

REPENSANDO LAS PRÁCTICAS /
MEJORANDO LA ESCUCHA

Un estudio de evaluación sobre el uso y adherencia a medicamentos en pacientes crónicos del centro de salud San Francisco III de la ciudad de Bariloche, Río Negro

Dr Jose María Ali-Brouchoud

Médico Generalista

Centro de Salud San Francisco III. Costa Rica 1150. Bariloche, Río Negro. C. P.: 8400.

E-mail: jose_ali@hotmail.com

Realizado en los años 2012 y 2013. Inédito

Trabajo de Investigación con abordaje Cuantitativo y Cualitativo

Categoría temática: Clínica Ampliada

Índice

Introducción	3
Objetivos	10
Metodología	11
Resultados y Análisis	14
Discusión y Conclusiones	25
Bibliografía	27
Anexos.....	29

Introducción

La realización de este trabajo está relacionada con la experiencia de trabajo de su autor como médico generalista, integrando equipos de trabajo multidisciplinarios en centros de salud urbanos de la ciudad de Bariloche, provincia de Río Negro, donde reside.

Se inicia a partir de la experiencia de trabajo desarrollada con personas que padecen problemas crónicos de salud y el abordaje progresivo de sus múltiples determinantes. La complejidad de seguimiento de estos problemas, en tanto condiciones no curables, permanentes, que condicionan y limitan la vida de las personas generando múltiples cambios personales familiares y sociales, moviliza la búsqueda de mejores o nuevas formas de abordaje más integrales y participativas. Realizar evaluaciones de carácter local sobre el trabajo organizado –en este caso, sobre el uso y adherencia a medicamentos– aparece como una necesidad para los equipos de salud, ya que permite aumentar la eficacia del trabajo realizado, mejorar los vínculos con los usuarios y promover mejoras en la atención.

Una práctica frecuente en el plan de cuidados de cualquier problema de salud es la indicación del uso de fármacos. Es una parte importante de la relación entre el médico y el paciente y en muchos casos es una de las respuestas centrales para abordar diferentes problemas de salud. Se usan por corto tiempo –en el caso de problemas agudos– o durante toda la vida de las personas en el caso de los problemas de salud crónicos. En esta última situación, la indicación y uso de los fármacos, sus efectos, su aceptabilidad por parte de las personas, las creencias sobre ellos, etc., juegan un papel central en relación con los resultados clínicos esperados y la satisfacción de los pacientes.

La relación entre el médico, el paciente y los medicamentos ha sido estudiada desde diferentes ángulos. La conceptualización más reciente se denomina *adherencia terapéutica* –donde el medicamento ocupa un lugar más entre varias acciones –, término que expresa el grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (Infac, 2011). En la mayoría de los estudios se suele cuantificar el grado de adherencia o uso de fármacos según diferentes problemas de salud, se exponen algunas determinantes generales sobre las causas de los resultados encontrados y se establecen algunas recomendaciones para mejorarlos. Por otro lado, existe menos evidencia de estudios sobre las razones de la baja adherencia en muchos problemas de salud, de información centrada en la perspectiva del paciente y de cómo el médico explora en la consulta este aspecto de la relación.

Como parte de la consulta, la evaluación de la adherencia no puede ser una práctica que se piense descontextualizada. Por lo tanto, habrá que considerar los determinantes de la relación médico-paciente para profundizar en su estudio. Por otro lado, la evaluación de las prácticas aparece como una necesidad creciente en diferentes niveles, ya sea sistemas de salud, servicios de salud o a nivel de equipos y de profesionales. Las necesidades para hacerlo han sido de tipo financiero, dado el grado creciente del gasto en salud (del cual los medicamentos representan una parte considerable), la necesidad de rendir cuentas ante la sociedad sobre diferentes aspectos de la atención y la mejora de las prácticas (PROADESS, 2003). Es importante resaltar que la evaluación de la adherencia por parte de profesionales o equipos de salud no es una práctica extendida.

Ante la falta de respuesta a los tratamientos se plantea el cambio o aumento de dosis o el pedido de estudios para encontrar una respuesta sin constatar su uso efectivo (Infac, 2011). Esto se traduce en el discurso médico en frases como “los pacientes no cumplen nunca el tratamiento”, “no hacen lo que les digo” o “no quieren hacerlo”. En general, no se contempla la opinión del usuario, y se considera que la sola información dada bastará para lograr la adherencia necesaria.

Planteadas de esta forma, en la problemática del uso de medicamentos en pacientes crónicos debemos considerar, entonces, tres aspectos centrales: las características de la relación médico-paciente en el espacio de la consulta, la relación y el uso de fármacos por parte de las personas, y algunos elementos de la práctica de la evaluación de actividades, acciones o programas. Todo esto es puesto en contexto, finalmente, en relación con la historia de trabajo del centro de salud San Francisco con los problemas crónicos de salud.

La clínica

Desde la mirada médica tradicional, la relación entre una persona que concurre a una consulta y el médico que la brinda existe una asimetría basada en términos de conocimiento. El profesional detenta el conocimiento y está autorizado para elegir diferentes tratamientos. El paciente, por otro lado, siguiendo esta lógica, subordina su participación. Buen paciente es aquel que “cumple con el tratamiento”. Si no lo hace, se lo considera “resistente al tratamiento” o “negador” de su enfermedad. En este tipo de relación planteada de subordinación, la falta de adherencia genera, por parte del profesional, quejas y retos, en tanto su poder fue tácitamente cuestionado. Por parte del paciente, en general, el ocultamiento de esta realidad es una actitud habitual. Planteadas así las cosas, se establece una zona de penumbra en la relación en tanto cosas no habladas o relativizadas por ambas partes: una supone que su indicación no será cuestionada y la otra tiene la obvia necesidad de seguir manteniendo la posibilidad de concurrir a controles sin el peso de la culpabilización. En este camino sin salida, la confianza, un aspecto central del vínculo, quedaba sesgada. Una lectura más profunda hecha desde otros ángulos nos revela que la asimetría nombrada puede ser mejor explicada en términos de poder y por el rol de control que la medicina ejerce sobre muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas y sociedades. Este enfoque dominante en la práctica médica ha sido estudiado por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez y descripta como *Modelo Médico Hegemónico*, en donde la relación con las personas es de tipo mecanicista, individualizada, ahistórica, descontextualizada y de carácter mercantil (Menéndez, 2005). El paciente es estudiado como caso en tanto portador de una enfermedad que debe ser perfectamente definida. La consigna, tantas veces escuchada del pregrado, que “no hay enfermedades sino enfermos”, en realidad se refiere a la variabilidad con que los padecimientos se presentan desde el aspecto biológico. Poco se tienen en cuenta otros aspectos de la persona como las características de su vida, su opinión o sus creencias, etc. La creciente aparición de los problemas crónicos de salud ha puesto en cuestión estos aspectos, en tanto que gran parte del tratamiento de estas enfermedades está basado en la realización de cambios por parte de las personas. Es decir que resulta indispensable considerar su vida cotidiana, las dificultades que tengan para tomar decisiones y generar cambios. Repensar las prácticas

desde una mirada más integral y centrada en la persona dará cuenta con mayor profundidad de aspectos no contemplados de la consulta. ¿Cómo salir de esta modalidad de relación? ¿Cómo construir vínculos más positivos en términos de poder generar intervenciones acordadas por ambas partes, más eficaces también para el seguimiento del problema?

Uno de los enfoques que abordan esta problemática ha sido desarrollada por De Sousa Campos quien, desde lo que el llama *la clínica ampliada*, propone: “La perspectiva es bien fenomenológica: sale el objeto ontologizado de la medicina –la enfermedad– y entra en su lugar el enfermo. Pero no es un enfermo en general sino que es un Sujeto concreto social y subjetivamente constituido” (De Sousa Campos, 2001). Desde esta perspectiva, las intervenciones no serán solo técnicas sino que tendrán en cuenta las condiciones de vida y el lugar activo que las personas ocupan en ella. Siguiendo a De Sousa: “esta noción está profundamente influenciada por la perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo que parte del reconocimiento del paciente como una persona con derechos” (*Ibidem*) .

Pero ¿cómo desarrollar esta perspectiva desde los espacios de la práctica, en el micromundo de las consultas? ¿Qué destrezas serán necesarias? Emerson Merhy (2005) nos ofrece algunas respuestas: “Considero que el médico, para actuar, utiliza tres tipos de maletines: uno vinculado a sus manos y en el que entran, por ejemplo, tanto el estetoscopio como el ecógrafo, el endoscopio... que expresan una caja de herramientas tecnológicas formada por ‘tecnologías duras’; otro, mental, vinculado a su conocimiento, en el cual caben saberes bien estructurados como la clínica y la epidemiología, que expresan una caja formada por tecnologías blandas y duras; y el tercero, vinculado con el espacio relacional entre el trabajador y el usuario, que contiene tecnologías blandas, como la producción de relaciones entre los sujetos”. Es decir, una clínica ampliada en términos de considerar a la persona en sus múltiples dimensiones y condicionamientos; la dolencia en relación con su vida cotidiana; el plan terapéutico que debe contemplar estos aspectos y una práctica flexible y generadora de modos de ganar en salud y derechos.

El uso de medicamentos

Existen diferentes enfoques en relación con el uso de medicamentos, como aquellos relacionados con el fenómeno de la autoatención y la automedicación (Menéndez, 1990). La adherencia definida como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Haynes y Rand, OMS, 2004) resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartida. Se estima que, en general, de un 20% a un 50% de los pacientes no toma sus medicamentos como están prescritos, aunque esto puede variar según la patología que se trate. Las tasa de hospitalizaciones y mortalidad son mayores en quienes tienen menor adherencia (Infac, 2011).

Este enfoque sobre la adherencia está de acuerdo con el abordaje de los problemas crónicos de salud. En ellos resulta de fundamental importancia tener en cuenta la vida

cotidiana de los pacientes en función del gran número de cambios que deben realizar para lograr el control de la patología. Estos cambios pueden variar en cantidad, grado de exigencia para el cumplimiento e intensidad de su efecto, y esto varía, a su vez, según el problema de salud de que se trate. Entre los cambios que debe realizar está la toma de medicamentos, que en muchos casos se da con varios medicamentos al mismo tiempo.

Existen métodos directos e indirectos para determinar el grado de adherencia. Los métodos directos consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, pero son caros y poco aplicables en atención primaria. Los métodos indirectos son los más utilizados, aunque tienen la desventaja de que son poco objetivos, ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo y, en general, sobreestiman la adherencia al tratamiento.

Tabla 1. Características generales de los métodos indirectos para evaluar la adherencia.^(1,78)

MÉTODOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES	OBSERVACIONES
Entrevista personalizada o autocuestionario	Sencillo y el más útil en la práctica médica diaria	Diferentes resultados según los cuestionarios usados Alterable por el paciente	Test de Batalla Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett
Recuento de la medicación sobrante	Objetivo, cuantificable, fácil de aplicar	Requiere tiempo No detecta pautas incorrectas Alterable por el paciente	Utilizado en ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo y fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Complementa otros métodos
Monitorización electrónica	Objetivo, preciso, cuantificable	Requiere tecnología cara Se asume que apertura de envase = toma de medicación	Utilizado en ensayos clínicos. Adaptados al envase de los medicamentos.
Evaluación del resultado terapéutico	Sencillo y fácil de aplicar	Requiere tiempo Interferencia con otros factores	

Alonso M.A. (2006). “Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora”. En *Boletín Electrónico Salud Madrid*, Vol. 13, N° 8.

Dentro de los métodos indirectos, la entrevista personalizada o autocuestionario es el recomendado por la mayoría de los autores; por ejemplo, el test de Morisky-Green o el de cumplimiento autcomunicado.

Test de Morisky-Green

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de ”cumplimiento autcomunicado“. Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

“La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?”

Si la respuesta es afirmativa, se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo, los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera que hay buena adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de comprimidos mayor al 80% y menor al 110% de los prescritos.

Como vemos, muchos estudios han sido realizados para valorar el grado de adherencia de los pacientes y, en general, estos tienen un enfoque descriptivo y cuantitativo. Se plantean de modo general las causas y las posibles intervenciones para mejorar. Estas últimas tratan de mejorar diferentes aspectos o dimensiones. Se han considerado cinco aspectos o dimensiones a tener en cuenta para mejorar la adherencia: aquellos relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, los relacionados con la enfermedad, los socioeconómicos, los relacionados con el tratamiento y aquellos propios del paciente (OMS, 2004).

En este último punto, dentro de los aspectos propios del paciente, se consideran:

- Los recursos
- El conocimiento
- Las creencias
- La motivación
- Las expectativas
- La confianza

Para dar cuenta más profundamente de este problema, quizás sean necesarios enfoques más holísticos de investigación, con herramientas propias de las ciencias sociales. Una forma de conocer diferente, más comprehensiva en términos de dar voz a los usuarios y conocer sus motivaciones, expectativas y deseos.

La evaluación

Los programas de salud –dentro de las actividades de los sistemas de salud– contemplan la indicación y entrega de algunos medicamentos. Forma parte de la estructura y proceso en el cual, siguiendo la lógica tradicional, los medicamentos contribuirán al cumplimiento de objetivos y metas propuestas por el propio programa. La realización de evaluaciones de programa en relación con la presencia o ausencia de alguna de las actividades o alcance de los resultados propuestos es una actividad habitual. No se contempla tan frecuentemente –en el caso de los medicamentos– qué uso efectivo han tenido ni qué opinión tienen los beneficiarios del programa en cuanto a ellos, su uso o aceptabilidad, etc. En el caso de los problemas crónicos de salud, los programas que los abordan tampoco consideran estos aspectos.

Existen diferentes modelos de evaluación, en los que se da una constante: por un lado, la pretensión de comparar un patrón de deseabilidad (imagen-objetivo hacia la cual está orientada la acción) con la realidad (lo que realmente sucedió como consecuencia de la

actividad que se desplegó) y, por otro lado, la preocupación por alcanzar objetivos planteados, cualesquiera sean, con eficacia. De tal forma, “evaluar es fijar el valor de una cosa; para hacerlo se requiere efectuar un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto a un criterio o patrón determinado” (Franco, 1971) o también y en forma más reciente: “entendemos a la evaluación como la elaboración, la negociación, la aplicación de criterios explícitos de análisis, en un ejercicio metodológico cuidadoso y preciso, con vistas a conocer, medir, determinar y juzgar el contexto, el mérito, el valor o el estado de un determinado objeto, con el fin de estimular y facilitar procesos de aprendizaje y de desarrollo de personas y de organizaciones” (Silva & Brandáo, 2003). Se remarca en esta última definición el carácter de *proceso* de la evaluación, que requiere de la participación de diferentes actores. Si bien es un campo en discusión, se reconoce un gran espectro de tipos de evaluación que van desde aquellos que generan una evaluación según el sentido común hasta la investigación evaluativa (IE), que se corresponde con el juicio que se realiza sobre las prácticas sociales a partir de la formulación de una pregunta, sobre las características de la práctica o sobre un contexto particular usando metodologías científicas. Las prácticas que han sido más frecuentemente objeto de evaluación son aquellas resultantes de la acción social planeada, tales como políticas, programas y servicios de salud. (Hartz, Da Silva, 2009).

Uno de los primeros pasos para iniciar una evaluación es determinar el objeto a ser evaluado. Históricamente, este estaba determinado en su descripción y abordaje por modelos más positivistas con metodologías de corte cuantitativo. Hay una tendencia dominante hacia los datos cuantitativos, propia de los modelos positivistas. En esto se sigue la tradición iniciada por Comte, en la cual se considera a las ciencias experimentales como el conocimiento por excelencia (Da Costa *et al.*, 2006). Pero contemplar las múltiples dimensiones de un objeto del campo de la salud requerirá de abordajes más amplios que incluyan metodologías cuantitativas y cualitativas. La evaluación por triangulación de métodos intenta desarrollar una propuesta en este sentido (Da Costa, 2008). Como define Minayo (2003): “Junto con los datos cuantitativos y con el conocimiento técnico científico de las dolencias cualquier acción de prevención, tratamiento o planeamiento de salud necesita llevar en cuenta valores, actitudes y creencias de una población”. De esta forma, la triangulación es entendida como la combinación de diferentes fuentes de datos, diferentes técnicas de investigación y diferentes concepciones acerca del objeto de estudio. Así, para evaluar la adherencia al tratamiento de las personas con problemas crónicos de salud resultarán de mayor utilidad los enfoques que permitan describir el fenómeno así como intentar ampliar la comprensión sobre él, como los de la investigación evaluativa con metodologías cuantitativas elegida en este trabajo.

Contexto de la propuesta: El centro de salud San Francisco III

Desde el año 2004, en el centro de salud San Francisco III se vienen realizando una serie de cambios organizativos con la finalidad de mejorar el seguimiento de las personas con dolencias crónicas. Estos cambios fueron la respuesta a la realización de un análisis de situación de salud en la población a cargo (zona este de la ciudad de Bariloche con alrededor de 10.000 personas y 12 barrios) que priorizó entre sus

principales problemas a aquellos de índole crónica. Se generaron mecanismos de acceso, circulación interna de los pacientes, entrega de recetas y medicamentos, pautas de seguimiento, acceso a interconsultas y estudios, visitas domiciliarias y en internación y dispositivos grupales de participación. Uno de estos dispositivos más importantes ha sido el grupo UNELEN de personas con diabetes, que funciona hace siete años con un gran número de actividades a nivel de la ciudad y del sistema de salud a través de la realización de jornadas, eventos y viajes. La atención y seguimiento de los pacientes crónicos se desarrolla por un equipo multidisciplinario,; la atención médica se realiza por médicos generalistas. Todos estos cambios fueron construyendo a lo largo del tiempo nuevos vínculos entre equipo de salud, pacientes y sus familias. Nuevas necesidades fueron surgiendo de esta relación, entre ellas aquellas relacionadas con comprender y abordar los problemas de salud en un contexto más amplio, familiar y social. Para poder dar cuenta de esto, es de vital importancia realizar estudios, registrar experiencias y generar un nuevo conocimiento que contemple las miradas de todos los actores involucrados. Con respecto a la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud, estos provienen de varias fuentes: el programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación, el programa Prozome de provisión provincial, la recepción de donaciones de laboratorios y de los propios pacientes y familias del barrio. También el hospital de cabecera cuenta con una farmacia que realiza compras directas o a través de la cooperativa que colabora con un porcentaje del costo total. Las condiciones de entrega siguen el principio de gratuidad vigente en toda la Argentina.

Resumiendo: si bien las prácticas en salud son desarrolladas por trabajadores con diferente recorte profesional y ámbito de acción, trabajando en equipos de salud, temáticas como la del uso de medicamentos incumben a todos los trabajadores a todos los niveles. Sin embargo, repensar los espacios de encuentro, como el de las consultas, para conocer aspectos relacionados con la adhesión al tratamiento, parece un recorte necesario y útil. Centrarse en las creencias y valores en juego, más allá de una descripción del fenómeno, explorando determinantes individuales y contextuales más profundos nos acercará a las vivencias de las personas con problemas crónicos de salud. Para todo esto, la técnica a ser usada requiere de una mirada más amplia que dé cuenta de las múltiples dimensiones del objeto. No podemos dejar de lado la consideración de lo local como un marco general de este tipo de trabajos. Realizar una evaluación o investigación en una población acotada de personas de un servicio de salud seguramente no permitirá la extrapolación de datos a otras poblaciones; no se busca de esta forma un conocimiento universal, sino más bien un incremento de la comprensión local de los fenómenos. De esta forma, las intervenciones seguramente estarán –para ese servicio– orientadas a las necesidades de sus usuarios. No se extrapolarán los resultados pero sí se rediscutirán las prácticas, se reconsiderará el sentido del trabajo y se aumentará el conocimiento sobre el mundo complejo de los problemas crónicos de salud. Por todo esto, resulta pertinente preguntarse sobre el grado de adherencia a los medicamentos por parte de las personas con problemas crónicos de salud bajo programa y explorar sus determinantes

Objetivos

Objetivo general

Evaluar las características del uso y adherencia a medicamentos en pacientes crónicos de un centro de salud urbano.

Objetivos específicos

- 1) Determinar el grado de adherencia.
- 2) Conocer el grado de acceso a los medicamentos.
- 3) Explorar valores, creencias y actitudes de los pacientes en relación con los medicamentos.
- 4) Explorar las condiciones necesarias para incorporar en la consulta medica el abordaje sobre el uso y adherencia a medicamentos.

Metodología

Naturaleza de trabajo

Para el desarrollo de los objetivos propuestos en esta investigación se utilizó un abordaje cuantitativo y cualitativo basado en algunos principios que definen el enfoque de triangulación de métodos, el cual combina estas metodologías para poder contemplar los múltiples aspectos del objeto en estudio. La triangulación de métodos es una propuesta que tiene sus antecedentes en aquellos de la evaluación cualitativa, surgida en los años 80 en respuesta a los enfoques más positivistas y cuantitativos y que tiene como ejes la multiplicidad de miradas sobre el objeto en estudio, la participación de una variedad de actores y el empleo de una variedad de técnicas de recolección de datos (Minayo, 2008). El trabajo de campo fue realizado en el espacio de la consulta médica y en el de los grupos de personas con dolencias crónicas. El objetivo central de este trabajo fue explorar las características de la adherencia y algunos de sus determinantes, sin pretender abarcarlos en su totalidad. Al ser propuesta como investigación evaluativa, se resalta su carácter local, en tanto trata de establecer una evaluación y por ende un juicio sobre el uso de fármacos y, al mismo tiempo, generar conocimiento al respecto en una población acotada. En este punto es donde el objeto adquiere lo que se denomina el destaque del objeto, es decir su ubicación concreta en un contexto socio-histórico determinado. Esta condición es la que hace necesario conocer en forma general la historia del centro de salud en relación con los problemas crónicos de salud.

Los sujetos

Los sujetos de esta investigación han sido aquellas personas portadoras de algún problema crónico de salud que se atendieran regularmente en el centro de salud San Francisco III de la ciudad de Bariloche. Si bien se los categoriza según enfermedades, se consideró la condición de cronicidad como el determinante de su inclusión. La elección fue oportunista y por conveniencia, en el sentido de que su participación estuvo condicionada por su consulta en turnos programados durante un período de tiempo de alrededor de un año (entre 2012 y 2013). Esta dinámica permitió contar con un número suficiente de participantes adecuado a los objetivos y con una diversidad de edades, sexo, antigüedad de atención en el centro, condiciones de salud, y otras variables de importancia. Para esto se tiene en cuenta lo que Minayo (1992) define como muestra ideal a aquella que posibilita la aprehensión de la totalidad del problema a ser investigado; por lo tanto, el diseño se relaciona más con la necesidad de tener en cuenta las diferentes dimensiones del objeto de estudio que con la dimensión numérica. Los participantes de grupos de pacientes fueron incluidos en tanto participantes de las reuniones periódicas que el grupo UNELEN realiza en el centro de salud.

Las técnicas

Las técnicas utilizadas han sido la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas con la inclusión del test de valoración de adherencia de Morisky-Green, considerado el más sencillo de realizar y que permite indagar en las causas de la no adherencia a los fines de cuantificar el fenómeno (Infac, 2011), y el material registrado en espacios grupales que funcionan habitualmente en el centro de salud (grupo

UNELLEN de personas con diabetes que funciona hace aproximadamente seis años). Las entrevistas se realizaron dentro del espacio de la consulta clínica del propio investigador, en tanto este es uno de los responsables de la atención médica. Esta decisión estuvo fundamentada en el hecho de incluir en el espacio habitual de la práctica clínica, con sus limitaciones de tiempo y organización, una acción clínica no habitual. El sesgo de participación del investigador en tanto médico responsable condicionó las variables a ser elegidas en esta propuesta: no fueron incluidos aquellas que tuvieran relación con la práctica médica, tales como indicación, explicación, acuerdo de tratamiento, etc. Por otro lado se contó con la ventaja del conocimiento y el vínculo establecido entre los pacientes y el profesional, lo que facilitó la comunicación y la confianza. En total se realizaron 56 entrevistas, lo que representa alrededor del 25% del total de personas con dolencias crónicas en seguimiento. En relación con el cuestionario, la participación fue voluntaria y cada persona fue informada del estudio y de las condiciones de anonimato, y se le solicitó su consentimiento en forma verbal. El registro se realizó en una hoja confeccionada al efecto, que constaba de cuatro partes: la primera contenía información sobre el entrevistado: edad, sexo, tipo y número de dolencias y número de fármacos usados; a segunda, el acceso a la medicación; la tercera, un test de detección de falta de adherencia y, finalmente, una serie de preguntas abiertas en relación con los hallazgos anteriores, es decir que a aquellas personas que manifestaron alguna dificultad para la toma de los medicamentos se les preguntaba sobre los motivos y se registraba la respuesta en forma breve sobre el motivo adjudicado (ver Anexo A). Este cuestionario planteaba las preguntas en relación con un período de tiempo de seis meses previos a la consulta. Con respecto al material registrado dentro de las actividades de grupos de pacientes, se utilizaron aquellos registrados en forma informal y ocasional en talleres que trataban la problemática del uso de fármacos, así como también en los espacios de debate grupal, dadas las características de constituirse como grupo de autoayuda. Este material, más que evidencia directa del fenómeno, fue utilizado como referencia para poder dar un marco al análisis de los resultados.

Organización de los datos

El plan de organización de los datos se basó en las cuatro partes en que estaba organizada la entrevista, a saber:

- 1) Datos personales
- 2) Disponibilidad y acceso a los medicamentos
- 3) Grado de adherencia
- 4) Opiniones, creencias, expectativas, etc.

Luego de obtenido este material, se realizó un análisis cuantitativo simple de frecuencia sobre los tres primeros puntos, sin estimarse asociación, y un análisis cualitativo del punto 4 basado en técnicas de análisis de contenido.

Análisis

El análisis propuesto consistió –para los datos cualitativos– en realizar una categorización de las respuestas obtenidas en relación con la valoración de la adherencia. Esta categorización inicial siguió los principios de construcción de categorías de Selltiz: “El primero se refiere al hecho de que el conjunto de categorías debe ser establecido a partir de un único principio de clasificación; el segundo principio se refiere a la idea de que un conjunto de categorías debe ser exhaustiva, o sea, debe permitir la inclusión de cualquier respuesta en una de las categorías del conjunto. Por último, el tercero se relaciona con el hecho de que las categorías deben ser mutuamente excluyentes, o sea, una respuesta no puede ser incluida en más de dos categorías” (Minayo 2003). En la siguiente fase de la investigación, se realizó la interpretación o reinterpretación de las categorías obtenidas, donde se trató de establecer un diálogo entre las etapas precedentes de clasificación y organización a través de los datos las categorías construidas y los marcos de referencia teóricos: “En este momento buscamos establecer articulaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación, respondiendo a cuestiones de la investigación, así promovemos relaciones entre lo concreto y lo abstracto lo general y lo particular, la teoría y la práctica” (*ididem*).

Según el primer principio enunciado, que se refiere al establecimiento de categorías a partir de un principio único de clasificación, vamos a asumir como tal al concepto de representaciones sociales, teniendo en cuenta que este concepto se considera central en la práctica de la investigación cualitativa, tanto para la realización de entrevistas como la observación de campo. *Representaciones sociales* es una expresión filosófica que significa la reproducción de una percepción anterior de la realidad o del contenido del pensamiento. En las ciencias sociales son definidas como categorías de pensamiento, de acción y de sentimiento que expresan la realidad, explicándola, justificándola o cuestionándola. Se manifiestan en hablas, actitudes y conductas que se institucionalizan y se transforman en rutinarias, por lo tanto, pueden y deben ser analizadas. La mediación privilegiada para la comprensión de las representaciones sociales es el sentido común.

El sentido común traduce un pensamiento fragmentario y se limita a ciertos aspectos de la experiencia personal, es fruto de las vivencias, de las contradicciones que permean el día a día de las clases sociales, posee núcleos positivos de transformación y resistencia en la forma de concebir la realidad (Minayo, 2009).

En cuanto a las representaciones sociales sobre la salud y enfermedad y la muerte, las evidencias demuestran que estos hechos no se reducen a una evidencia orgánica, natural y objetiva, sino que su vivencia por parte de las personas y por los grupos sociales está íntimamente relacionada con la sociedad donde viven; la enfermedad, mas allá de su configuración biológica, es también una realidad construida y el enfermo es un personaje social. Es por todo esto que las respuestas obtenidas en las entrevistas son tomadas como expresiones de las representaciones sociales de un grupo y un lugar determinado, y específicamente sobre la salud y la enfermedad manifestadas a través de las respuestas sobre el uso de los medicamentos.

Resultados y Análisis

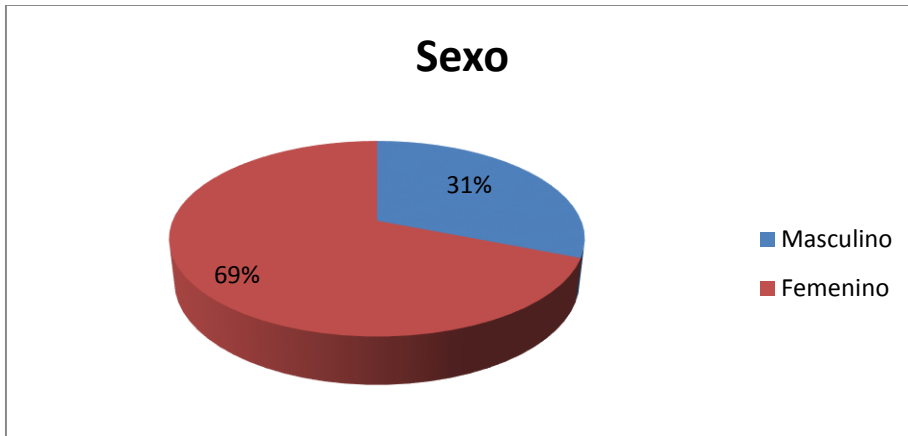
1) Datos personales

Total de encuestas: 56

- Distribución por sexo:

Femenino 69% (39)

Masculino: 31% (17).



- Distribución por edad:

30-40 años: 4

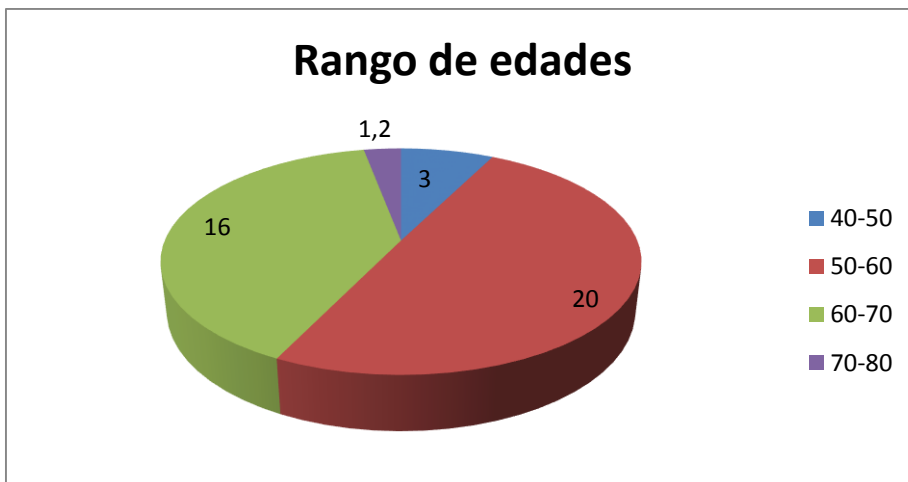
40-50 años: 3

50-60 años: 20

60-70 años: 16

70-80 años: 12

} >60 años: 28 (55%)



- Distribución por patología:

HTA: 35

Epilepsia: 6

AR: 4

DBT: 28

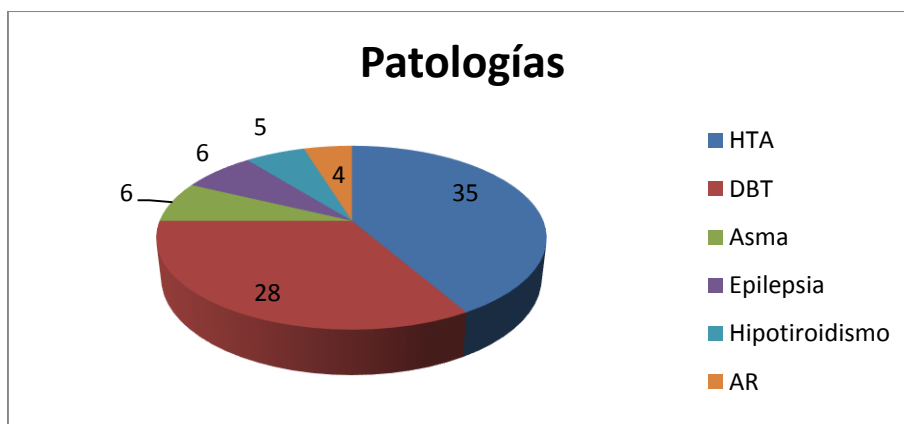
Asma: 6

Hipotiroidismo: 5

Gastritis: 3

Hipercolesterolemia: 20

Gota: 3



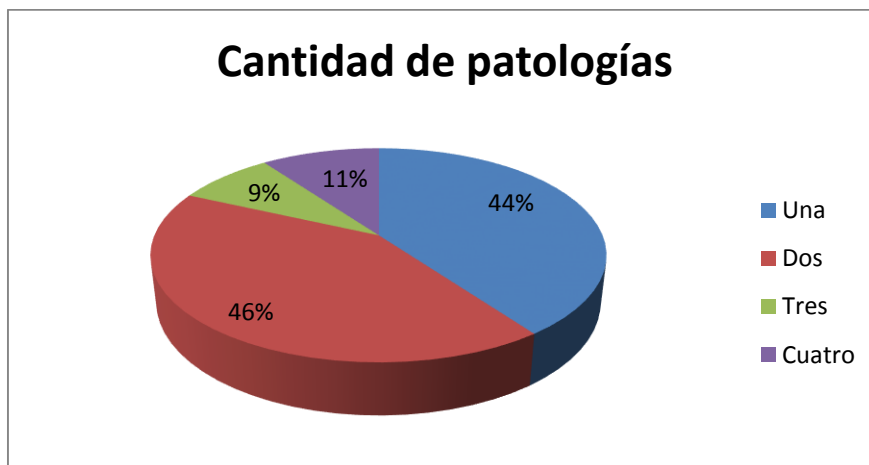
- Distribución por cantidad de patologías:

Una sola patología: 44%

Dos patologías: 46%

Tres patologías: 9%

Cuatro patologías: 1%

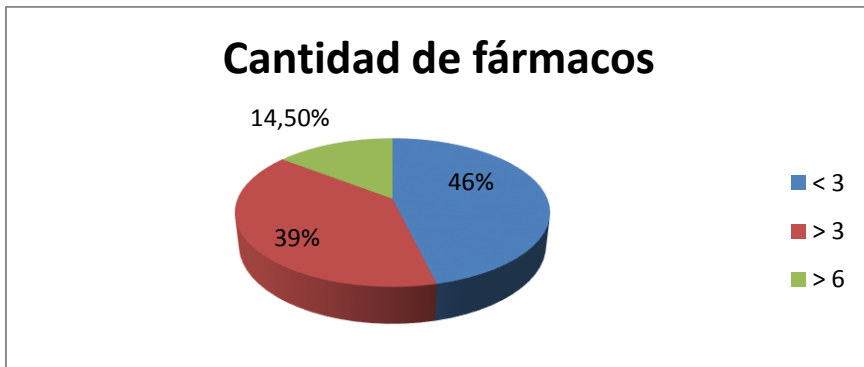


- Cantidad de fármacos:

< 3: 46% (26)

> 3: 39% (22)

> 6: 14,5% (8)



2) Disponibilidad y acceso a los medicamentos

- Falta de medicación:

Sí: 62% (35)

No: 38% (21)



- ¿Por qué?

a) No pudo obtener la receta: 3

b) No había en el centro de salud: 9

c) No había en el hospital: 8

d) No pudo ir a buscarlos: 5

e) No pudo comprarlos: 10

} 30% (17)

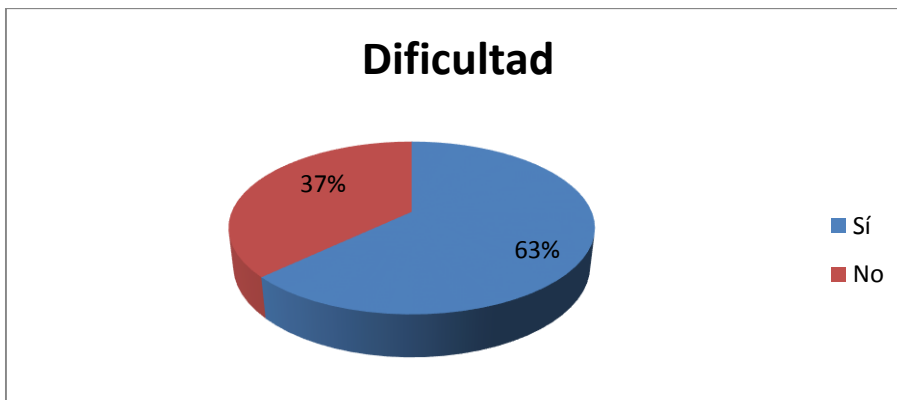


3) Grado de Adherencia

- Tiene dificultad

Sí: 35 (63%)

No: 21 (37%)



- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

Sí: 24 (43%)

- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

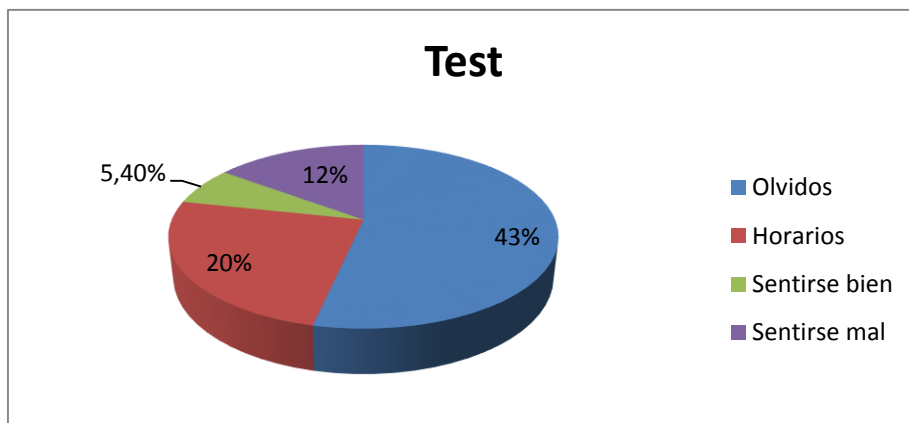
No: 11 (20%)

- ¿Cuando se encuentra bien, deja alguna vez de tomarlos?

Sí: 3 (5,4%)

- ¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación?

Sí: 7 (12%)



Opiniones, creencias, expectativas

Las repuestas obtenidas en relación con los motivos de la falta de adherencia fueron los siguientes:

- 1) Abandonó la medicación porque la insulina es muy fuerte.
- 2) Dejó de tomar la HDC porque orina mucho.
- 3) Abandonó la medicación por estar cansada de la enfermedad.
- 4) Se pasa de día sin tomar.
- 5) Depresión por la muerte de su hermana por tener diabetes –la misma enfermedad que ella–.
- 6) No usaba budesonide porque pensaba que no le hacía efecto como el B2 .
- 7) Deja de tomar porque no siente ninguna molestia.
- 8) No toma por cansancio de tener que tomar siempre algún medicamento.
- 9) Cuando viaja se olvida.
- 10) Se olvida porque está de duelo.
- 11) Si se siente bien por la dieta puede dejar de tomar.
- 12) No toma por tres días porque quiere que le duren (no consigue toda la mediación) aunque quiere dejarlos de tomar alguna vez.
- 13) Le cae mal cuando pasa de cápsula a pastilla (se pone nervioso).
- 14) Se olvida cuando viaja (viaja seguido).
- 15) Cuando viaja no toma.
- 16) No los tomó por largo tiempo; retiraba y no los tomaba, ya que esta enfermedad no se cura, la medicación solo controla el azúcar.
- 17) Le desconfía a los remedios por si tienen droga, por si son adictivos. La metformina le trae debilidad, hace oración para que le haga efecto.

- 18) Sale por la mañana apurado al trabajo. Cuando la toma es porque su esposa está acostumbrada a tomar y le ayuda.
- 19) Se olvida porque cuida a su hermano (discapacitado) y esto le distrae. Siempre reza al tomarlos. Le tiene fe a su medicación.
- 20) Se olvida porque se pone a pensar en muchas cosas.
- 21) Se siente mal y deja la metformina aunque mejoró cuando cambió de marca. Le tiene fe porque le ayudan.
- 22) Por la mañana lleva el tratamiento a la caminata pero se olvida de tomarlos.
- 23) No tomaba el enalapril porque pensaba que influenciaba su sexualidad. Compra la medicación en Chile; por eso, no venía a buscar, para dejarle a otro su lugar.
- 24) No quiere meterle mucha química al cuerpo y si bien ha dejado de tomar por este motivo, cuando lo hace no se olvida porque tiene un método para hacerlo. Hay que tener un método, afirma.
- 25) No toma la levotiroxina porque le genera alergia. El budesonide lo usa para la crisis asmática, pero no le hace efecto.
- 26) Se olvida de tomar el enalapril, porque tiene temor de que le haga mal. Recuerda cuando le dieron una medicación sublingual y tuvo dolor de cabeza y mareos, se sintió muy mal.
- 27) Se olvida de tomar la metformina porque no tiene compromisos. Compromisos es, por ejemplo, tener que prepararle la comida a su familia (por ende, tener horarios) y tomarlos ahí. Para ella sola no lo hace.

Categorización primaria

Como parte del análisis, se realizó una categorización primaria de los resultados a los fines de abarcar elementos o aspectos con características comunes o que se relacionaban entre sí en conceptos que pudieran abarcarlos.

Categorías:

a) La experiencia con los medicamentos:

- Por efectos (entrevistas 1, 2, 6, 17, 23, 25, 26)
 - Abandonó la medicación porque la insulina es muy fuerte.
 - Dejó de tomar la HDC porque orina mucho.
 - No usaba budesonide porque pensaba que no le hacía efecto como el B2.
 - Le desconfía a los remedios por si tienen droga, por si es adictiva. La metformina le trae debilidad, hace oración para que le haga efecto.
 - No tomaba el enalapril porque pensaba que influenciaba su sexualidad. Compra la medicación en Chile; por eso, no venía a buscar, para dejarle a otro su lugar.

-No toma la levotiroxina porque le genera alergia. El budesonide lo usa para la crisis asmática, pero no le hace efecto.

-Se olvida de tomar el enalapril, porque tiene temor de que le haga mal. Recuerda cuando le dieron una medicación sublingual y tuvo dolor de cabeza y mareos, se sintió muy mal.

- Tipo de fármaco (entrevistas 13, 21)

-Le cae mal cuando pasa de cápsula a pastilla (se pone nervioso).

-Se siente mal y deja la metformina aunque mejoró cuando cambió de marca. Le tiene fe porque le ayudan.

- Uso (entrevistas 4, 12, 24, 27)

-Se pasa de día sin tomar

-No toma por 3 días porque quiere que le duren (no consigue toda la mediación), aunque quiere dejarlos de tomar alguna vez.

-Se olvida de tomar la metformina porque no tiene compromisos. Compromisos es, por ejemplo, tener que prepararle la comida a su familia (por ende tener horarios) y tomarlos ahí. Para ella sola no lo hace.

-No quiere meterle mucha química al cuerpo y si bien ha dejado de tomar por este motivo, cuando lo hace no se olvida porque tiene un método para hacerlo. Hay que tener un método, afirma.

Las respuestas se inscriben en tres aspectos: los efectos, el uso y el tipo de fármaco. Las personas responden en función de percepciones basadas en constataciones de cambios en su cuerpo, en forma directa en algunos casos (“orinaba mucho”, “le genera alergia”); basadas en temores imaginarios o reales (“pensaba que influenciaba su sexualidad”); por temor en función de experiencias previas (“recuerda cuando le dieron una medicación sublingual y tuvo dolor de cabeza y mareos, se sintió muy mal”). Hay una necesidad de mantener el control de las funciones corporales teniendo en cuenta los límites ya perdidos por la propia enfermedad. Este esfuerzo puede llevar a la necesidad de desarrollar una praxis para realizarlo; un método de ayuda para lograr la toma del medicamento evitando los olvidos tan frecuentes (“no se olvida porque tiene un método para hacerlo. Hay que tener un método, afirma”).

b) La condición de enfermo crónico (entrevistas 3, 8, 16):

-Abandonó la medicación por estar cansada de la enfermedad.

-No toma por cansancio de tener que tomar siempre algún medicamento.

-No los tomó por largo tiempo; retiraba y no los tomaba, ya que esta enfermedad no se cura, la medicación solo controla el azúcar.

Por contraposición a las enfermedades agudas, que manifiestan un paréntesis en la vida personal y social de una persona, la condición crónica de salud implica hablar de meses y años; su duración acompaña la vida de quien la padece hasta su muerte. El objetivo curación es sustituido por la gestión de la cronicidad, del cómo vivir con la enfermedad.

Hay un borramiento de límites, la enfermedad invade la vida cotidiana del enfermo y de todo su entorno, tiñe todas las esferas de la vida social. Una de las situaciones más frecuentes es incorporar el uso de medicamentos en forma permanente. Las expectativas tienen un límite que se manifiesta en el “cansancio” de estar enfermo, de saber que no se va a curar.

c) Circunstancia de vida (entrevistas 5, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 27):

-Depresión por la muerte de su hermana por tener diabetes –la misma enfermedad que ella–.

-Cuando viaja se olvida.

-Se olvida porque está de duelo.

-No toma por tres días porque quiere que le duren (no consigue toda la mediación) aunque quiere dejarlos de tomar alguna vez

-Se olvida cuando viaja (viaja seguido)

-Cuando viaja no toma

-Sale por la mañana apurado al trabajo. Cuando la toma es porque su esposa esta acostumbrada a tomar y le ayuda.

-Se olvida porque cuida a su hermano (discapacitado) y esto le distrae. Siempre reza al tomarlos. Le tiene fe a su medicación.

-Se olvida porque se pone a pensar en muchas cosas.

-Por la mañana lleva el tratamiento a la caminata pero se olvida de tomarlos.

-Se olvida de tomar la metformina porque no tiene compromisos. Compromisos es, por ejemplo, tener que prepararle la comida a su familia (por ende, tener horarios) y tomarlos ahí. Para ella sola no lo hace.

El inicio de una enfermedad crónica determina lo que se llama disrupción biográfica o corte biográfico. Es necesaria la reconstrucción de la subjetividad, el trabajo biográfico que constantemente deben hacer las personas. Sus efectos pueden observarse en tres componentes de la vida cotidiana: el tiempo biográfico, la representación del cuerpo y la concepción del yo. La organización de la cotidianeidad del paciente y las estrategias para afrontar la nueva situación vital implican no focalizarse en la enfermedad ni en el contexto sino en la gestión de la enfermedad en todos los ámbitos de la vida: familiar, laboral, de tiempo libre (Mendez Diz, 2012). Como si la prioridad estuviera puesta lejos de la enfermedad: “cuando viajo no tomo medicamentos” (aunque sabemos que el viaje es una de las circunstancias que más genera temores, cuidados diferentes, planificación, búsqueda de medicamentos suficientes, etc.), o “se olvida porque está de duelo”. Este enfoque legitima el notable trabajo que deben realizar las personas que padecen una cronicidad en pos de reorganizar su cotidianeidad, adaptar la enfermedad a su vida y a la inversa.

d) Medicamentos y enfermedad (entrevistas 7, 11, 16):

-Deja de tomar porque no siente ninguna molestia.

-Si se siente bien por la dieta, puede dejar de tomar.

-No los tomó por largo tiempo; retiraba y no los tomaba, ya que esta enfermedad no se cura, la medicación solo controla el azúcar.

Desde el punto de vista de las representaciones sociales, la salud se manifiesta como bien individual en el “silencio del cuerpo” o en la sensación de bienestar; es el propio cuerpo el que indica que se está bien y sano. Esto determina las conductas que pueden decidirse.

Por largos períodos de tiempo el individuo convive con la enfermedad haciendo posible que el individuo pueda reinterpretar la significación de sus síntomas y de su tratamiento dándole diferente valor (Fitzpatrick, 1990).

d) Fe y creencias (entrevistas 17, 19, 24):

-Le desconfía a los remedios por si tienen droga, por si son adictivos. La metformina le trae debilidad, hace oración para que haga le efecto.

-Se olvida porque cuida a su hermano (discapacitado) y esto le distrae. Siempre reza al tomarlos. Le tiene fe a su medicación.

Existen enfoques que sugieren que los conceptos de enfermedad también operan como símbolos condensados que se relacionan con una variedad de experiencias propias de una cultura. Los conceptos comunes de enfermedad no solo nombran entidades en el cuerpo, también son imágenes poderosas asociadas con otros reinos de la vida (Fitzpatrick, 1990). “Le tengo fe”, “siempre rezo al tomarlos” nos muestran que la eficacia de un medicamento no está totalmente determinada desde el punto de vista cultural hasta que este es usado.

Interpretación

En el proceso de categorización y análisis de contenido, se observan diferentes regularidades como unidades de registro que permiten explorar con mayor profundidad los hallazgos. Así es como, por un lado, la autonomía para decidir sobre el uso de los fármacos según experiencias previas, conocimientos propios, expectativas y deseos y, por el otro, los olvidos, dan un contraste entre las decisiones y las acciones involuntarias. Esta categorización secundaria permite que las categorías primarias encontradas (la experiencia con los medicamentos, condición de cronicidad, circunstancia de vida y fe y creencias) sean englobadas y dialoguen con marcos teóricos más amplios, como aquellos de la antropología y la sociología.

La autonomía

No tomar los medicamentos por efectos no esperados, por dudar de su eficacia o estar viviendo alguna circunstancia de la vida en que un tratamiento queda relegado a un segundo plano ponen de manifiesto la participación activa de las personas en las decisiones sobre sus padecimientos y la complejidad de convivir con una dolencia crónica de salud. Esto contrasta con la visión negativa o pesimista que en general tienen los médicos sobre este tema, quienes colocan en un lugar negativo, por ignorancia o por las tradiciones culturales, los distintos usos que de la medicina oficial realizan las personas. Sin embargo, estos fenómenos pueden englobarse dentro de los amplios

procesos de la autoatención. Este es un proceso estructural que supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstica o familiar. Dichas actividades, en lo que respecta al proceso salud-enfermedad, integra la alimentación (incluye amamantamiento), la limpieza e higiene (cuerpo, higiene y vivienda, etc.), la curación y prevención de enfermedades, daños, problemas. La automedicación (o el uso de fármacos) refiere en consecuencia a un proceso de autoatención que supone el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento, y su administración, que puede referir a sustancias, acciones físicas, procedimientos mentales, etc., incluidos los medicamentos generados a partir de la investigación científica (Menéndez, 1990). Es por esto que, desde este lugar activo, las personas resignifican los problemas crónicos de salud (y sus tratamientos y cuidados) en tanto estos significan duración y gestión de tiempos biológicos y sociales.

Los olvidos

El olvido es una palabra que aparece con frecuencia en las respuestas; podríamos tomarla como unidad de registro. Está en relación con la memoria, como una de las facultades humanas superiores: “la diferencia mayor entre la memoria del animal y la del hombre reside en que el primero no tiene conciencia de su memoria... en el hombre, en cambio, sucede justamente lo contrario; este, además de una conciencia primaria, dispone de una conciencia de orden superior, capaz de intencionalidad y lenguaje, gracias a la cual puede conceptualizar y comunicar su experiencia. Esta ventaja del hombre sobre el animal le permite tener conciencia de su memoria en tanto tal, actúa para mejorarla e incluso emanciparse de ella” (Candau, 2006). ¿Por qué, entonces, se plantea una aparente contradicción entre la realización de un tratamiento necesario para el cuidado de sí y los olvidos de este tratamiento? Algunas respuestas podemos encontrarlas en el psicoanálisis: “En general, cuando el Yo se siente amenazado por el recuerdo de ciertos acontecimientos traumáticos, penosos o peligrosos, instaura mecanismos de defensa que consisten en reprimir la memoria. El olvido puede ir desde un filtrado de la memoria (reminiscencia selectiva o adaptativa) hasta la inhibición o censura totales. En todos los casos, ‘recuerdos pantallas’ se interponen entre el sujeto y una realidad que le resulta intolerable, penosa o simplemente preocupante” (Candau, 2006). La dimensión de no intencionalidad de los olvidos o sus justificaciones no impide pensarlos como formas de resistencia; en el sentido de Michel de Certeau (1996), en el que las prácticas cotidianas pueden ser tácticas de microrresistencia, gracias al sutil gesto de hacer funcionar el orden dominante bajo otro registro. Resistencia ante el poder médico, ante la condición de limitación de un problema crónico o simplemente ante una realidad que le resulta adversa.

Comentarios sobre las entrevistas realizadas

Respecto de las entrevistas, estas pudieron realizarse sin dificultades. Formaron parte de la práctica de la consulta y quedaron englobadas dentro de la construcción del plan terapéutico singular en cada caso concreto. Permitted conocer aspectos no llevados al plano de la consulta hasta ese momento. No se observó reticencia al responder, aunque ayudó la estrategia usada, que consistió en exponer la falta de adherencia como un fenómeno frecuente que no debe ser penalizado como un incumplimiento. Dada la

relación entre tratamiento y efectos buscados, la entrevista permitió replantear el rol médico ya que las conversaciones incluyeron momentos de la vida cotidiana que necesitaron ser expuestos, interpretados por ambas partes para alcanzar algún punto en común que permitiera realizar un acuerdo. Dada la experiencia previa del investigador acerca de realizar registros sobre situaciones relevantes en el ámbito de la consulta, el momento de la escritura fue fluido y se realizó cuando la entrevista terminaba y ya el paciente se había despedido; esto permitió que hubiera buena comunicación visual, gestual y verbal. El tiempo utilizado no fue significativamente superior a una consulta habitual.

Discusión y Conclusiones

De los resultados obtenidos resaltan algunos aspectos que tienen coincidencia con aquellos de otros estudios. Se observa un predominio de consultas del sexo femenino (69% de las consultas), lo que está en correspondencia con el mayor número de consultas por todas las causas hechas por mujeres por sobre las de los hombres. La distribución por edades da un 55% de personas mayores de 60 años, dato que reviste una significación particular, ya que ciertas capacidades cognitivas y posibilidades reales y simbólicas de llevar adelante tratamientos crónicos se ve comprometida, y los problemas de adherencia son más frecuentes. La mayor carga de enfermedad está representada por la hipertensión arterial y la diabetes, en forma aislada o combinadas; también la hipercolesterolemia como factor de riesgo es frecuente. La presencia de una o dos enfermedades en la misma persona representa el 90% de las entrevistas. El 85% de las personas consume entre tres y seis fármacos, dato asociado también a una baja adherencia en numerosos estudios.

En cuanto al acceso, el 62% manifestó algún faltante de medicamentos en los últimos seis meses, dato sumamente elevado (aunque no fue relevada la duración de la no disponibilidad en cada caso). Como causas más frecuentes, aparece la falta de disponibilidad de los medicamentos tanto en el centro de salud como en el hospital (30% del total), dato que puede ser mayor si consideramos aquellas personas que manifiestan no poder comprarlos, dando por hecho que no los consiguen en el nivel local. Algunos también refirieron dificultad para concurrir a buscar la medicación.

En cuanto al grado de adherencia, el 63% manifestó algún problema al respecto; fundamentalmente relacionado con olvidos (43%) y horarios (20%). Esto está en consonancia con estudios que arrojan cifras similares para medicamentos en general o por enfermedad (OMS 2004, Infac 2011).

Respecto del análisis cualitativo de las entrevistas, se consideró a las representaciones sociales como la categoría central para el análisis, englobándose las respuestas entre una serie de categorías que podrían contener los resultados obtenidos. Las experiencias previas, las circunstancias de vida, la condición de cronicidad y las creencias permitieron avanzar en la comprensión del fenómeno de la no adherencia. Como categorías emergentes de un mayor nivel de profundidad, la autonomía y los olvidos nos permiten conceptualizar las respuestas con un marco teórico mayor, aquel relacionado con las relaciones de poder entre prestadores sanitarios y pacientes y la experiencia de tener un padecimiento crónico.

Se puede afirmar que los objetivos de evaluar el grado de adherencia y uso de medicamentos fueron alcanzados. Se logró la síntesis entre una propuesta de evaluación de actividades (como el uso de medicamentos) de carácter local, con metodología científica (investigación evaluativa), combinando enfoques cuantitativos y cualitativos que nos permitieron definir el fenómeno de la adherencia según su frecuencia, y también con un enfoque más comprensivo, y su realización en el seno de la consulta habitual del centro de salud. Hubo necesidad de abordar esta propuesta desde la mirada de la clínica ampliada, la evaluación como práctica de la gestión y las ciencias sociales.

Si bien la metodología propuesta permitió dar cuenta del objeto de estudio, esta propuesta de investigación tuvo sus limitaciones: en el abordaje cualitativo, el planteamiento de las entrevistas dentro del espacio de la consulta médica con sus tiempos y grado de organización habitual impidió una mayor profundización (si bien uno de los objetivos planteados pretendía explorar la posible incorporación en la práctica médica del centro de salud de la valoración de la adherencia). Técnicas diferentes como la entrevista en profundidad y el grupo focal podrán aportar mayores indicios.

Los resultados tienen un valor local para el equipo de salud y para los usuarios con problemas crónicos; no pueden ser extrapolados. Su riqueza está en su relación con la gestión y prácticas de trabajo.

Las condiciones de la consulta en dicho centro –donde se han hecho cambios a lo largo del tiempo para favorecer el vínculo entre equipo y pacientes– facilitó la realización de la entrevista. Realizarlas no influyó en el tiempo de consulta, permitiendo al mismo tiempo ganar en profundidad. Nuevas competencias necesarias para poder abordar temáticas sobre la vida cotidiana fueron apareciendo en las respuestas. Los equipos y los profesionales médicos deberán ampliar su “caja de herramientas”, en el sentido dado por Merhy, a las tecnologías relacionales, como tecnologías blandas. Aquellas que necesitan de la interacción y ocurren “en acto”. La construcción de proyectos terapéuticos singulares requiere de la posibilidad de abordar a la persona concreta en su contexto y con su condición de salud.

Bibliografía

- Agirrezabala, J. R. et al. (2011). “Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas”. En *Infac*. Vol. 19, número 1. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf>
- Alonso, M.A. et al. (2006). “Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora”. En *Salud Madrid*. Vol. 13, número 8. Disponible en: <<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>>
- Campos G. W. S. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
- Candau, J. (2006). *Antropología de la memoria*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano. Artes de hacer*. México D.F.: Universidad Iberoamericana.
- Cohen E, R. Franco. (2000). *Evaluación de Proyectos Sociales*. México D.F.: Editorial Siglo XXI.
- Da Costa, G., Mitre Cotta R. M., Castro Franceschini, S., Batista, R., Gomes, A. P., Martins, P. C., Marques Ferreira, M. (2008). “Evaluación en Salud: Reflexiones inscriptas en el paradigma sanitario contemporáneo”. En *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 18 (4): 705-726.
- Dominguez Mon, A., Mendez Diz, A. M., Schwarz, P., Rosas, M., Estrella, P., Camejo, M., Caruso, P. (2012). “Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles”. En *Documentos de Trabajo N° 60*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Fitzpatrick, R. et al. (1990). *La enfermedad como experiencia*. Capítulo II. México: Fondo de Cultura Económica.
- García Pérez, A. M. et al. (2000). “Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria”. En *Medicina de Familia*. Vol. 1, número 1. Granada: SAMFYC.
- Hartz, Z. y Da Silva, L. (2009). *Evaluación en Salud. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ingaramo, R. A. et al. (2005). “Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT)”. En *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*. Número 34.
- Menéndez, E. (1990). “Autoatención y automedicación un sistema de transacciones permanentes”. En *Antropología médica. Orientaciones desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. (2005). “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”. En *Salud Colectiva*. 1 (1).

- Merhy, E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minayo, M. C. S. (1997). *El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minayo, M. C. S. (2003). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minayo, M. C. S. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minayo, M. C. S., Goncalves de Assis, S., Souza, E. (2005). *Evaluación por Triangulación de Métodos. Abordaje de Programas sociales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minayo, M. C. S., Goncalves de Assis, M. y Ramos de Souza, E.(2003). *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Nogués Solán, X., Sorkli Redo, M. L., Villar García, J. (2007) *Instrumentos de medida al tratamiento de adherencia*. Unidad de Resarca en Fisiopatología Ossia i Articular (URFOA), servicio de medicina interna Hospital del mar. Barcelona.
- Sabaté, E. (ed.). (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud.
- PRO-ADESS. Proyecto de desarrollo de metodologías para la evaluación del desempeño del sistema de salud brasileiro. 2003. (Citado el 10 de julio 2012). Disponible en: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>>

ANEXO A

Instrumento de recolección de datos:

Sexo: M/F Edad: Patología: HTA-DBT-Asma-Epilepsia-Otras

¿Cuántos medicamentos toma usted?: <3 >3 >6

¿A Ud le han faltado los medicamentos alguna vez?

Si

No

¿Cuáles _____ con _____ más

frecuencia?:.....

¿Por qué?:

- a) No pudo obtener la receta
- b) No había en el centro de salud
- c) No había en el hospital
- d) No pudo ir a buscarlos
- e) No pudo comprarlos

La mayoría de la gente tiene dificultad para tomar los medicamentos ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si

No

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|----|----|
| 1) ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? | Si | No |
| 2) ¿Toma los medicamentos a la horas indicadas? | Si | No |
| 3) ¿Cuando se encuentra bien, deja alguna vez de tomarlos? | Si | No |
| 4) ¿Si alguna vez se sienta mal, deja de tomar la medicación? | Si | No |

¿Si tuvo dificultad para tomarlos, porque cree que esto sucedió?