

PATOLOGÍAS CRÓNICAS, DEPRESIÓN Y ADHERENCIA A TRATAMIENTOS Y CONTROLES DE SALUD

Ivanka Ivanovic^{a*}

^aEstudiante de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 16 de abril, 2020. Aceptado en versión corregida el 17 de julio, 2020.

RESUMEN

Introducción: Existe una relación cercana entre el padecimiento de patologías crónicas, el desarrollo de depresión y una respuesta de baja adherencia terapéutica de los pacientes con estas enfermedades, lo que representa un desafío aún mayor para los profesionales que los atienden. **Objetivo:** Conocer las experiencias y creencias de un paciente respecto a sus múltiples enfermedades crónicas, depresión y baja adherencia a tratamientos y controles de salud, para así intervenir al paciente y a su familia con el equipo multidisciplinario de la Posta de Salud Rural a la que pertenecen. **Metodología:** Estudio de caso cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas dirigidas al paciente (caso índice) y su familia, orientadas a desarrollar los objetivos del estudio. Previamente se firmó un consentimiento informado. **Resultado:** El paciente entrevistado presentaba un historial de múltiples patologías crónicas, complicaciones médicas y desarrollo de depresión. A las entrevistas, destacó desde su juventud bajo interés en asistir a controles de salud, en adherir a tratamientos y refirió que el desarrollo de su depresión estuvo relacionado a las limitaciones de sus enfermedades. **Discusión:** Se establece una relación entre la falta de interés del entrevistado a acudir a centros de salud primaria con la adquisición de enfermedades crónicas y esta última con el desarrollo de la depresión. Esta depresión, dificultó aún más el correcto cumplimiento de los tratamientos médicos. **Conclusión:** Cobra relevancia que los equipos de salud sean proactivos y estén preparados para las necesidades personales que tienen los pacientes con enfermedades crónicas.

Palabras clave: Enfermedad crónica, Depresión, Cumplimiento y adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El siguiente estudio cualitativo se realizó producto que el equipo de cabecera de la Posta de Salud Rural (PSR) de Lora, localidad de la comuna de Licantén en la Región del Maule¹, derivó el presente caso clínico para estudio y posterior intervención por el equipo de la PSR de acuerdo a los problemas pesquisados. Cabe mencionar, que el caso índice y su familia, mantenían una relación lejana con la PSR, y el caso índice puntualmente, padecía pluripatologías crónicas y una depresión moderada de reciente diagnóstico. Los pacientes pluripatológicos son aquellos que padecen dos o más enfermedades crónicas que pueden producir daño sobre un órgano diana².

Con respecto a la depresión, este es un trastorno mental de alta prevalencia que repercute negativamente en el estado de ánimo o los sentimientos de la persona afectada³. Se ha evidenciado que existe una estrecha relación entre la depresión y las patologías crónicas y/o físicas en una misma persona, que culminan en una mayor susceptibilidad de la persona afectada para adquirir patologías mentales como la depresión⁴. Esto se puede evidenciar en nuestro país, ya que la prevalencia de depresión aumenta de 5,0% en población general a 34,8% en pacientes con patologías crónicas (3,4). Además, se ha demostrado que este trastorno mental influye de manera negativa y en forma significativa en la adherencia farmacológica y en los controles de salud de quien la

padece, relacionado a una menor autoeficacia percibida^{5,6}.

Para la elaboración del presente estudio, se realizaron búsquedas bibliográficas respecto al tema y se efectuaron cinco visitas domiciliarias al hogar del caso clínico. El objetivo del estudio de caso fue conocer, mediante entrevistas semi estructuradas, las experiencias y creencias del caso clínico escogido respecto a sus múltiples enfermedades crónicas, depresión y baja adherencia a tratamientos y controles de salud, para así intervenir en el paciente y su familia con el equipo multidisciplinario de la PSR al que pertenecen.

Previo a la recolección de datos, el caso índice asintió la recolección de éstos. El consentimiento informado fue firmado por la hermana en representación del caso índice (ya que este manifestó no tener la capacidad visual para hacerlo) y por una representante del establecimiento de salud. Este documento explicitaba que la información obtenida tendría el fin de construir un plan de trabajo para mejorar la salud del grupo familiar, sería de carácter confidencial (sólo los profesionales de la PSR tendrían acceso a esta) y que la familia tendría derecho a retirarse del estudio en cualquier momento si así lo deciden.

A continuación, se desarrollará la situación clínica del caso escogido, se mencionará brevemente el plan de intervención diseñado para el caso índice y su familia y se describirán y analizarán los principales hallazgos en relación a la literatura existente.

*Correspondencia: livanovicm@udd.cl
2020, Revista Confluencia, 2(1), 114-117



DESARROLLO

Caso Clínico

Se escogieron de manera intencional los participantes de las entrevistas, los cuales fueron el caso índice y su familia (su madre y hermana). El caso índice fue un usuario masculino, iniciales LB de 62 años. Escolaridad incompleta. A los 48 años de edad LB fue hospitalizado por una herida gangrenada en el tercer orjejo de su pie izquierdo, el cual debió ser amputado. En ese momento fue diagnosticado de diabetes mellitus II, hipertensión arterial y pie diabético. Al poco tiempo comenzó a perder la vista y fue diagnosticado de retinopatía diabética. El año 2013 fue diagnosticado de enfermedad renal crónica terminal, sin embargo, rechazó el proceso de diálisis.

El año 2014 posterior a una importante descompensación (síndrome urémico), comenzó a hemodializarse de manera trisemanal. El año 2019, sufre una segunda amputación por pie diabético en el primer orjejo del pie derecho, razón por la que los profesionales de la PSR supieron de la situación de LB, y volvieron a contactarse con él y a realizar visitas de rescate. Así fue como, tras visita de médico, el paciente fue diagnosticado de depresión moderada al referir bajo ánimo, cansancio al despertar, insomnio, estrés por amputaciones y procesos de curaciones, además de angustia al no poder realizar las actividades que antes realizaba y que producto a todas sus enfermedades, en la actualidad no podía ejecutar.

El año 2020 se realizó una colonoscopia, la cual arrojó como principales hallazgos clínicos adenoma de sigmoides con carcinoma multifocal, múltiples pólipos en colon (polipectomía) y hemorroides internas grado I, con resultado de biopsia pendiente. Este examen se realizó tras reiterados cuadros de diarrea y hematoquezia manifestados por el caso índice. Producto a sus enfermedades tenía indicación diaria de Enalapril, Zopiclona, Fluoxetina, Omeprazol, Elcal-D, Carvedilol, Ácido fólico, Redescal e Insulina NPH en la mañana.

Las otras entrevistas se realizaron a la hermana de LB, sexo femenino, iniciales SB de 58 años. Estudios superiores. Antecedentes médicos de hipotiroidismo y cáncer colorrectal en tratamiento. Por último, se entrevistó a la madre de LB, sexo femenino, iniciales AM de 92 años. Antecedentes médicos de hipertensión arterial, dislipidemia, artrosis de cadera, anemia, enfermedad renal crónica etapa 3a y estenosis aórtica.

Resultados de las entrevistas al caso índice

Dado que LB contaba con una extensa historia de complicaciones médicas asociadas a patologías crónicas, se buscó indagar su adherencia farmacológica y a controles de salud. Se aplicó el cuestionario de Morisky-Green, el cual es considerado como uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en investigación como en

la práctica clínica para medir la adherencia terapéutica⁷. El paciente obtuvo el resultado de no adherente. Al indagar respecto a ello, el paciente manifestó que desde su juventud que no ha tenido interés en asistir a controles de salud ni en ingerir los medicamentos indicados. Al preguntar por la razón de este bajo interés el paciente no supo responder.

Con respecto a su interés en este tema al momento de la entrevista, el paciente refirió ingerir sus medicamentos cuando alguien más se los entrega o administra (en el caso de la insulina subcutánea), sin embargo, se niega a tomar sus medicamentos por su cuenta e ingerirlos, como asimismo aprender a autoadministrarse la insulina vía subcutánea. Las razones que esgrimió fueron el miedo y su limitación visual. Además de esto, refirió no querer realizarse procedimientos médicos la mayoría del tiempo, no obstante, es disuadido por sus familiares. Asimismo, refirió que nunca ha tenido una relación cercana con los centros de salud, ni específicamente con la PSR a la que pertenece, justificando (al momento de la entrevista) que no podía movilizarse hasta ella por su limitación visual.

Con respecto al desarrollo de su depresión, el paciente manifestó que hace bastantes años se ha sentido deprimido, y que una de las principales razones que era no poder realizar las actividades que antes realizaba cotidianamente, como lo era su actividad laboral. El paciente refirió que se fue limitando físicamente tras las complicaciones de enfermedades crónicas, como las amputaciones, la enfermedad renal crónica y la retinopatía diabética.

Resultados de las entrevistas a familiares

La hermana de LB, SB, era la principal familiar preocupada de la adherencia terapéutica de su hermano, sin embargo, por su reciente diagnóstico de cáncer, refirió que ha tenido que ausentarse más en el hogar, lo que ha repercutido en la adherencia farmacológica de su hermano. Manifestó que, si nadie se preocupa de entregarle sus medicamentos, él no lo hace por su cuenta.

Tanto al preguntarle a la hermana como a la madre de LB, respecto a las razones por las que él no se toma los medicamentos por su cuenta o asiste a controles de salud, refirieron no saber, sin embargo, ellas creían que aún con su limitación visual, él tiene la capacidad de realizar esas actividades por sí mismo, por ejemplo, si dejan las jeringas de insulina cargadas, los medicamentos en el pastillero, o tomando un colectivo, como veces anteriores lo ha hecho para ir al centro de diálisis.

Por lo tanto, en base a los antecedentes presentados, y teniendo en cuenta cómo la salud mental repercute en la salud física y viceversa, el plan de intervención para este paciente y su familia se basó en:

- Seguimiento del caso índice y de su familia por todo el equipo multidisciplinario de la PSR. Este



seguimiento se podía realizar a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias, mínimo dos veces a la semana.

- Visitas domiciliarias por psicólogo cada dos semanas para psicoterapia individual y familiar.
- Visitas domiciliarias cada dos semanas por médico para evaluar evolución de la depresión, efectividad del tratamiento antidepresivo y evaluación de las patologías de base del caso índice y su familia.
- Visitas domiciliarias una vez por semana por kinesióloga para rehabilitación motora del caso índice.
- Visitas domiciliarias tres veces por semana por enfermera, para curar herida (de amputación) del caso índice y evaluar su adherencia farmacológica.
- Realización de controles de salud pendientes (en toda la familia) por parte de enfermera, odontólogo, nutricionista, médico y matrona.
- Incentivar a la familia en cada visita domiciliaria a participar de actividades comunitarias recreativas.

DISCUSIÓN

Uno de los aspectos más relevantes que se pueden destacar gracias a la realización de las entrevistas, es que el caso índice manifestó que desde su juventud no había tenido interés en asistir a controles de salud, lo que podría explicar por qué patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus y pie diabético fueron diagnosticadas en una misma instancia. Posterior a estos hechos, los antecedentes de complicaciones médicas de sus patologías crónicas podrían ser atribuibles, en gran medida, al bajo interés del entrevistado a adherir a tratamientos médicos, a asistir a controles de salud (lo que se confirma con la ausencia de registros de salud en la plataforma en línea), y a mantener adhesión con el centro de Atención Primaria de Salud al que pertenecía⁸. Esto último cobra gran relevancia al considerarse que, una mayor adhesión a los centros de atención primaria de salud permite monitorizar y controlar los factores de riesgo de los enfermos crónicos, y de esta manera, prevenir sus complicaciones⁸. Esto se logra fundamentar gracias al Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas, adaptado de Edward Wagner en 1998, el cual explica que pacientes motivados e informados, sumado a equipos de salud proactivos y preparados, obtienen mejores resultados clínicos y funcionales del paciente⁹.

Con respecto a las enfermedades crónicas y sus repercusiones a nivel mental, el caso índice demostró cómo estas enfermedades fueron limitando su vida, repercutiendo en su estado de ánimo y culminando en una depresión. La literatura señala que las enfermedades crónicas producen este efecto en quien las padece, influyen negativamente sobre la salud mental y en los comportamientos de salud, de

esta manera, aumentando el riesgo de complicaciones clínicas¹⁰.

Existen enfermedades que se asocian a un mayor riesgo de desarrollar depresión, como lo son la diabetes, la enfermedad renal crónica terminal y otras enfermedades de tipo cardiovasculares^{10,11}. En consecuencia, los trastornos depresivos en personas diabéticas y enfermas renales también se asocian a una baja de adherencia farmacológica, a un mal control glicémico y de sus factores de riesgo cardiovasculares, por lo tanto, implica mayores complicaciones de estas enfermedades y mayor discapacidad física y mental (Figura 1)¹⁰. En este caso, si el paciente ya contaba con un historial que daba cuenta de una baja adherencia terapéutica, la depresión podría ser un factor que dificulte más aún mejorar este ámbito.

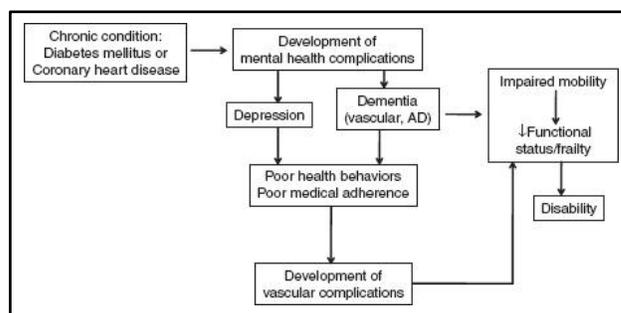


Figura 1. Asociación de enfermedades crónicas con consecuencias para la salud mental¹⁰. AD: Enfermedad de Alzheimer.

CONCLUSIÓN

Recomendaciones para los trabajadores de la salud

Como anteriormente se señaló en el modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, es necesario que los equipos de salud sean proactivos y estén debidamente preparados, ya que no todos los pacientes tienen las mismas necesidades, y, por lo tanto, la atención debe ser de forma personalizada, adecuándose a las realidades y al contexto de cada paciente⁹. Además de esto, cobra gran relevancia identificar posibles problemas mentales y personales de cada paciente, que puedan repercutir en su adherencia terapéutica.

Importancia en la formación de pregrado

Este estudio de caso tiene gran relevancia para la formación de pregrado, ya que durante ese período aún no se vivencian todas las experiencias como futuro profesional, ni tampoco se desarrollan por completo las herramientas a utilizar durante la práctica clínica. Por lo tanto, este estudio de caso permite dar a conocer una situación clínica real y relacionarla con la literatura existente para comprender de mejor manera un fenómeno o caso en particular. Es importante que los alumnos antes de enfrentarse a ser profesionales de la salud titulados,



comprendan la importancia de personalizar la atención de salud, realizando una completa anamnesis, para así entregar el plan de cuidados más óptimo y acorde a la situación del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dirección Comunal de Salud Licantén. Programa de Salud Comunal Licantén 2020. Licantén; 2019.
2. Nieto M. Tema 2: Abordaje terapéutico de patologías crónicas prevalentes. [Internet]. Sevilla; 2014 [citado el 18 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://formacion.sefh.es/dpc/sefh-curso-cronico/aula2/aula2-tema02.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales [Internet]. Washington, D.C; 2017 [citado el 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
4. Salvo L. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2014 [citado el 17 de mayo de 2020];142:1157-64. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n9/art10.pdf>
5. Rojas Y, Ruíz A, González R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. Rev Psicol [Internet]. 2017 [citado el 18 de mayo de 2020];26(1):1-13. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812017000100065
6. Torres A, Ortiz Y, Martínez H, Fernández Y, Pacheco D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Multimed [Internet]. 2019 [citado el 18 de mayo de 2020];23(1):1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000100001
7. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado el 18 de mayo de 2020];59(3):169. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
8. Macinko J, Dourado I, Guanais F. Enfermedades crónicas, atención primaria y desempeño de los sistemas de salud: Diagnóstico, herramientas e intervenciones. [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2011 [citado el 19 de mayo de 2020]. 37 p. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Enfermedades-crónicas-atención-primaria-y-desempeño-de-los-sistemas-de-salud-Diagnostico-herramientas-e-intervenciones.pdf>
9. Ministerio de Salud. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas: Directrices para la implementación [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2015 [citado el 19 de mayo de 2020]. 64 p. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/922/Modelo-de-atencion-para-personas-con-enfermedades-cronicas.-MINSAL-Chile-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Institute of Medicine. Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action [Internet]. Washington, D.C: National Academies Press; 2012. Chapter 2 Chronic illnesses and the people who live with them; [citado el 18 de mayo de 2020]. p. 59-61. Disponible en: <https://www.nap.edu/read/13272/chapter/5>
11. Kauric-Klein Z. Depression and Medication Adherence in Patients on Hemodialysis. Curr Hypertens Rev [Internet]. 2018 [citado el 20 de mayo de 2020];13(2):2. Disponible en: <http://www.eurekaselect.com/157856/article>

