se buscaba otro informante que cumpliera con el perfil del entrevistado.

Previo a realizar la entrevista, se le informaba a la persona que debía firmar un consentimiento, el cuál se le leía en voz alta y se le explicaba que su información era muy valiosa para el estudio, que su participación era voluntaria y que todo lo dicho sería confidencial. Luego de firmado el consentimiento se procedía a realizar la entrevista. Todo este procedimiento duraba entre 45 min a 1 hora.

Las entrevistas a los pacientes se realizaron en un área fuera del consultorio, llamado salón de Laennec perteneciente a las dependencias administrativas del Hospital San José de Maipo, y en algunos casos en una sala de reunión pequeña en las mismas dependencias. En el caso de los profesionales del equipo de salud, se realizó la entrevista a la enfermera en su oficina, al médico de adulto mayor en su box y al médico de adulto menor en el consultorio en un lugar fuera del box.

La recolección de los datos se realizó mediante **entrevistas semiestructuradas** individuales. Este tipo de entrevista se caracteriza por la preparación anticipada de un cuestionario guía que sigue la mayoría de las veces un orden de formulación<sup>41</sup>. La información obtenida de las entrevistas a los pacientes se trianguló con la entregada por los médicos tratantes y la enfermera del programa de salud cardiovascular.

El guión temático incluyó lo siguiente:

- Descripción de la historia personal de la enfermedad

Ejemplo:

*Cuénteme cuándo le diagnosticaron la diabetes y que ha significado eso para usted*

- Conocimiento y creencias de la diabetes

Ejemplo:

*¿Por qué cree usted que le dio diabetes?*

*¿Cómo se mejora de la diabetes?*

*¿Cómo sabe usted que está bien de su diabetes?*

- Descripción y percepción de su red de apoyo social y familiar:

Ejemplo:

*¿Con quién vive usted?*

*Cuénteme como es su familia*

*¿Qué piensa su familia de su enfermedad?*

*¿Cómo le va en el consultorio con esto de la diabetes?*

*¿Y ha tenido que ir al hospital por la diabetes en alguna ocasión?*

## 7.- Tipo de análisis

El tipo de análisis que se realizó fue el **narrativo de contenido** para interpretar el contenido de los discursos.

Los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas fueron grabados y posteriormente, se transcribieron textualmente, tal y como se expresaron los entrevistados.

El material se guardó en formato digital identificando al informante con un código para mantener la confidencialidad.

El código utilizado se confeccionó utilizando la letra correspondiente al sexo (F – M), edad (años), fecha y lugar de la entrevista. Para las entrevistas de los profesionales de salud se agregó una (P) en el código luego del lugar de la entrevista.

La siguiente etapa consistió en leer y procesar los datos. En primera instancia se leyeron y releeron las entrevistas anotando a un costado de las respuestas los contenidos que sugerían éstas y todos los comentarios relacionados, para luego agruparlas en una categoría. Para esto se confeccionó una matriz en la cual se ubicaron las categorías emergentes en una columna y los códigos de los entrevistados en una fila, con el fin de ir cuadrando la información y poder facilitar el análisis, identificando patrones o datos relacionados entre sí correspondientes a un determinado tema. Completada esta matriz con la información de todos los entrevistados pacientes se procedió a realizar la misma forma para los entrevistados del equipo de salud.

Después de la identificación de temáticas tanto en los pacientes y profesionales de salud, se reordenaron las categorías y la información reiterada para reducir la información y comenzar el análisis.

Las categorías planteadas inicialmente fueron las siguientes:

- Percepción general de la enfermedad
- Razones atribuidas para el control de la enfermedad
- Creencias sobre la enfermedad y su manejo
- Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento
- Rol de la red de apoyo social y familiar

Al agrupar la información en categorías se pudo realizar comparaciones e identificar aspectos relacionados a cada categoría formando subcategorías, con el fin de otorgar mayor significado a los datos<sup>36</sup>.

Después de este proceso, al revisar la información obtenida de las entrevistas, se agregó una nueva categoría que sería útil para comprender el fenómeno. Ante esto también surgió un nuevo objetivo específico relacionado a la categoría.

- Barreras y beneficios percibidos por el paciente que influyen en su tratamiento

Finalmente las categorías finales quedaron conformadas de la siguiente manera:

Categoría 1: Vivencias y percepciones generales relacionadas con la enfermedad

Categoría 2: Razones para el manejo de la diabetes mellitus

Categoría 3: Barreras y beneficios percibidos por el paciente que influyen en su tratamiento

Categoría 4: Conocimiento sobre la enfermedad y su manejo

Categoría 5: Red de apoyo

Luego de definidas las categorías finales, se continuó reduciendo los datos a través de resúmenes descriptivos de las informaciones de cada categoría. En este proceso se presentaron ejemplos a través de citas textuales.

Posteriormente, en la siguiente etapa se describieron los datos identificando semejanzas, diferencias o contradicciones en la información que hemos recogido a través de las entrevistas.

Se procedió de la misma forma para las entrevistas a los médicos y enfermera del programa de salud cardiovascular como una forma de triangular los datos obtenidos de los pacientes.

Finalmente, la información recabada se interpretó desarrollando explicaciones permitiendo dar sentido a los hallazgos.

La calidad de los datos se aseguró resguardando las entrevistas en un registro tanto en grabaciones como en las transcripciones.

## **8.- Criterios de Confiabilidad**

Guba y Lincoln describen 4 criterios de confiabilidad para una investigación cualitativa: credibilidad, confirmabilidad, transferibilidad, dependencia<sup>36</sup>.

- La **credibilidad** se da cuando el investigador recolecta información que produce resultados que son reconocidos por los informantes como una aproximación verdadera a lo que ellos piensan y sienten, así como también para otras personas que han estado en contacto con el fenómeno investigado. Para lograr este criterio se transcribieron las entrevistas tal cual como los informantes se expresaron, además se guardó un respaldo de los audios, y las

transcripciones textuales de las entrevistas realizadas durante el proceso de la investigación.

También se entrevistó a los médicos y enfermera del programa de salud cardiovascular como una forma de conocer la visión del problema desde el punto de vista del equipo profesional, identificar datos convergentes y realizar una triangulación de los datos obtenidos de los propios pacientes.

- El **criterio de confirmabilidad** consiste en la posibilidad de que otro investigador pueda examinar los datos y llegar a conclusiones similares a la del investigador original desde su misma perspectiva. Tiene relación con la neutralidad. Para ello el profesor guía actuó como un segundo investigador.
- Para el criterio de **transferibilidad**, es decir, la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones o contextos, se detalló el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. El grado de transferibilidad está en directa relación con la similitud de los contextos. En este estudio se describió el contexto de estudio, además se explicitó la muestra, las edades y sexos de las personas entrevistadas.
- El **criterio de dependencia** o consistencia es casi imposible de lograr y hace referencia a la estabilidad de los datos. En las investigaciones cualitativas se trabaja en contextos reales y por lo mismo, irrepetibles, lo cual si se lograra manejar se alcanzaría una menor inestabilidad de los datos<sup>36</sup>.

Durante la investigación no varió el contexto ni los criterios de selección de la muestra.

## **9.- Aspectos éticos**

El proyecto fue aprobado por el Comité de ética del Hospital de San José de Maipo cuya presidenta es la Dra. Flora Madrid.

Los entrevistados seleccionados previamente fueron contactados vía telefónica para ser informados del estudio e invitados a participar, confirmando su decisión mediante la firma de un consentimiento informado en el cual se explicitó que su participación es voluntaria y se explicó el propósito de la investigación, cómo fueron escogidos para participar y cómo se recolectarán los datos. Por último se les señaló a quién pueden dirigirse en el caso de tener alguna inquietud o desear realizar alguna pregunta. (Ver Anexo III, Consentimiento Informado)

Se puso énfasis en la confidencialidad de la información y de la identidad de los informantes, se les solicitó permiso para la grabación de las entrevistas y se les señaló que su participación en el estudio no les traerá riesgos ni daños emocional, físico, económico o profesional.

## **10.- Limitaciones**

Se presentaron variadas limitaciones para la realización del estudio, entre ellas:

- No lograr entrevistar a todos los seleccionados: esto fue una limitación ya que la muestra se seleccionó de acuerdo a ciertos perfiles y hubo casos en que los informantes cumplían con los criterios y confirmaban asistir a las entrevistas y no llegaban. En otras ocasiones no se pudo contactar a los pacientes por falta de información de los números telefónicos o por no poder hablar personalmente con ellos vía telefónica.

No se pudo contactar a todos los informantes del grupo etario más joven, ya sea por trabajo o dificultades para contactarlos. Esto pudo afectar los resultados del estudio.

- Una limitación importante fue la dificultad para realizar las entrevistas al equipo médico debido al escaso tiempo disponible de parte de ellos. Para lograr entrevistarlos ellos debieron interrumpir su jornada laboral. Esta limitación provocó retraso en la culminación de la investigación.

- Los entrevistados por momentos expresaban discursos muy escuetos lo cual obligó a estructurar más la entrevista.

- La muestra no se logró completar tal como se había definido: debido a la dificultad en el contacto, falta de información de número telefónico, inasistencia a la entrevista, escasez de perfil en el rango etario.

- Otra limitación de este estudio es que las co- morbilidades aparecen como un dato adicional a la patología investigada pero no se toman muestras separadas de pacientes según las distintas patologías que incorpora el programa de salud cardiovascular.

# **CAPITULO V**

# **RESULTADOS**

## RESULTADOS

La investigación llevada a cabo evidencia que desde el momento de recibir el diagnóstico los pacientes diabéticos experimentan una situación de cambio drástico en su vida. Recibir el diagnóstico de diabetes es un hecho que les afecta emocionalmente considerando a la diabetes como un “tipo de cáncer”. La diabetes es una enfermedad que la mayoría de las veces se presenta asintomática, por lo tanto, en varias ocasiones el diagnóstico se entrega en un examen de rutina, y lógicamente el paciente al no presentar síntomas previos reacciona ante el diagnóstico con tristeza, rabia, angustia, a veces resignación. Asumir que presenta la patología y que está enfermo “para toda la vida” es un diagnóstico lapidario.

*“Bueno, para mi fue tremendo porque yo pensé que yo no iba a tener eso, iba a ser mi sobrino que eran buenos pa los dulces cosas así pero no yo...y después empecé a averiguar, averiguar y ahí me dijeron que es hereditario.” (F), 33, 05-12-2011, Salón Laennec*

*“Es que no se puede explicar poh, quedai pa dentro, este es un cáncer que lleva uno en el cuerpo, este es un cáncer tratable, esta toda la familia atrás yo tengo 2 niñitas (baja la voz) y ahí dije oohhh pero yo me lo origine” (M), 40, 18-10-2011, Sala de reunión*

Según lo expresado por el equipo de salud recibir el diagnóstico de diabetes es mucho más grave para los pacientes que recibir el diagnóstico de cualquier otra enfermedad cardiovascular. Por lo tanto, recibir el diagnóstico de diabetes y aceptarlo es un proceso continuo ya que el paciente debe aceptar que esta

enfermedad estará presente durante el resto de su vida, deberá aprender, asumir y llevar a cabo conductas nuevas en su estilo de vida, en su alimentación, sufrirá cambios laborales y cambios en la forma de vivir.

*“es un golpe bien fuerte no así con otras enfermedades cardiovasculares, no así con la hipertensión, no así con la dislipidemia, el colesterol alto, que tú le digas a un paciente que es diabético es como parecido a que le digas que tiene cáncer, es una cosa fuerte y eso ya es como un remezón como para cambiar el estilo de vida.” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

Vivir con diabetes mellitus en la vejez es una situación compleja ya que es en esta etapa en la cual los pacientes sufren las mayores pérdidas de sus seres queridos convirtiéndose ese factor en un agravante del estado emocional y de salud. Además en esta etapa la diabetes pasa a un segundo plano, los adultos mayores sienten el peso de la vejez más que de la enfermedad, convirtiéndose la vejez en la fuente principal de enfermedades y dolencias físicas y emocionales. En la vejez se hace difícil sobrellevar la enfermedad debido a la escasa red de apoyo que presentan los adultos mayores, la mayoría está solo o acompañado de su pareja que también es adulto mayor, además deben convivir con otras patologías sumadas a la diabetes y con una situación económica precaria.

*“O sea con la enfermedad mía yo creo es más por la vejez no es tanto que me afecte la (enfermedad), que de aquí pa delante por lo que me dijo el doctor ayer puede que me empiece a afectar más por lo que me dijo que estaban muchos órganos medios malones puede que me empiece a afectar más” (M), 68, 18-10-2011, Sala de reunión (B)*

*“yo estaba pendiente de los remedios de él, primero era él para mí y la pérdida de él me afecto bastante”***(F), 67, 18-10-2011, Sala de reunión**

Es posible que en la etapa de adulto mayor, debido a la jubilación, los adultos mayores dispongan de más tiempo lo que les permitiría ser más conscientes de su tratamiento y no faltar a sus citas concertadas en el consultorio y poder llevar un mejor control de su enfermedad. Sin embargo, no se debe considerar este factor aisladamente, ya que como se ha mencionado previamente, la etapa de la adultez mayor está rodeada de cambios emocionales, pérdidas de seres queridos, pocos recursos económicos, además de dolencias físicas de la edad y múltiples patologías para los que necesitan consumir gran cantidad de medicamentos.

*“Los abuelitos como están en sus casas tienen como más tiempo de hacerse un horario como un poco más adecuado a pesar de tener dificultades en la visión, siempre tienen como anotados sus medicamentos, son como más ordenados”*  
**(F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)**

*“El otro factor importante es que al ser adultos mayores la cantidad de medicamentos que usan por todas las patologías que tienen son muy elevados y en general tienen muy mala tolerancia digestiva a combinaciones que cualquiera de nosotros terminaría dejando de usar”* **(M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)**

Los adultos mayores a pesar de estar jubilados intentan de alguna forma sentirse útiles, en el fondo, sentir que la enfermedad no les afecta, darle la menor importancia a la enfermedad o hacer como que no existiera, negarla, para lo cual el trabajo les ayuda.

*“Así que yo sigo trabajando, aunque estoy un poco jubilado de una parte, y sigo trabajando lo que puedo.” (M), 68, 18-10-2011, Sala de reunión (A)*

Que el paciente tenga conocimiento de la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias son factores que movilizan a tomar ciertas medidas para el autocuidado pero no son suficientes, ya que la enfermedad por sí sola es un factor que deprime y desmotiva. Por lo tanto, a pesar que un paciente asuma actitudes de autocuidado y se mantenga compensado siempre está expuesto al factor emocional.

*“¿Le ha afectado la enfermedad? Caleta!! y yo no le doy a ver a mis hijos de lo que a mí me está pasándome poh, a ninguno de ellos.” (F), 48, 05-12-2011, Salón Laennec*

Los profesionales conocen esta situación y perciben que la diabetes es una enfermedad ligada a una emocionalidad intensa, por la forma en que los pacientes asumen el diagnóstico, sin embargo, en el tratamiento actual no se incluye en la intervención un pilar basado en la psicología, sino más bien el tratamiento sigue siendo netamente farmacológico y de autocuidado en conductas saludables. Así también los pacientes evidencian una escasa conciencia de enfermedad y responsabilidad ante la descompensación. Los pacientes tienden a negar la enfermedad, a competir con ésta, sienten que le pueden ganar o hacen cuenta que no la tienen.

*“Hay pacientes que compiten con la enfermedad, que la niegan, que la rechazan, mientras más joven pareciera que es mayor el problema, mayor es el desencanto porque no pueden disfrutar de la vida y eso para mi gusto y por lo que he observado ha sido lo más difícil”.* **(F), 53, 23-05-2012, oficina, (P)**

*“Siempre hay un porcentaje de gente que no le interesa seguir la dieta y vivir descompensado por falta de conciencia de enfermedad.”* **(M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)**

Los pacientes son muy susceptibles a aceptar o probar remedios naturales o hierbas que les permitan “quitarse la enfermedad” o “mantenerla”, además de las creencias ligadas a la fé en la cual también confían para efectos de quitarse la enfermedad. Estas creencias, principalmente el consumo de hierbas y remedios naturales, es un problema para los médicos ya que los pacientes tienden a otorgarle mayor beneficio que a los propios medicamentos, dejando de tomárselos y por lo tanto, descompensándose.

*“usan muchos medicamentos alternativos, medicina natural, para el cual no tengo ningún problema; el problema es que dejan de tomarse la otra, entonces tienen muchos mitos respecto a eso”* **(M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)**

*"entonces yo en eso estoy le digo yo al señor que tiene que quitarme esa enfermedad."*

**(F), 67, 18-10-2011, Sala de reunión**

*“Sí, de repente tomo agüita de olivo, de las hojitas del olivo porque me dicen que es buena, y la otra la hierba la pata de la vaca para mantener, si está baja para nivelar.”* **(F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec**

Dentro de las razones que se hallaron en este estudio para tener un buen manejo de la enfermedad, los profesionales de salud asumen claramente que disponer de tiempo es un factor que ayuda en la adherencia al tratamiento y por eso piensan que los adultos mayores cuentan con más facilidades para seguir el tratamiento que los más jóvenes, ya que éstos a veces no adhieren a las pautas alimentarias o no consumen los medicamentos por no poder coordinar los tiempos de trabajo y tiempos libres. Y por parte de los pacientes adultos mayores jubilados y aquellos que no tienen dificultad para solicitar permisos laborales, se valora el tiempo y la posibilidad de asistir a los controles de salud.

Por lo tanto, es un factor que colabora para un buen manejo de la enfermedad y dedicarse a sus cuidados.

*"No poh si yo me cuido bien poh, si yo soy jubilado así que tengo todo el tiempo para descansar y para cuidarme y para que me cuiden" (M), 58, 23-01-2012, Salón Laennec*

Un factor importante que influye en la descompensación es la ausencia de síntomas percibidos de la enfermedad ya que lleva a los pacientes a pensar erróneamente en que su estado de salud es normal o que se encuentran compensados, disminuyendo su adherencia al tratamiento. Además, ante esta situación tienden a rechazar el diagnóstico y pensar que no presentan la enfermedad.

Los pacientes se sienten realmente susceptibles ante la enfermedad cuando vivencian las complicaciones y perciben síntomas claramente. En este punto

existen dos situaciones problema: el primero es que la enfermedad se presenta asintomática en varios pacientes lo cual hace disminuir esa susceptibilidad ante las complicaciones, disminuyendo la adherencia. Y el segundo es que muchos pacientes se acostumbran a los síntomas de hiperglicemia y no logran diferenciarlos como signo de descompensación. Por lo tanto, los pacientes le entregan importancia a los síntomas percibidos no así a lo que no sienten.

*“¿No siente ningún síntoma? No. He estado sin comer 24 horas y nunca me ha pasado nada” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

*“pero sí saben que cosas son peligrosas y ahí consultan al tiro, por cualquier herida mínima llegan asustadísimos” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

Los pacientes sienten que su enfermedad está controlada, principalmente, mientras ellos mantengan su adherencia al consumo de medicamentos y asistan a los controles. Para los profesionales es indicador de adherencia cuando los pacientes asisten a sus controles y mejoran sus parámetros. Sin embargo, también reconocen que algunos pacientes no le otorgan importancia a los controles y asisten sólo por el hecho de que es la única forma de retirar los fármacos. Por lo tanto, la asistencia a los controles no es un buen indicador de adherencia a todas las aristas del tratamiento. Aún los pacientes ven en los fármacos el método para mantenerse compensados y por ello intentan no faltar a sus controles. Las medidas no farmacológicas son consideradas por los pacientes como anexas en el tratamiento y más difíciles de adherir que el tratamiento medicamentoso, por lo cual le entregan la menor importancia.

*“¿Y cómo sabe usted cuando está bien con la diabetes? Porque voy, no me pierdo ningún control del hospital” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

En general, en sus discursos dicen tener conciencia de autocuidado con respecto a la alimentación, sin embargo, no queda claro si esto llega a ser efectivo en la práctica. Es posible que una mayor conciencia de autocuidado les permita adherir a más aristas del tratamiento que solamente a la terapia farmacológica. Sin embargo, a pesar que los pacientes saben que se deben cuidar en la alimentación, muchos piensan que eso se refiere a eliminar los dulces de la dieta. Señalan que se cuidan pero los profesionales no dan credibilidad a este cuidado ya que al momento de evaluar con exámenes el resultado es descompensación y los pacientes no asumen el grado de responsabilidad ante esto. Creen que el médico tiene toda la responsabilidad ante la efectividad del tratamiento y que no es necesaria una actitud proactiva de parte de ellos ante las indicaciones terapéuticas.

*“La enfermedad es del médico no es del paciente pa ellos, te la traen y te dicen “soluciónamela”, ¿me entiendes?, pero ellos no entienden que es de ellos, esa cuestión del paternalismo es pesado en ellos” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

Sumado a lo anterior, existen dificultades en los pacientes para entender cuáles son los alimentos que contienen carbohidratos, que hay alimentos que no son dulces y tienen carbohidratos, que la diabetes no solo tiene relación al consumo

de azúcar de mesa. Los pacientes en general asumen que deben reducir el consumo de azúcar de mesa pero no tienen conciencia de que son muchos otros los cambios de alimentación que deben asumir. Esto favorece la descompensación y el no entendimiento de los pacientes del por qué se descompensan, generando frustración, confusión, irritabilidad en ellos.

*“Tampoco entienden mucho que algo que no sabe dulce tiene carbohidratos, entonces “pero no como nada dulce doctor”, pero come cuatrocientas papas, mucho arroz, fideos y todo lo demás, y no entienden que lo que no sabe dulce tiene carbohidratos entonces le siguen dando sumado a que es lo que están acostumbrados a comer y que realmente es lo más barato” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

*“ellos piensan que está demasiado asociado al consumo de azúcar siempre dicen: “¿cómo no estoy compensada si yo no como mucha azúcar!”, pero cuántos panes se come al día: “cinco”. (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

Esta no asumición por parte del paciente de la responsabilidad que tiene ante el tratamiento y su eventual descompensación constituye una de las razones para el mal manejo de la enfermedad. Además, muchas veces los pacientes aceptan descompensarse eventualmente por cualquier causa ya sea social, laboral o escasez de tiempo, asumiendo que luego de descompensarse pueden arreglar fácilmente el problema comiendo ordenadamente y tomando los remedios. Piensan que ellos pueden decidir cuándo descompensarse por cualquier motivo, principalmente debido a eventos sociales, y luego volver a la normalidad.

*“claro, me sube un día porque de repente uno sale a almorzar a otra parte y uno no puede decir no puedo comer esto” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

*“La diabetes te mete en un mundo en que debes tú sistematizarte, en que debes ordenarte, en que debes restringirte, en que debes incluso prohibirte algunos alimentos que son relacionados con muchos aspectos psicológicos también y siempre el paciente diabético tiene que pasar por un proceso de interiorizarse con la enfermedad, de integrarla a su sistema de vida y de hacerla lo más fácil.” (F), 53, 23-05-2012, oficina, (P)*

Los pacientes diabéticos perciben que factores emocionales y anímicos en general afectan su salud y el manejo de la enfermedad. Los profesionales conocen que las emociones son causa de descompensación y que la enfermedad genera múltiples reacciones emocionales, sin embargo no se consideran en el tratamiento, en general el tratamiento se enfoca a lo netamente farmacológico.

*“...hay unas tasas de depresión salvajes. Sumado a que se sienten súper agobiados por la cantidad de patologías, entran a una consulta y le encuentran otra enfermedad, entonces igual es penca la situación.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

*“Sí, sí, porque yo vengo y me pongo nervioso, idiota y todas esas cosas, y esas cosas y trato de relajarme y yo pienso que me sube la glicemia poh, yo pienso, porque no me han dicho tampoco a mí. Me gustaría saber porque estoy muy nervioso” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

Según lo investigado, el género masculino tiene más dificultades para adherir al tratamiento de la diabetes que el género femenino. Consideran que la descompensación de los hombres está ligada a las conductas en cambio la

descompensación de las mujeres se debe mayormente a causas ajenas a sus conductas. A los hombres se les considera más reacios a seguir el tratamiento y muchas veces es la pareja quien lleva los controles de la alimentación y fármacos del paciente varón enfermo, situación que es planteada por los pacientes hombres, asumiendo que es la mujer quien lo guía en su tratamiento. En cuanto a la mujer, presenta mayor conciencia de enfermedad y es ella quien se hace cargo de sus cuidados. Para el hombre estar enfermo de diabetes es un factor que lo disminuye en su rol masculino de hombre proveedor y pilar de su hogar, se convierte en un hombre enfermo y en el fondo pierde independencia.

*“las mujeres son mucho más adherentes, mucho más concientes, más preocupadas. El hombre siempre es más desordenado. Siempre. Yo creo que los dos te entienden por igual, pero el hombre es el que menos conciencia de enfermedad logras hacer tener. Son muchos más negligentes de todos modos los hombres.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

*“El hombre diabético, como te explico, es un plomo, es un plomo en el sentido que cuesta llevarlo, cuesta, cuesta, cuesta. El hombre diabético, tú tienes que pensar cual es el rol del hombre, el rol del hombre es trabajar, llevar dinero, es ser un roble, entonces si se le cambia esa imagen se convierte en una persona enferma, que depende de un medicamento, que en cualquier momento se puede descompensar, entonces no es fácil en el hombre sobre todo” (F), 53, 23-05-2012, oficina, (P)*

Existe una escasa información por parte de los profesionales hacia los usuarios respecto del manejo de la enfermedad, sus consecuencias, etc., ya sea debido al

corto tiempo de atención del cual están conscientes los profesionales como a la dificultad de los pacientes en comprender las indicaciones terapéuticas.

*“Acá el programa cardiovascular está hecho o enfocado para verlo por lo menos dos veces al año al paciente y dos veces al año, en un paciente diabético que no se compensa, que no está siguiendo las indicaciones, un paciente que está rebelde no es mucho, no es mucho.” (F), 53, 23-05-2012, oficina, (P)*

*“el tiempo de atención que hay por paciente, que en todo Chile es igual, me entiendes, no estoy diciendo que acá sea muy poco, pero si uno quiere lograr un impacto real y eso referido a educación más una evaluación bastante más integral del caso del paciente uno necesita más tiempo.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

En los pacientes diabéticos esto crea disconformidad respecto a la atención de salud recibida, crea confusión y un poco de desamparo con respecto a la situación de cada uno de ellos. Para los profesionales no disponer del tiempo suficiente para entregar la información necesaria al paciente respecto a su patología también genera cierta frustración en cuanto al sistema.

Los pacientes desean obtener mayor información y conocimiento de su patología y del manejo a través de educaciones grupales.

*“lo que a mí me gustaría que nos hicieran una reunión cada 3 meses, que nos explicaran la diabetes es acá, la diabetes va a tener una amputación o no va a tenerla , pero hay algo que va a tenerla permanente que no le suba ni le falte, que nos expliquen más” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

Asimismo, los profesionales plantean que son necesarias las educaciones continuas para el paciente diabético y agruparlos para que no sigan actuando como pacientes aislados, piensan que eso ayudaría a la adherencia de los pacientes.

*“generar algún, que sé yo, alguna instancia para la educación, ya sea, que sé yo, charlas, reuniones. Pero siempre hay una escasa disponibilidad de horarios.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

*“falta la intervención de reunirlos a lo mejor en grupos el paciente diabético son islas acá, uno por cada lado” (F), 53, 23-05-2012, oficina, (P)*

En el caso de la insulina sucede que los pacientes tienen la percepción que su administración se utiliza cuando la enfermedad se ha agravado, cuando están a punto de morir y muchas veces se niegan a su uso pensando que se pueden compensar siguiendo con el tratamiento farmacológico y cumpliendo efectivamente las pautas alimentarias, sin utilizar la insulina contradiciendo al médico. Existe un miedo generalizado en los pacientes diabéticos derivados de las creencias respecto a la administración de insulina que impide a los pacientes continuar con su tratamiento incluso negándose a su administración. Los profesionales perciben que esta creencia o susceptibilidad al uso de insulina está arraigada fuertemente en los pacientes. Además, empezar a utilizar insulina es una complicación más al tratamiento para lo cual a veces no se poseen las facilidades para su manejo y resguardo, tampoco existe una educación continua para ello, convirtiéndose en una barrera para seguir el tratamiento.

*“Ahora imagínese tengo que ponerme la insulina, la insulina no puedo llegar y dejarla ahí todos los días, tengo que dejarla en una parte refrigerada, menos puedo salir a trabajar pa fuera poh” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

Existen pacientes que creen que pueden controlarse por sí mismos la enfermedad. Piensan que llevando un autocontrol con hemoglucotest de su glicemia es suficiente para mantener su compensación sin asumir actitudes de autocuidado ni generar un cambio en su estilo de vida. En las entrevistas con los pacientes se evidencia que ellos piensan que pueden decidir el inicio del tratamiento con insulina y ojalá no la utilizaran ya que sienten un rechazo notorio ante su uso por la creencia de que se utiliza en el agravamiento de la enfermedad y por el miedo a su forma de administración.

*“De hecho hay pacientes diabéticos que ya están tan descompensados que requieren insulina y cuando ellos han visto en su entorno, o en su grupo cercano o han escuchado que la insulina se les coloca a las personas que ya están a punto de morir es difícil sacarlos de esa idea, no es fácil” (F), 53, 23-05-2012, oficina, (P)*

*“Es como la percepción cultural al uso de la insulina que se supone que es dolorosa, que es como ya cuando estás en muy malas condiciones, ellos mismos te dicen que cuando ya uno les indica insulina es porque ya está cerca de morir y toda la cuestión entonces tienen una percepción de que es un agravamiento de su enfermedad y que es muy doloroso y es muy peligroso y toda la cuestión, entonces le tienen susto a la insulina por un tema cultural” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

Los pacientes son muy susceptibles a las opiniones o consejos de conocidos, vecinos o familiares respecto a su enfermedad y tratamiento incluso otorgándoles mayor credibilidad que a la opinión de los profesionales de salud y en las entrevistas queda en evidencia este factor. Creer en el consejo de un conocido puede llevar al paciente a tomar decisiones erróneas en relación a su tratamiento, como por ejemplo dejar de consumir el medicamento o consumir otros productos otorgándole mayor efectividad. En este sentido, el consumo de remedios naturales, hierbas o cualquier otro fuera del tratamiento entregado en el consultorio es una costumbre que se da bastante en los diabéticos.

*“también tienen creencias entre ellos, hablan mucho entre ellos, sobretodo cuando están esperando acá afuera yo creo que les hace peor estar juntos en la sala de espera porque la de al lado le dice que tal medicamento daña los riñones y lo deja de usar y no te lo dicen, me entiendes.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

*“muchas veces son demasiados receptivos a la opinión de los vecinos, del amigo, del familiar entonces “no, que me dijeron que este medicamento me podía hacer esto entonces me lo deje de tomar”, con eso batallamos todos los días.” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

*“yo estoy muy contrario de las cosas de ponerme la insulina porque...además yo tengo una hija que trabaja acá en el hospital y ella me preguntó pero por qué te van a poner insulina si tú no estai tan descompensado como para colocarte insulina, pucha no sé, la doctora es la que tomó la decisión” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

Respecto a las barreras que dificultan el tratamiento, existen varias relacionadas al sistema de salud, entre ellas, no contar con una atención integral. Actualmente el

tratamiento para los diabéticos en el lugar de estudio se basa principalmente en lo farmacológico, a pesar que los profesionales perciben que la diabetes es una enfermedad que afecta emocionalmente a los pacientes, no existe dentro del programa cardiovascular una intervención psicológica para cada uno de los pacientes diagnosticados, se derivan sólo casos específicos. Los pacientes sienten que principalmente al inicio de su enfermedad sería positivo un apoyo psicológico ya que perciben dificultades en aceptar la enfermedad y adaptarse a ella.

*“¿Y nunca tuvo atención psicológica? No. ¿Y ud cree que es necesario? Si yo creo que sí, yo creo que nos hace falta, porque hay muchas personas que se bajonean harto porque tienen su diabetes, porque yo sufrí cuando recién me dijeron que ya tenía la diabetes declarada.” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

*“por eso aquí en San José falta un diabetólogo, urgente, no hay poh, aquí que te dicen a mí me llaman ya te sacan sangre ah andai bien, te miran la hojita ah andai bien y listo pa la casa y te bajan los remedios, a mí no me sirve eso...claro después al otro mes en 3 meses más viene con la enfermera, te sacan sangre, lo mismo, sabis que andai alto, tenis los triglicéridos altos, bla bla bla ya le vamos a subir los remedios, eso es aquí en San José.” (M), 40, 18-10-2011, Sala de reunión*

Para los profesionales el corto tiempo de atención es una barrera para el tratamiento ya que no permite una atención completa en que se dé abasto a todas las aristas de la enfermedad y es un tema que los profesionales critican. El médico prioriza explicar todo lo relacionado a lo farmacológico y completar los formularios

obligatorios. Tanto para pacientes como para profesionales esto es un obstáculo para el tratamiento dificultando la comprensión de las indicaciones terapéuticas y aumentando la disconformidad del usuario. Así también la cantidad de veces que los pacientes asisten en el año es escasa para lograr una educación continua en ellos y los pacientes reclaman una atención integral y educación en salud. No existen instancias de intervención grupal en las cuales se pueda empoderar a los pacientes diabéticos respecto a su enfermedad y educarlos continuamente en relación a sus cuidados y complicaciones. Los pacientes señalan que necesitan conocer más acerca de su patología y sus cuidados, que sería beneficioso integrar charlas educativas y los profesionales están conscientes de esa falencia en el tratamiento. Otra deficiencia en la atención percibida por los usuarios es la rotativa de los médicos que los atienden. Ellos consideran una barrera que en cada control los atiendan médicos distintos porque sienten que cada uno de ellos tiene distintas opiniones y esa situación no les permitiría un buen control de la diabetes.

*“por eso me da rabia de repente venir al hospital a qué voy a ir a presentar el examen de sangre y que te digan “ah, si a ya andai bien, los remedios, ah ya chao, en tres meses más nos vemos”...ni una gracia.” (M), 40, 18-10-2011, Sala de reunión*

*“No, no, no...es que acá honestamente yo le digo acá a nosotros nos dan los remedios y chao. Imagínese cuando me dieron la insulina, yo no sabía que es lo que era, que es lo que tenía que hacer, como hacerlo nada, nada, me la dieron, usted vaya a la farmacia retire esto y esto y esto otro.” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

El aspecto económico se convierte en una barrera para los pacientes dificultando mantener un buen manejo dietético, asistir a controles de salud, asistir a actividades favorables para el control de su enfermedad como la actividad física debido a los costos del transporte, etc. todos estos motivos impiden un buen manejo de la enfermedad. Las barreras económicas se hacen mayormente notorias en los adultos mayores. San José de Maipo es una comuna con zonas rurales y las distancias son más largas, situación que encarece asistir a controles de salud o actividades relacionadas al tratamiento, además del encarecimiento de los alimentos que dificultan el manejo dietético.

*“No porque le pasan la lista no más, lo que tienen que servirse todo y de repente uno no tiene para servirse lo que ellos dicen, por ejemplo, un día que hay que comer una tacita de arroz y una carne blanca pero de repente uno no la tiene así que uno no puede llevar los controles de la lista que le dan a uno.” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

*“Igual ellos te piden, por ejemplo, cuando vienen dos abuelos en pareja, y te dicen “por favor doctor haga algo para que nos citen el mismo día porque tener que venir yo acompañándola un día y ella acompañándome a mí al otro día, realmente nos complica la economía, que nos entreguen las pastillas el mismo día, y que nos hagan los exámenes el mismo día”, que no les signifique una pérdida de casi 10 mil pesos mensual el que no les toque al mismo tiempo, y eso realmente les deja la economía pa la historia” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

*“el manejo dietético, que obviamente, es gente con muy pocos recursos económicos, una red social pobre, entonces si es que uno se imagina con ese presupuesto comprar alimento para el mes siempre van a ser cosas pan, fideos, arroz y nada más entonces, además que en San José de Maipo siendo que es*

*igual rural cuesta encontrar frutas y verduras, entonces, lamentablemente la dieta de los pacientes no es que ellos la quieran llevar muchas veces mal sino que no tienen plata pa comprar algo mejor y esa cuestión de que es más barato comer sano es mentira.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

Existen barreras de comprensión que impiden a los pacientes entender a cabalidad las indicaciones de los profesionales. En esto influye también el grado de analfabetismo de los pacientes, que sean adultos mayores, el corto tiempo de atención por paciente y la cantidad de información entregada, situación que obliga al profesional a priorizar por lo más importante y generalmente el control se relaciona a completar los documentos o fichas y entregarle la receta al paciente.

*“además hay que incluir el factor que tienen un elevado analfabetismo entonces si es que uno llena al paciente de indicaciones y todo lo demás quedan en el aire” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

*“Ahora porque yo vine a hablar acá...y bueno y esto ¿pa qué me lo dan, pa qué es lo que sirve? No si usted tiene que ponerse insulina, la doctora me dijo no usted de hoy en adelante es dependiente de insulina, tiene que ponerse, ahí está el papelito...claro yo lo leía pero no sabía lo que significaba, 11cc, 14cc, una vez en el día, como se medía, nada, entonces... yo estuve casi un mes que no me las quise tomar porque no sabía” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

Pacientes y profesionales coinciden en que en el caso de las personas diagnosticadas de diabetes y que trabajan les es más difícil adherir a las pautas alimentarias, coordinar horarios de comida y administración de medicamentos. Creen que los adultos mayores presentan más ventajas en ese sentido que los más jóvenes.

*“cuando estoy de noche por ejemplo ahí me tomo los remedios a la hora, a las 8 de la mañana debo haberlos tomado, pero cuando estoy de día por ejemplo o saliente, a ver como le explico, estoy libre, ahí por ejemplo me acuesto en la noche a las 10, 11 ahí me tomo los últimos remedios y al otro día a las 10 de la mañana me vengo a tomar los otros recién, porque estoy acostado.” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

*“Se da la instancia, pero hay que pensar también está en una edad activa, tampoco podemos disponer del tiempo si a veces él no viene porque no tiene tiempo, esa es su excusa que está trabajando, que no le dan permiso” (F), 53, 23-05-2012, oficina, (P)*

La enfermedad en sí es percibida como barrera por los pacientes desde el minuto que la consideran una condición para toda la vida y que trae muchos cambios en el estilo de vida y situaciones a las cuales el paciente diabético debe adaptarse. Percibir a la enfermedad como barrera para el desarrollo personal, laboral, social ocasiona sentimientos de frustración, rabia, tristeza, rechazo a la misma enfermedad o negación, obstaculizando el buen manejo de la diabetes. Los profesionales perciben que la enfermedad es recibida por los pacientes como si fuera un cáncer y que interrumpe la vida cuando la persona siente que puede dominar muchas cosas y la enfermedad le demuestra que no. El diagnóstico de diabetes coarta la libertad de elegir el trabajo deseado debido a los riesgos del mismo, convirtiéndose la enfermedad en sí en una barrera, principalmente cuando se está en edad productiva. En el caso de mujeres jóvenes la enfermedad se convierte en un impedimento o barrera para ser madre.

*“¿Cómo lo has vivido? La he pasado mal porque me ha costado mucho tener guagua. Ha costado hartito, si llevo 6 años casada poh” (F), 33, 05-12-2011, Salón Laennec*

*“Yo del año 1999, así que hacen 12 años ya que tengo diabetes y para mí ha significado bastantes cosas en contra porque por ejemplo a mí me despidieron de un trabajo, tenía un trabajo llevaba 8 años, por la diabetes me despidieron, ahora los médicos me tienen prohibido que trabaje en trabajos pesados” (M), 55, 25-10-2011, Comedor Laennec*

*“Si está totalmente amargado y cabreado que vas a querer seguir las indicaciones, uno trata de seguir las indicaciones porque quiere mantener algún grado de bienestar. Si no tienes bienestar para que vas a seguir las indicaciones, si además te meten como 20 pastillas y esas ya te hacen doler el estómago, te producen diarrea y que más, o sea, deprimido olvídate.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

El beneficio mayor percibido por el paciente tiene relación con la efectividad del tratamiento farmacológico en cuanto al buen control de su enfermedad ligado a la asistencia a controles médicos hecho que les permite retirar sus medicamentos gratuitamente en el consultorio. Para los profesionales adherir al tratamiento farmacológico supone mayor facilidad que adherir a otras aristas del tratamiento como seguir pautas alimentarias o realizar ejercicio físico.

*“No, porque hasta ahora los remedios me han hecho bien todo. Porque si yo no me controlaré ya estaría ya quizás como.” (F), 48, 05-12-2011, Salón Laennec*

*“yo creo que es mucho más fácil tomarse una pastilla a cambiar el estilo de vida, o sea salir a caminar tres veces a la semana, cambiar tu refrigerador, difícil cambiar esos hábitos, incorporar un medicamento es como más fácil” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

Los pacientes diabéticos se explican el origen de su enfermedad ya sea por herencia genética o debido a hábitos no saludables, principalmente al consumo de azúcar, coincidiendo con los profesionales de salud quienes también enfatizan que los pacientes le dan mucha importancia al consumo de azúcar en la aparición de la diabetes. Sin embargo, los pacientes agregan otra causa a esta percepción referente a las emociones sufridas y preocupaciones considerándolas causa del origen de la enfermedad. En algunos casos no se relaciona la herencia de diabetes con su origen y se piensa que sólo aparece a causa de malos hábitos alimenticios.

*“No sé yo pienso que es una diabetes más cuando uno piensa, como depresión, no sé pienso yo...porque siempre me cuidaba yo con la alimentación” (F), 67, 18-10-2011, Sala de reunión*

*“asocian “pucha si mis papás los dos son diabéticos y todos mis hermanos eran diabéticos, obvio que yo tenía que salir diabético”, también asocian un poco la parte hereditaria” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

*“esas son como las dos grandes explicaciones que comía mucha azúcar o que era hereditaria la cuestión” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

Los pacientes no tienen claridad respecto de las consecuencias o complicaciones que puede tener la enfermedad derivadas de un mal cuidado. Señalan no tener idea, o que nunca les han informado. Conocen muy vagamente, más bien, como conocimiento popular, que la diabetes puede traer como consecuencia amputaciones, alguna afección cardiovascular, o un coma diabético. Los profesionales coinciden en que los diabéticos tienen muy pocos conocimientos respecto a las complicaciones de la enfermedad. Para ellos solo conocen el tema de las amputaciones, las heridas, los problemas a la visión y la pérdida de sensibilidad. Los pacientes además sienten que no se les ha enseñado todo lo necesario para el manejo de la enfermedad, sus consecuencias, tratamiento.

*“No, nunca me han dicho. Lo único yo saco la cuenta de mi tía, porque una tía falleció cieguita de la diabetes, la diabetes le comió la vista. Mi tío empezó a adelgazar...eso ví yo en la familia de la diabetes.” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

*“O sea a la larga sabe que el diabético queda ciego y le cortan las piernas. Eso es todo lo que saben.” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

Los pacientes diabéticos tienen un leve conocimiento del tratamiento en cuanto a las pautas alimentarias, a lo relacionado a sus controles médicos y las mediciones que se les realizan. También conocen la frecuencia de sus controles que son cada tres meses. Señalan no conocer acerca del tema del ejercicio físico como parte del tratamiento.

Para los profesionales los pacientes conocen muy poco respecto a su tratamiento, no tienen conocimientos respecto a los alimentos que pueden o no comer, y sienten que hay muchos conocimientos erróneos o creencias respecto a los medicamentos.

*“Entonces es el desconocimiento de ellos como de los alimentos que pueden y no pueden comer. Yo creo que hay mucho desconocimiento y las creencias son creencias falsas porque no solamente tienen que ver con el azúcar la cosa” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

*“Primero que nada me sacan sangre en el dedo, todos lo exámenes, me pesan y cada 3 meses me hacen los exámenes de sangre para ver como va la diabetes y la tengo ahí estable” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

La red de apoyo familiar es principalmente la pareja, hijos o nietos. Los entrevistados señalan vivir acompañados por lo menos con un integrante de la familia. Esta red de apoyo disminuye con la edad siendo en los adultos mayores escasa, ya que muchos viven solos. Los profesionales de salud describen que los adultos mayores a veces tienen como red de apoyo solamente a su pareja que también es adulto mayor y que los más jóvenes de la familia tienden a emigrar en busca de mejores expectativas. Los profesionales reconocen que los adultos mayores tienen una red de apoyo familiar muy pobre y que cuando se les pide asistir acompañados a los controles no lo hacen porque no tienen a nadie.

*“¿Y con quien vive? No, yo vivo solo” (M), 68, 18-10-2011, Sala de reunión (A)*

*“los viejitos entran solos y se van solos, y reciben sus diagnósticos solos y se les informa de sus complicaciones solos y así funciona no más” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

Para los pacientes diabéticos la familia cumple un rol importante al momento del diagnóstico, al momento de aceptar la enfermedad y también durante la vivencia con ésta. Sin embargo y, a pesar, que los profesionales consideran que la familia debiera colaborar en aspectos tales como acompañar al paciente a los controles cuando éste es adulto mayor, ayudarlo en la comprensión de las indicaciones y colaborar en adquirir hábitos saludables, esto es muy distinto en la práctica. Los profesionales tienen la percepción que los pacientes viven su enfermedad solos y que muchos de ellos tampoco tienen interés por involucrar a la familia en su enfermedad.

Los profesionales de la salud reconocen que no existen intervenciones explícitas para los pacientes diabéticos en las cuales se incorpore a las familias en el tratamiento del paciente. Solo incluyen a la familia cuando al paciente se le solicita venir acompañado por ser adulto mayor o no comprender las indicaciones y es en ese contexto en el cuál se incorpora el apoyo familiar. Para ellos es difícil el contacto con las familias y no está incorporado como estrategia de intervención.

*“Y el punto en el cual se toca la familia es cuando es gente que no te va a entender las indicaciones y necesitas que alguien de la familia se haga cargo de la enfermedad del paciente, pero es súper difícil el contacto con las familias, súper difícil” (M), 29, 30-05-2012, box consultorio, (P)*

Respecto al género, para los pacientes diabéticos hombres es importante el apoyo de la mujer, ya sea madre o pareja, transfiriéndoles la responsabilidad principalmente del control de la alimentación y la administración de los medicamentos. Para los profesionales esto se debe porque los pacientes hombres tienen menor conciencia de enfermedad.

*“muchas veces un varón te contesta no tengo idea lo que tomo, mi señora sabe, ella me da las pastillas, ella me ordena.” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

La mujer diabética busca el apoyo principalmente en sus hijos y es un apoyo de carácter afectivo. Los profesionales perciben a las mujeres mucho más adherentes y con conciencia de enfermedad. La pareja de una mujer diabética tiene muy poca injerencia, según ellos, en el tratamiento de la mujer y tampoco se preocupan en forma práctica de colaborar en su tratamiento.

*“Andan preocupados si me tomé la pastilla, porque me tomo una pastilla todos los días a las 12, me preguntan mamá te tomaste la pastilla, si mijito. Si me voy a comer una manzana entera, yo no me la puedo servir entera, mamá es muy grande esa manzana sírvete la mitad, entonces me van quitando lo que yo no debo de comer.” (F), 58, 25-10-2011, Comedor Laennec*

Los pacientes diabéticos tienen claro que el rol del médico es revisar los exámenes y realizar la prescripción de fármacos y de las indicaciones de autocuidado. Los médicos asumen que en el corto tiempo de atención su rol principal es evaluar al paciente y entregar la receta. En general dejan la educación

en salud a cargo de los otros profesionales del equipo. Los pacientes valoran la educación en salud principalmente relacionada a los cuidados de alimentación.

*“No, si eso es lo que estoy, el médico ni me revisa na poh, toman el papel así, bueno y esto otro, va seguir lo mismo, los mismos remedios, porque si yo voy a un médico particular lo primero que me hace me toma los exámenes y después me revisa.” (M), 58, 23-01-2012, Salón Laennec*

*“uno se preocupa mucho mas de hacer la receta de decirle esto es lo que se tiene que tomar , estos son los controles para esta fecha” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

Para los pacientes una buena atención médica es cuando el profesional genera una relación más cercana, conversan respecto a su situación, lo examina y responde a sus dudas. Sin embargo, en la práctica y debido al corto tiempo, los profesionales médicos acotan su rol a la prescripción de fármacos.

*“No el doctor que me atiende, atiende bien porque pregunta y anota y examina bien a uno, no si lo único que sería mejor que por ejemplo juntarlos unos 4, unas 10 personas diabéticas y darnos una charla más o menos más para ir sabiendo más como es la enfermedad, como cuidarse unas vez que ya esté más avanzado ya” (M), 68, 18-10-2011, Sala de reunión (B)*

Los profesionales perciben que los pacientes visualizan al médico en un rol de autoridad por lo que atienden a sus indicaciones, generalmente, y los pacientes a pesar de estas dificultades percibidas en la atención de salud se sienten conformes y aceptan las condiciones que se les entregan.

*“Los médicos dan esas indicaciones y uno tiene que irse por lo médicos no más, todo lo que dicen ellos” (F), 48, 05-12-2011, Salón Laennec*

*“Obviamente, está el prejuicio de que como es el médico el que te lo está dando es más importante, creo” (F), 26, 18-05-2012, consultorio, (P)*

# **CAPITULO VI**

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## DISCUSIÓN

Este estudio, al ser de tipo cualitativo nos ha permitido acercarnos a la problemática planteada y visualizar los factores que reconocen los propios pacientes como influyentes en el manejo de su patología.

Ante esto, es necesario traer a la luz y discutir el escaso conocimiento que presentan los pacientes entrevistados respecto a su patología, sus cuidados, sus consecuencias y las causas de su descompensación. Este hecho constituye un problema para manejar la enfermedad y es reconocido por el personal de salud, quienes hacen un mea culpa, asumiendo también que es una falencia del sistema disponer de tan poco tiempo para la entrevista con el paciente y lograr que aprehenda todos los conceptos y aristas que se deben manejar de esta enfermedad.

Estudios mencionados en el marco teórico de esta investigación, como el estudio realizado en Los Ángeles, Chile, en el año 2007 no menciona la variable conocimiento como predictor de un buen control metabólico<sup>16</sup>. Sin embargo existen otros que señalan que los pacientes que conocen las actitudes de autocuidado que son importantes para mantener una buena salud están en mejores condiciones de mantener compensada o controlada su enfermedad.<sup>28</sup>

Queda en evidencia en este estudio que los pacientes no tienen claridad respecto de las consecuencias o complicaciones de la enfermedad, ni tampoco tienen claro como actuar para mantener un buen control de la patología. Los pacientes asumen que tienen escasos conocimientos y que esto influye en la adherencia a

su tratamiento y en las decisiones que toman en su vida cotidiana y que pueden manifestar un impacto positivo o negativo en su salud.

Estudios señalan que las intervenciones educativas/informativas con el fin de aumentar el conocimiento son necesarias pero no suficientes.<sup>27</sup> Sin embargo, las escasas intervenciones realizadas en el lugar de estudio para aumentar la compensación tienden a enfocarse en charlas educativas como método para aumentar la adherencia al tratamiento. Estudios demuestran que esta metodología no es efectiva aisladamente y se debe complementar con estrategias como: las estrategias simplificadoras de medicamentos, intervenciones de apoyo social y/o familiar, intervenciones con dinámicas de grupos, intervenciones de refuerzo conductual<sup>27</sup>, ya que como lo muestran los resultados de este estudio son múltiples los factores que influyen en el manejo de la diabetes tipo II y en el cumplimiento terapéutico.

Hay estudios que indican que valorar la severidad de las consecuencias de una enfermedad aumenta las posibilidades de adherir al tratamiento<sup>33</sup>. En este sentido, la indicación de insulina es interpretada por los pacientes como un mayor avance y deterioro de la enfermedad, similar a lo que ocurre con la cantidad de medicamentos que les son prescritos y la frecuencia con la que son citados a controles considerándolos indicadores de mejoría o empeoramiento de su salud.

Este estudio da cuenta que a pesar que los pacientes diabéticos no tengan claras las consecuencias que les puede traer llevar un mal manejo de la enfermedad, lo que sí los hace movilizarse sino quizás lo único y cuando ya es un poco tarde para prevenir, es cuando se manifiestan complicaciones y ellos sienten, perciben y palpan concretamente los daños de la enfermedad. Es en ese minuto, cuando

están conscientes de la severidad de la enfermedad y empiezan a tomarle el peso a ésta.

Así también existe evidencia que indica que los pacientes sintomáticos presentan mayor cumplimiento al tratamiento prescrito<sup>22</sup>. En el mismo ámbito, el modelo de creencias de salud señala que cuando las personas se perciben a sí mismas susceptibles ante las complicaciones médicas son más adherentes al tratamiento<sup>33</sup>. Este punto es muy importante ya que los resultados del estudio realizado evidencian claramente que en su mayoría la enfermedad se presenta asintomática y/o los pacientes se acostumbran a los síntomas de hiperglicemia y no logran diferenciarlos como signo de descompensación. Estas dos situaciones debieran tomarse como referente ya que ambas disminuyen la susceptibilidad ante la enfermedad y es un factor relevante para mejorar la compensación.

Estudios previos señalan que la depresión es dos veces mayor en pacientes con diabetes que en la población general y que estas personas tienen peor control de la glicemia además de ser menos adherentes al autocuidado<sup>12</sup>. El estudio realizado evidencia la relevancia que tiene el factor emocional al momento de intervenir en pacientes diabéticos y cómo éste tiene injerencia en el manejo de la enfermedad y su compensación.

Esta investigación revela que en la población en estudio existe una susceptibilidad percibida por los pacientes ante la aparición de diabetes, cuando un paciente es diagnosticado de esta enfermedad es un momento emocionalmente intenso en el que el paciente siente una especie de shock, lloran, no entienden el por qué, y se manifiestan emociones como la rabia, tristeza, frustración, es un golpe emocional

muy fuerte. Pasada la impresión del diagnóstico, los pacientes en el convivir con la enfermedad comienzan a aceptarla más que nada con resignación y pesimismo.

Vivir con diabetes es difícil para los pacientes, más aún sin manejar ni conocer todas las aristas de esta enfermedad con la cual deberán convivir. La experiencia cotidiana para ellos se vuelve una fuente de estrés y un cúmulo de emociones ligadas a la reformulación de su vida. La enfermedad llega a descompagnar su cotidianeidad y a intentar asumirla. Esta aceptación de la enfermedad será un proceso continuo de parte del paciente que debe ser apoyado por parte del equipo sanitario.

Para los pacientes las emociones son relevantes tanto como factor que origina la diabetes como durante el convivir con la enfermedad, así también este factor puede verse empeorado durante la vejez debido a las pérdidas de los seres queridos. El paciente durante la convivencia con la diabetes avanza por emociones tales como depresión, angustia, conformismo, negación de la enfermedad, no aceptación, resignación, frustración, rabia, tristeza, entre otras, situación que debiese incorporarse en las intervenciones realizadas para obtener mejores resultados en el tratamiento. Lo que muestra el estudio es que a pesar que los profesionales perciben esta situación, no existe el espacio para integrarla y no existe el abordaje terapéutico desde esa perspectiva.

Estudios señalan que quienes presentan autoeficacia o confianza personal de llevar a cabo conductas saludables adhieren mayormente a conductas de autocuidado.<sup>12, 33</sup> Se encontró en este estudio que los pacientes asumen con resignación y conformismo su enfermedad, muchas veces negándola como estrategia de autocontrol o afrontamiento de la enfermedad, demostrando la

escasa autoeficacia que presentan los pacientes al momento de asumir conductas de autocuidado, situación que debiese fortalecerse y sumarse dentro de las intervenciones. De este mismo factor derivan las situaciones que los pacientes justifican y aceptan eventualmente. El autocuidado ocurre en un contexto cambiante de situaciones ambientales ya sea trabajo, casa, reuniones sociales, etc. factores que se vinculan a una baja adhesión.<sup>12</sup> Los pacientes se desenvuelven en distintas situaciones durante el día y se les deben entregar las herramientas que les permitan tomar las mejores decisiones. En este estudio los pacientes demuestran una escasa autoeficacia y una constante justificación y validación de la descompensación debido a la presión por comer en reuniones sociales o fuera de casa, situaciones en las cuales ellos deben tomar sus propias decisiones.

Los resultados evidencian que la enfermedad por sí sola es un factor que deprime y desmotiva, por lo tanto, a pesar que un paciente asuma actitudes de autocuidado y se mantenga compensado siempre está expuesto al factor emocional. Por esto, es necesario hacer hincapié que ésta es una falencia importante en el tratamiento o intervención actual que se realiza a los pacientes diabéticos ya que no está incorporado el apoyo psicológico que ayude a manejar este factor emocional, a estimular la autoeficacia y la autoestima, factores que ayudarían a aumentar la adherencia al tratamiento y mejorar la compensación de los pacientes.

La duración de la enfermedad se relaciona negativamente con la adhesión al tratamiento<sup>12</sup> lo cual estaría directamente relacionado con las percepciones de los pacientes adultos mayores quienes en este estudio atribuyen mayor importancia a

la vejez como fuente de enfermedad mientras la diabetes pasa a un segundo plano, disminuyendo la adhesión al tratamiento. En general, los pacientes diabéticos no adhieren fácilmente a conductas referentes a la dieta y a la actividad física. Tanto en la juventud como en la vejez los pacientes adhieren mayormente al uso de los medicamentos, infiriendo que esto no supone mayor desgaste de parte del paciente. Para el adulto mayor esta conducta se complica debido a la larga data de su enfermedad y a todos los demás factores por los que debe enfrentarse en la adultez como la precariedad económica, pérdidas de seres queridos, enfermedades asociadas, etc. lo cual hace que el adulto mayor le entregue menos importancia a la enfermedad y más relevancia a la vejez en sí, disminuyendo la adhesión incluso a la administración de los medicamentos.

Mientras más complejo sea el tratamiento menores posibilidades hay que los pacientes lo cumplan.<sup>12, 22</sup>. Los adultos mayores presentan co morbilidades asociadas, por lo cual deben consumir gran cantidad de medicamentos complejizándolo y disminuyendo su adherencia a pesar del tiempo disponible para el autocuidado. Existen evidencias que las mejores tasas de adhesión ocurren cuando los pacientes deben consumir un solo medicamento<sup>12</sup> El olvido, los efectos secundarios y el sabor de los medicamentos, son mencionados en otro estudio como factor que influye en la no adherencia<sup>26</sup> y suele ocurrir que pacientes consuman irregularmente sus medicamentos por olvido o por las molestias digestivas que les provocan, principalmente en los adultos mayores quienes consumen gran cantidad de fármacos debido a todas las patologías que los aquejan.

No disponer de tiempo libre es un factor que influye en el cumplimiento terapéutico<sup>26</sup> y en este estudio se halló que las personas diagnosticadas de diabetes y que trabajan les es más difícil adherir a las pautas alimentarias y coordinar sus horarios de comida y administración de medicamentos. Los profesionales asumen que los adultos mayores debieran tener mayor adherencia debido al tiempo disponible para el autocuidado y se encontró que las personas jubiladas confirman que el tener tiempo les ha permitido asistir a los controles de salud. Se sabe que las citas concertadas, es un método que detecta al paciente cumplidor prediciendo el incumplimiento cuando el paciente deja de acudir a las citas programadas<sup>22, 23, 29</sup>. En este sentido, asistir a los controles de salud está muy incorporado como estrategia de control de la enfermedad por parte de los pacientes diabéticos, sin embargo se recomienda evaluar cada componente del tratamiento por separado para evaluar la adhesión al tratamiento total<sup>12</sup>.

La evidencia de otros estudios expuestos en este trabajo es muy escasa respecto al género y cómo éste influye en la adherencia al tratamiento. En este estudio aparece que el hombre tiene mayores dificultades en adherir al tratamiento que las mujeres. Generalmente la descompensación del hombre es a causa de sus conductas no así en las mujeres, quienes asumen mayormente conductas de autocuidado y su descompensación se debe a otras causas, como por ejemplo, las emociones sufridas, las preocupaciones, etc. El hombre transfiere la responsabilidad del tratamiento a la mujer mientras que la mujer se hace cargo de su enfermedad y sus cuidados, demostrando mayor conciencia de enfermedad. El hombre siente perder independencia y que su rol de hombre se ve afectado.

Las creencias definen procesos cognitivos y emocionales relacionados con el comportamiento saludable<sup>33</sup>. Que los pacientes otorguen mayor credibilidad a la familia u otros que a la opinión del profesional de salud hace dirigir sus actitudes de autocuidado en forma errónea y sin fundamentos, muchas veces dejando de consumir los fármacos prescritos. En este estudio emergieron dos grupos de pacientes: los que conocen y aceptan que su enfermedad es para toda la vida y aquellos que piensan que a través de la fé religiosa o automedicación con hierbas pueden quitarse la enfermedad.

El estudio realizado en Los Ángeles, 2007, menciona que las variables que tienen efectos directos significativos sobre el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II son los beneficios que el paciente atribuye al tratamiento médico que lo conducen a un buen control metabólico y la percepción de barreras que se oponen a ese tratamiento<sup>16</sup>. La presente investigación encontró que los pacientes atribuyen beneficios mayormente al tratamiento farmacológico así también a asistir a las citas con el médico ya que está ligado a la entrega de medicamentos, tienen escasos conocimientos de las medidas no farmacológicas por lo cuál tampoco conocen sus beneficios y además presentan creencias en las cuales atribuyen beneficios a comportamientos o a hierbas que en la realidad no presentan efectividad.

En otros estudios se ha concluido que 3 de cada 10 pacientes tienen probabilidad de control con un apego terapéutico total<sup>30</sup>, lo que implica sumar a la prescripción médica y del equipo de salud, el resto de las opciones de manejo de la diabetes, las medidas higiénico- dietéticas, actividad física y educación para la salud.

Estas condiciones, los escasos beneficios percibidos y la gran cantidad de barreras, no permitirían lograr mejores niveles de compensación en la población en estudio y explica en parte el bajo porcentaje de compensación que existe en la población diabética de este consultorio. Mientras el paciente atribuya más beneficios al tratamiento y menos barreras percibidas aumenta la probabilidad de que el paciente esté compensado<sup>16</sup>, lo cual está inverso en la población investigada.

Este estudio encontró que los pacientes conocen el mecanismo de tratamiento en cuanto a las frecuencias de controles y los exámenes que se les realizan. Pero hay poca claridad en cuanto a los alimentos que pueden consumir y por qué. Respecto al ejercicio físico hay nulo conocimiento. Algunos estudios señalan que si los pacientes están en conocimiento que la dieta y que los ejercicios son importantes para su salud, están en mejores condiciones de mantener compensada o controlada su enfermedad.<sup>28</sup>

A los pacientes les gustaría que el consultorio les explicara más respecto a su enfermedad otorgándoles más herramientas para enfrentarla.

Una buena comunicación entre el paciente y el profesional de salud se considera factor determinante en la adhesión al tratamiento<sup>12</sup>. Los pacientes entrevistados para este estudio perciben una buena atención médica cuando el profesional genera una relación más cercana, conversan respecto a su situación, lo examina y responde a sus dudas, con lo cual están disconformes.

Estudios evidencian que no es suficiente la prescripción médica para lograr el cumplimiento terapéutico, es necesaria la participación del paciente y su núcleo familiar.<sup>30</sup> Es necesario reforzar la relación paciente – personal de salud quizás no

en la consulta debido al corto tiempo de atención pero sí en otras instancias donde se pueda responder a las dudas de los pacientes e integrarlos al sistema de salud de una forma más completa. Esta medida podría aumentar la satisfacción del paciente y además lo ayudaría a participar activamente en su tratamiento, además de aumentar el cumplimiento.

Por lo tanto, es necesario reformular el trabajo de educación en salud con los pacientes para lograr mejoras en la compensación, además de complementarlo con estrategias para disminuir las barreras que obstaculizan el tratamiento y aumentar los beneficios percibidos por los pacientes atribuidos al tratamiento.

Estudios consideran el apoyo familiar y las relaciones positivas con el equipo de salud como dos predictores psicosociales con influencia individual significativa en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo II y que actúan indirectamente en el control metabólico<sup>16</sup>. Los resultados obtenidos evidencian que el apoyo familiar es muy escaso, en todos los grupos etarios, principalmente en adultos mayores. También el apoyo familiar se diferencia según género, para los hombres es más relevante el apoyo de la mujer en la parte práctica del tratamiento y para las mujeres es de mayor importancia el apoyo afectivo de los hijos.

Incorporar a la familia en el tratamiento no es prioridad en la intervención que se realiza en estos pacientes en el lugar en estudio y tampoco se realizan intervenciones grupales, sin embargo, la evidencia indica que la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, siendo el más eficaz que percibe el individuo frente a los cambios a lo largo del ciclo vital en el contexto social<sup>28</sup>. Los profesionales creen que los pacientes no tienen interés en incorporar a sus familias y prefieren vivir su enfermedad solos.

Según la evidencia, tratamientos con enfoque familiar tienen mejor adhesión que aquellos tratamientos que ven la diabetes como enfermedad aguda <sup>12</sup>.

Se recomiendan intervenciones de apoyo familiar / social en el caso de las personas con red social y familiar pobre ya que estas presentan mayores tasas de incumplimiento.<sup>27</sup> Es necesario incorporar a la familia en las estrategias futuras para el control metabólico de los pacientes y diseñar tratamientos integrales con enfoque familiar que faciliten la adherencia al tratamiento y disminuyan las barreras para el cumplimiento terapéutico.

## CONCLUSIONES

La vivencia con diabetes mellitus es una condición difícil de afrontar y multifactorial que acompañará al paciente a lo largo del ciclo vital en un continuo vaivén de emociones que influirán en el manejo de esta patología.

En la actualidad, el lugar donde se realizó el estudio se encuentra en un proceso de cambio del sistema biomédico a uno de tipo familiar. Es evidente que falta mucho aún por acercarse a un tratamiento integral con enfoque familiar. El apoyo familiar es indispensable para que el paciente afronte los problemas diarios de su enfermedad y mejore el control de su glicemia, sin embargo no existe tal apoyo en la población estudiada.

Los resultados que se presentan dan cuenta de la necesidad de valorar e incorporar el factor emocional que los pacientes enfrentan en el día a día al convivir con su diabetes, desde el minuto del diagnóstico. Abordar la enfermedad desde un enfoque psicológico y familiar, integrado al tratamiento farmacológico y a las medidas de autocuidado favorecerían aumentar la autoeficacia en los pacientes, mejorar su autoestima, ayudarlos a afrontar la enfermedad, además de integrarlos de forma activa a su tratamiento entregándoles responsabilidad en su compensación.

Se hace necesario crear la instancia de educación en pacientes, familiares, personal de salud y comunidad que favorezca el apoyo grupal y el intercambio de experiencias en el mismo contexto sociocultural y económico. San José de Maipo, lugar de la investigación, es una zona en la cual no existen muchas alternativas laborales para los jóvenes, lo cual hace que los adultos mayores diabéticos se

encuentren muy solos con una red social y familiar muy pobre. Además de las escasas posibilidades de trabajo, los costos de transporte y de la alimentación dificultan aún más llevar la enfermedad.

Existe un alto grado de analfabetismo y pobreza, que sumado a los factores encontrados en este estudio como el escaso conocimiento de la patología y de sus cuidados, las barreras relacionadas al sistema de salud, las dificultades de comprensión por parte de los pacientes, las creencias que obstaculizan el tratamiento, el abordaje netamente farmacológico y sin incorporación de la familia, el panorama no se ve muy alentador.

Se debe avanzar hacia el empoderamiento de las personas diabéticas en el cuidado de su patología, disminuir esa condición paternalista y facilista de entregarle toda la responsabilidad al médico y a los fármacos ante el resultado del tratamiento.

Reformular la intervención que se realiza en el consultorio bajo este enfoque puede colaborar a disminuir las barreras percibidas por el paciente y a reconocer mayores beneficios atribuidos al tratamiento médico, lo cual ayudaría a lograr resultados con mayor efectividad y colaborar en las mejoras de los niveles de compensación de la población diabética en estudio.

Además, es necesario poner énfasis en la inclusión de medidas no farmacológicas efectivas y lograr que tanto los pacientes como los médicos y el personal de salud se involucren en mejorar la adhesión a éstas, entregándole la importancia que merecen en el control de esta patología crónica.

La vivencia con diabetes está adornada de múltiples factores que colaboran de forma positiva o negativa en su manejo, sin embargo, el factor profundo y

enraizado para la aparición de los otros factores influyentes es la emoción que rodea a la enfermedad y los recursos con que cuenta el paciente para afrontarla. Mientras el tratamiento siga enfocado netamente en lo farmacológico será muy difícil lograr cambios efectivos en el nivel de compensación. El tratamiento debe considerar las condiciones en que la persona diabética vive y se desenvuelve, considerar las diferencias existentes entre géneros y las diferencias entre los grupos etarios, principalmente adultos mayores, en los cuales la situación emocional tiende a agravarse.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Población en control por enfermedades cardiovasculares, clasificación de riesgo y metas del programa, según edad y sexo. Disponible en: [http://163.247.51.54/rem2007/pob\\_dic/exis\\_pac\\_t.php?tipomes=12&tipoano=2007](http://163.247.51.54/rem2007/pob_dic/exis_pac_t.php?tipomes=12&tipoano=2007) Consultado el 01 de septiembre 2010

<sup>2</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. Santiago: Minsal, 2009

<sup>3</sup> Estadísticas Consultorio San José de Maipo. REM P4. Población En control programa de salud cardiovascular. Año 2010

<sup>4</sup> Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en red año 2009. Santiago: Minsal, 2008.

<sup>5</sup> Página Web Hospital San José de Maipo. Disponible en: [http://www.hospitalsanjosedemaipo.cl/salud\\_cardiovascular\\_2.html](http://www.hospitalsanjosedemaipo.cl/salud_cardiovascular_2.html) Consultado el 29 de junio 2010

<sup>6</sup> Web Hospital San José de Maipo. Disponible en: <http://www.hospitalsanjosedemaipo.cl/> consultado el 26 septiembre 2011

<sup>7</sup> Web Instituto Nacional de Estadísticas INE. Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/proyecciones/MenPrincOK.xls](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/MenPrincOK.xls) consultado el 26 de septiembre 2011

<sup>8</sup> Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Disponible en: <http://www.observatoriourbano.cl/indurb/ciudades.asp> Consultado el 26 de septiembre 2011

<sup>9</sup> Estudio “Actualización y Adecuación del plan regulador Comunal de San José de Maipo” Etapa A.F.E. Memoria Explicativa. Dirección de Servicios Externos. Facultad de Arquitectura. Diseño y Estudios Urbanos. [s.a.] Disponible en: [http://www.sanjosedemaipo.cl/transparencia/planreguladorcomunal/memoria\\_explicativa\\_prc-sjm.pdf](http://www.sanjosedemaipo.cl/transparencia/planreguladorcomunal/memoria_explicativa_prc-sjm.pdf) Consultada el 26 de septiembre 2011

<sup>10</sup> “Diagnóstico de Salud de la Comuna de San José de Maipo” Arnello M, Blom L, Chahuán C. Espinal M, Herrera T, Rondón F, Salas F. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Documento sin fecha.

<sup>11</sup> Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular. Santiago: Minsal, 2009.

- 
- <sup>12</sup> World Health Organization. Adherence to long- terms therapies: Evidence for action. World Health Organization, 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf> Consultado el 17 de Julio 2010
- <sup>13</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2. 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006
- <sup>14</sup> Lenz R, Ramírez J, Gac R, Lorca E. Dificultades en la prescripción racional de insulina: La percepción de los médicos tratantes de enfermos diabéticos de atención primaria de salud. Rev Med Chile 2010; 138: 281-288.
- <sup>15</sup> Ministerio de Salud. Verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas. Informe Integrado. 2007.
- <sup>16</sup> Quintana A, Merino J, Merino P, Cea J. Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2. Rev Med Chile 2008; 136: 1007-1014.
- <sup>17</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Esperanza de vida al nacer (en años) por periodo y sexo. Chile, 1950-2025 Disponible en: [http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza\\_de\\_vida/index.asp](http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp) Consultado el 20 de julio 2010
- <sup>18</sup> Ministerio de Salud. Resultados I Encuesta Nacional de Salud 2003. Santiago de Chile; 2004.
- <sup>19</sup> Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010.
- <sup>20</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Indicadores del programa de salud cardiovascular en atención primaria. Corte al 31 de diciembre de 2008. Disponible en: [http://intradeis.minsal.gov.cl/Intradeis/menu\\_indicadores/menu\\_indicadores.aspx](http://intradeis.minsal.gov.cl/Intradeis/menu_indicadores/menu_indicadores.aspx) Consultado el 14 de agosto del 2010.
- <sup>21</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Mortalidad de ambos sexos, según las principales causas específicas de defunción. Chile, 2006. Disponible en: [http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas06.asp?temp=ODAS\\_EDADES.htm](http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas06.asp?temp=ODAS_EDADES.htm) Consultado el 14 de agosto 2010.
- <sup>22</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Mortalidad por diabetes mellitus según sexo, 1990 – 2007. Chile. Disponible en: [http://163.247.51.54/nuev/salida/diabetes\\_1990\\_2007.php](http://163.247.51.54/nuev/salida/diabetes_1990_2007.php) Consultado el 14 de agosto 2010
- <sup>23</sup> Márquez Contreras E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden. Huelva, España. Disponible en <http://www.fac.org.ar/tvcv/lave/c053/marquez.PDF> Consultado el 21 de mayo 2010
- <sup>24</sup> Tuesca R, Guallar P, Banegas J, Graciani A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Universidad Del Norte, Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, División Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología, Madrid, España. Gac Sanit 2006; 20(3). 220-7
- <sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Ginebra. 2003. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/> Consultado el 17 de julio 2010

- 
- <sup>26</sup> Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Cumplimiento. En: Epidemiología clínica: una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Díaz de Santos, 1989; 250-290. Disponible en: <http://books.google.cl> Consultado el 13 de julio 2010
- <sup>27</sup> Jin J, Edward G, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance. A review from the patient's perspective. Therapeutics and Clinical Risk Management 2008; 4 (1) 269-286.
- <sup>28</sup> Sánchez O. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 29–Nº 2-2005. Disponible en [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29\\_2EstrategiasMejora.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf) Consultado el 21 de mayo 2010
- <sup>29</sup> Matos Y, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23 (1) Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_01\\_07/mgi06107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm) Consultado el 21 de mayo 2010
- <sup>30</sup> García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Disponible en <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf> Consultado el 07 de junio 2010
- <sup>31</sup> Villarreal E, Paredes A, Martínez L, Galicia L, Vargas E, Garza M E. Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (4): 303-308. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im064c.pdf> Consultado el 29 de junio 2010
- <sup>32</sup> Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. Atención Primaria 1997; 19: 372-376. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=200.89.68.10&articuloId=14530&revistaId=27](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=200.89.68.10&articuloId=14530&revistaId=27) Consultado el 01 de julio 2010
- <sup>33</sup> Montiel-Carbajal M, Domínguez- Guedea M. Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual Vol. 1–Nº 2-2011; 7-18.
- <sup>34</sup> Aráuz A. Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M y Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2001
- <sup>35</sup> Troncoso C, Sotomayor M, Ruiz F, Zúñiga C. Interpretación de los conocimientos que influyen en la adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con diabetes tipo 2 de una comuna rural. Rev Chil Nutr Vol. 35 – Nº 4- 2008
- <sup>36</sup> Eguiguren P. Curso Introducción a los métodos cualitativos de investigación aplicados en salud. IX Escuela Internacional de Verano. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. Enero 2007
- <sup>37</sup> Rodríguez G, Gil J, Eduardo G. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. 2ª ed. 1999
- <sup>38</sup> Amezcua M, Gálvez T, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-236

---

<sup>39</sup> Conde F, Pérez C. La investigación cualitativa en Salud Pública. Rev Esp Salud Pública 1995; 69: 145-149

<sup>40</sup> Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 473-482

<sup>41</sup> Sandoval C. Investigación Cualitativa. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES. Colombia, 1996