

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LA VI REGIÓN

Profesora guía: Flérida Rivera Rojas

Autoras: Mayte Díaz Bustamante
Daniela Rojas Bravo
Josefina Rojo Troncoso
Catherine Soto Farías
Mary Zagal Ibarra

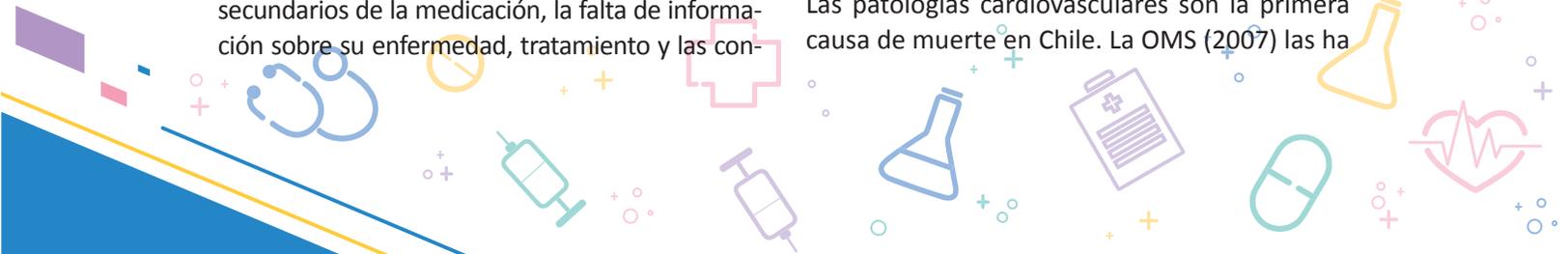
INTRODUCCIÓN

En Chile se observa un incremento de las patologías cardiovasculares, donde un alto porcentaje de la población vive con dos o más enfermedades crónicas, en especial adultos mayores de 60 años y más (Tejada, 2018). Diversos autores señalan una baja adherencia al tratamiento farmacológico, lo que favorece la evolución de sus patologías, generando complicaciones tanto en el bienestar como en la salud de las personas. Es por esto que el incumplimiento terapéutico se convierte en un problema importante para la salud de nuestro país, evidenciado por el 20-50 % de los usuarios (Ministerio de Desarrollo Social, 2018) que no siguen el plan terapéutico de forma adecuada, siendo estas tasas un riesgo para ellos ya que podrían experimentar complicaciones en la evolución de sus patologías (Ventura et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) considera el incumplimiento terapéutico una prioridad en la salud pública de la población por las consecuencias que puede causar, así como por el aumento del costo sanitario que esta situación ocasiona. Las causas y los factores que se relacionan con la adherencia farmacológica son numerosos, entre los que se encuentran: el olvido de la toma de medicación, la desmotivación para seguir el tratamiento en enfermedades asintomáticas, los efectos secundarios de la medicación, la falta de información sobre su enfermedad, tratamiento y las con-

secuencias del abandono (Ventura et al., 2019). Expertos afirman la relevancia de indagar los factores que influyen en la adherencia terapéutica de los usuarios, ya que con los resultados obtenidos se podrán establecer estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes (Maidana et al., 2016). Por lo mencionado, determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades cardiovasculares e identificar los factores que influyen en esta, permite, según lo postulado en la teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Orem, “identificar demandas y acciones de autocuidado en los pacientes, y poder realizar intervenciones específicas que lleven al cumplimiento de metas efectivas de autocuidado, lo que constituye también un aporte significativo para la disciplina de enfermería” (Barreto et al., 2017).

Actualmente, se desconocen los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares pertenecientes a un Centro de Salud Familiar (Cesfam) de la Sexta Región, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación, ¿Los adultos mayores son adherentes al tratamiento farmacológico para el control de sus patologías cardiovasculares?

Las patologías cardiovasculares son la primera causa de muerte en Chile. La OMS (2007) las ha



definido como un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, y se clasifican en hipertensión arterial, cardiopatía coronaria (infarto agudo al miocardio), enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatías.

Se entiende como hipertensión arterial (OMS, 2018) a la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear, y las consecuencias generadas pueden ser un infarto agudo al miocardio debido a la obstrucción prolongada de una arteria coronaria, bloqueando el flujo sanguíneo a una parte del corazón e impidiendo la llegada de suficiente oxígeno a este órgano, lo que ocasiona necrosis de esta (Ortiz et al., 2012). Diabetes mellitus II, definida por el Ministerio de Salud [MINSAL] (2018) como un trastorno metabólico de carácter multisistémico, causado por varios factores que provocan un mal funcionamiento en la captación de insulina o de la secreción de esta, llevando a una hiperglucemia crónica que con el tiempo pone a la persona en riesgo de complicaciones macro y micro vasculares específicas asociadas con la enfermedad. Las dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizadas por la alteración en los niveles sanguíneos de los lípidos, alcanzando valores que significan un riesgo para la salud de los seres humanos (MINSAL, 2018).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La OMS (2004) define adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por el prestador sanitario en relación a tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida. Ramos (2015) afirma que la adherencia al

tratamiento es un estado complejo y está influido por distintos factores o dimensiones como:

Redes de apoyo

Son la estructura que brinda algún tipo de contención a alguien, organizaciones, familia y/o amigos del usuario que trabajan de manera sincronizada para colaborar con este (Pérez y Merino, 2016). Es la forma en que un miembro percibe su entorno social organizado, para recibir ayuda en situaciones de crisis, conformadas por personas, grupos e instituciones, ante eventos adversos y que van a repercutir de manera positiva en su ajuste al medio. Las redes de apoyo pueden ser:

- Apoyo de amigos: que es la presencia de relaciones amistosas fuertes y duraderas, basadas en el conocimiento mutuo, la comprensión, la confianza, el cuidado y el compartir tiempo y actividades.
- Apoyo de la familia: hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos.
- Apoyo a través de la religión: hace referencia al soporte y fuerza que brindan la fe y las prácticas religiosas para superar los problemas.
- Apoyo de vecinos: se refiere a la presencia de una relación cordial y amistosa con los vecinos, que resulta en la oferta y presencia de apoyo cuando es necesitado (Medellín et al., 2012).

Nivel educacional

Se define como el nivel de educación más alto que una persona ha cursado durante el trayecto de su vida, ya sea educación básica, educación media, educación técnico profesional o educación universitaria.

Al educarse, una persona asimila y aprende nuevos conocimientos para su autocuidado físico y psicológico incitando a la acción y nuevas conductas saludables.

Factores socioeconómicos

El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desem-



pleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar (Reyes et al., 2016).

Factores relacionados con la asistencia sanitaria

Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Factores relacionados con la enfermedad

Gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Factores relacionados con el tratamiento

Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Factores relacionados con el paciente

Los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Además, el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores. Es de especial interés tener en cuenta estos factores en el paciente an-

ciano. El olvido se trata de una acción que revela una falta de precaución o de cuidado, como por ejemplo no tomarse los medicamentos de la manera indicada o prescrita (Codina, 2000).

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO Y DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

Creada por Dorothea Elizabeth Orem (1971), quien define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos como edad, sexo, y externos como redes de apoyo, que pueden comprometer la vida y posterior desarrollo. Además, define el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud (Prado et al., 2014).

Según Orem, el concepto de autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener el funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar (Naranjo et al., 2017)

Según Naranjo et al., (2017), la teoría del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por cuatro teorías relacionadas que son:

- a) La teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- b) La teoría del cuidado dependiente, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es socialmente dependiente.
- c) La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
- d) La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

El adulto mayor con patología cardiovascular toma decisiones acerca de su salud y desarrollo de sus



capacidades de autocuidado, sin embargo, para esto se deben realizar acciones dirigidas hacia sí mismo o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos, identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, favoreciendo la continuación de la vida, al auto mantenimiento de la salud y bienestar personal, ya que requieren aprender sobre el cuidado propio, e ir cambiando a lo largo del tiempo, en función de su propia demanda de autocuidado (Erickson, Tomlin & Swain, 2018).

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado (Prado et al., 2014).

Según la teoría del déficit de autocuidado existen limitaciones que vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos (Prado et al., 2014).

La cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los objetivos de autocuidado, se denomina demanda de autocuidado terapéutico. Cuando esta demanda es superior a la agencia de autocuidado, que es la capacidad del individuo para llevar a cabo el autocuidado, se produce lo que se conoce como déficit de autocuidado. Llegado este momento es cuando puede entrar en acción el profesional de enfermería para compensar este déficit, este desequilibrio entre la oferta y la demanda (Prado et al., 2014).

Orem también plantea que las enfermeras utilizan métodos de ayuda, que son una serie secuencial de acciones que al llevar a cabo resolverán o compensarán las limitaciones asociadas a la salud. Dentro de estas se encuentran actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, ofre-

cer apoyo físico o psicológico, enseñar, promover y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal (Prado et al., 2014).

Los requisitos de autocuidado relativos al desarrollo son aquellos que tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas condiciones en los distintos momentos del desarrollo del ser humano.

Las implicaciones y consecuencias de la no adherencia terapéutica o adherencia deficiente, constituyen un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica. La no adherencia terapéutica tiene como resultado aumento en los costos médicos, número de análisis de laboratorios innecesarios, cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos, al igual que cambios en los planes de servicio de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional, visitas continuas del cliente a las salas de emergencia, hospitalizaciones recurrentes, deterioro de la salud, surgimiento o exacerbación de los problemas emocionales y en casos severos la muerte del paciente (Reyes et al., 2016).

METODOLOGÍA

Este estudio de investigación es de enfoque cuantitativo puesto que se recopilaron y analizaron datos de forma estadística, con el fin de llegar a resultados numéricos y confiables. Es de tipo correlacional de corte transversal no experimental, ya que se quiere determinar la relación de las variables entre sí, el muestreo fue de tipo no probabilístico (muestreo por conveniencia). (Hernández y Mendoza, 2018).

La recolección de datos se realizó en un Cefam de Chile, VI Región, en el año 2021, previa autorización del director del establecimiento y firma del consentimiento informado, el cual respalda la participación libre y voluntaria en la investigación.



Se respetaron los principios de Ezequiel Emanuel: valor social, validez científica, selección equitativa, razón riesgo/beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto por los usuarios inscritos (Garzón, 2009). Debido a la pandemia de covid-19 no se pudo asistir presencialmente para aplicar la encuesta a los usuarios, por lo cual se capacitó a un asistente social que realizaba visitas domiciliarias a adultos mayores, quien aplicó el test, en conjunto con un investigador de enfermería, quien por las condiciones de pandemia aplicó el instrumento de recolección de datos por medio de plataformas digitales (redes sociales).

Se utilizó la escala Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky Green-Levine, la cual tiene una confiabilidad dada por el alfa de Cronbach de 0,83 (Valencia et al., 2017). Contiene cuatro ítems de respuesta dicotómica (sí/no), donde se clasifican como “adherentes” al tratamiento a aquellos usuarios que contestan correctamente los cuatro ítems y “no adherentes” si erran al menos una aseveración. Consta de dos partes, primero datos biosociodemográficos y segundo cuatro preguntas que califican al usuario como adherente o no adherente.

Para analizar los datos se usó el programa R Commander. Se realizó un análisis descriptivo y correlacional donde se muestran tablas de contingencia de las variables sociodemográficas como variables de adherencia al tratamiento utilizando chi cuadrado.

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Participaron en total 102 adultos mayores, que se distribuyen según la variable sexo en mujeres en un 60,78% (n=62) y hombres 39,22% (n=40), con una edad promedio de 67 años (r=60-88 años), respecto a la edad, la mayor proporción 31,37% (n=32) tiene entre 60-65 años, en relación al nivel de escolaridad 63,3%(n=65) tiene escolaridad básica incompleta, y respecto a la red de apoyo 74,51% (n=76) cuenta con red de apoyo (tabla 1).

Tabla 1
Características Sociodemográficas de Adultos Mayores que Asisten a un Cesfam de Chile, VI Región (n:102)

VARIABLE	n	%
Sexo		
Hombre	40	39.22
Mujer	62	60.78
Edad \bar{x} : 67 años; r=60-88 años		
60-65	32	31.37
66-70	26	25.49
71-75	29	28.43
76 o más	15	14.71
Escolaridad		
Básica incompleta	65	63.73
Básica completa	0	0
Media incompleta	29	28.43
Técnico profesional	8	7.84
Red de apoyo		
Sí	76	74.51
No	26	25.49
Total	102	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos recolectados 2021

Tabla 2
Análisis Preguntas Test Morisky-Green en adultos Mayores de un Cesfam de Chile, VI Región (n:102)

PREGUNTAS	n	%
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	32	31,7
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	21	20,6
Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?	12	11,8
Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?	26	25,5
Total paciente adherente al tratamiento	57	55,9%

Fuente: elaboración propia a partir de datos recolectados 2021



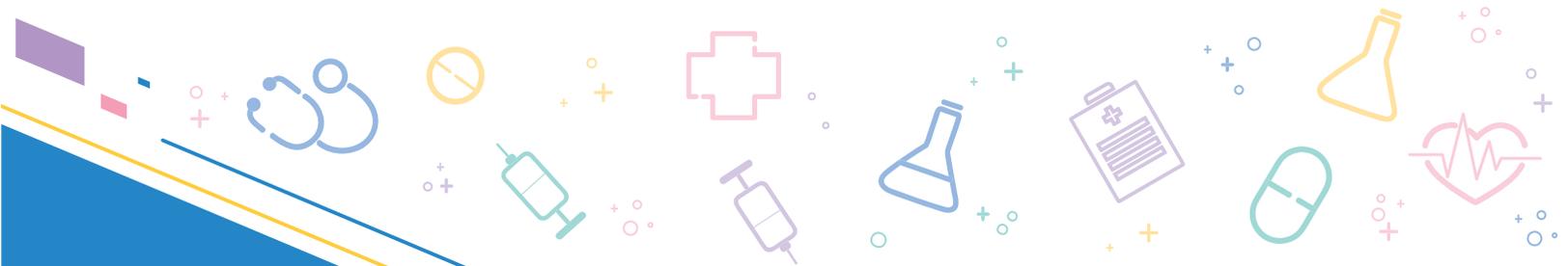
Según lo expuesto en la tabla 2, se puede afirmar que el 55,9% (n=57) adhiere al tratamiento farmacológico; el 31,7% (n=32) olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad; el 20,6% (n=21) no toma los medicamentos a la hora indicada; el 11,8% (n=12) deja de tomar la medicación si se siente bien y el 25,5% (n=26), si alguna vez se siente mal deja de tomar la medicación.

Tabla 3
Relación de Variables de Adultos Mayores que Asisten a un Cesfam de Chile, VI Región (n:102)

VARIABLES	ADHERENCIA GLOBAL				Test chi cuadrado	Valor p
	No		Si			
	n	%	n	%		
Sexo						
Hombre	23	57,5	17	42,5	4,780	0,028*
Mujer	22	35,5	40	64,5		
Total	45	41,1	57	55,9		
Edad						
60-65 años	6	18,8	26	81,2	15,309	0,001**
66-70 años	11	42,3	15	57,5		
71-75 años	19	65,5	10	34,5		
76 o más años	9	60	6	40		
Total	45	44,1	57	55,9		
Nivel educacional						
Básica incompleta	34	53,2	31	47,7	8,534	0,014*
Básica completa	---	---	---	---		
Media incompleta	11	37,9	18	62,1		
Media completa	---	---	---	---		
Técnico profesional	0	0	8	100		
Total	45	44,1	57	55,9		
Redes de apoyo						
Si	30	39,5	46	60,5	2,608	0,106
No	15	57,7	11	42,3		
Total	45	44,1	57	55,9		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Fuente: elaboración propia a partir de datos recolectados 2021



Al observar los resultados de la tabla 3 los hombres presentan menor adherencia farmacológica global en comparación con las mujeres, 42,5% (n=17) v/s 64,5% (n=40). Los usuarios entre 60-65 años son los que presentan mayor adherencia con un 81,2% (n= 26), esto contrasta con los resultados de los usuarios que están en el rango de 71-75 años que alcanzan una cifra de adherencia del 34,5% (n=10). Respecto al nivel educacional podemos evidenciar con alta significancia estadística que a mayor nivel educacional hay una mayor adherencia, esto se ve reflejado en los usuarios que presentan un nivel educacional técnico profesional que alcanzan un 100% (n=8) de adherencia, muy por el contrario, los usuarios que solamente llegaron a una educación básica incompleta muestran un 47,7% (n=31) de adherencia. Respecto a las redes de apoyo, se tiene como resultado que los usuarios que tienen redes de apoyo también presentan una mayor adherencia con un 60,5% (n=46) en contraste con los que no presentan redes de apoyo que llegan a un 42,3% (n=11).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La baja adherencia al tratamiento es un problema recurrente y global que genera complicaciones que podrían ser evitadas y que genera consecuencias como recurrencia de enfermedades, aumento de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias lo que conlleva aumento de costos individuales y de salud pública (Maidana et al., 2016).

La adherencia al tratamiento reportado por esta investigación es similar a otros estudios, como los realizados en Chile (Bello y Montoya, 2017) y en Perú (Rueda et al, 2018), lo cual refleja que, si los pacientes no sienten que su enfermedad es una amenaza para su salud, no realizan los cambios necesarios, como adoptar un comportamiento que adhiera al tratamiento farmacológico (Ventura et al., 2019). Según la teoría de Dorothea Orem, el autocuidado es una función

reguladora del hombre que debe llevar a cabo deliberadamente con el interés de mantener su salud, su desarrollo y bienestar (Prado et al., 2014).

Investigaciones desarrolladas en Cuba por López y Chávez (2016) y en Chile por Bello y Montoya (2016) evidenciaron que las mujeres son más adherentes al tratamiento farmacológico, sin embargo, otras investigaciones muestran a los hombres con mayor adherencia (Mena et al., 2018) puesto que los roles de género en el cuidado de la salud evidencian que son las mujeres quienes asumen el rol de cuidadoras y favorecen el seguimiento de indicaciones médicas de sus familiares y pareja (Díaz et al., 2018).

En esta investigación se evidencia que a menor escolaridad hay menor adherencia, lo que coincide con la investigación realizada por Pomares et al. (2017) en Cuba. Un estudio chileno realizado por Bello y Montoya (2017) y otro realizado en Cuba (López y Chávez, 2016) coinciden con lo postulado por Mena et al. (2018), afirmando que poseer mayor acceso a la información permite tomar mejores decisiones respecto a la salud, mayor conocimiento de su enfermedad, mejor seguimiento de las indicaciones y mayor percepción de autoeficacia; además, la información que recibe el paciente desde los profesionales de la salud, favorece una mejor adherencia al tratamiento. Según la teoría del autocuidado, la edad, el desarrollo y el estado de salud pueden afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado (Prado et al., 2014)

Respecto a las redes de apoyo, podemos evidenciar que los usuarios que presentan redes de apoyo muestran mayor adherencia, esto concuerda con lo expuesto en Paraguay por Maidana et al. (2016) afirmando que la presencia de apoyo familiar, amigos y funcionarios de la salud se asocia a una mayor adherencia y a una mejor calidad de vida de los pacientes (Aristegui et al., 2016). La motivación es fundamental para con-



seguir una buena adhesión al tratamiento, una buena motivación y una buena confianza en su autocuidado deben ser abordadas con apoyo para aumentar la adherencia a los tratamientos (Ventura et al., 2019).

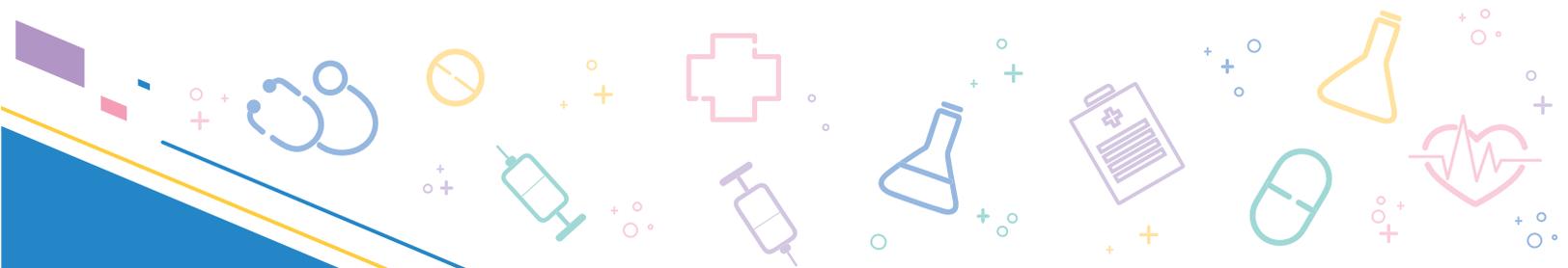
Se evidencia que las personas de mayor edad presentan menores índices de adherencia, coincidiendo con Díaz et al. (2014) quienes indican que a medida que se incrementa la edad, existiría mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas lo que podría generar muertes causadas por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, un estudio chileno (Mena et al., 2018), indica que a mayor edad muestran mejores índices de adherencia. El modelo de Orem afirma que el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada, continua y conforme a los requisitos reguladores de las personas, los que están asociados con su periodo de crecimiento, desarrollo y estado de salud (Prado et al., 2014).

Se evidenció que el grupo de mujeres encuestadas no olvida tomarse sus medicamentos, debido a que están más preocupadas por su salud en

relación con los hombres (Maidana et al., 2016; López & Chávez, 2016), el olvido es relevante para una no adherencia al tratamiento, siendo un factor frecuente de falta de adherencia (Bello y Montoya, 2017).

Los resultados de este estudio relevan el rol de los profesionales de enfermería, quienes como agentes de cuidado deben intervenir generando estrategias que informen, motiven, eduquen y empoderen a los adultos mayores adquiriendo un rol protagónico en el fomento de su salud y de la adherencia al tratamiento farmacológico (Clínicas de Chile, 2019).

Según Dorothea Orem, el profesional de enfermería debe enseñar, e intervenir para favorecer los conocimientos de los adultos mayores con patologías crónicas, ya sea sobre su tratamiento farmacológico, la importancia de seguirlo, determinar barreras que impiden esta situación y realizar acciones educativas que les permitan adoptar conductas y tomar decisiones sobre su salud de manera informada (Prado et al., 2014).



1

¿Cómo/por qué se originó tu problema de investigación?

Fue bastante complejo elegir el tema, pero buscando bases de datos y papers en internet nos dimos cuenta que Chile se caracteriza por una gran cantidad de población de adultos mayores, los cuales tienen más de una patología a tratar. Lamentablemente, existe evidencia de que hay una gran mayoría de pacientes que no se adhieren a los tratamientos. Lo anterior, va generando que haya una mayor saturación en la atención primaria generando un gasto tanto para los pacientes como para el Cesfam. Esto nos motivó a estudiar esta temática con el fin de educar y visibilizar los factores que están presentes en la no adherencia a los tratamientos.

2

¿Cómo se vincula tu investigación con la región y/o con el país?

A lo largo de todo Chile hay muchos adultos mayores sobre todo en la zona central y sur que son menos adherentes a los tratamientos. Una de las razones puede ser la baja escolaridad que presentan estas zonas sobre todo en las áreas cercanas a lo rural, la falta de acompañamiento familiar y el acceso a los centros de la salud.

3

¿Qué fue lo más difícil del proceso de investigación?

El proceso más difícil fue la pandemia. No esperábamos tener que comenzar a hacer los terrenos en este contexto. De hecho, la crisis sanitaria generó que tuviéramos que cambiar el centro de salud que teníamos en un principio, teniendo que cambiar hasta de región, pero aun así salimos adelante con el tema. Saber adaptarse y reinventarse es muy importante en este proceso.

4

¿Qué le aconsejarías a alguien que comienza el proceso de investigar?

Lo más importante es encontrar un buen grupo donde puedan conocerse y apoyarse en los momentos más difíciles del proceso de investigación. Estar unidos es algo muy importante. Hacer algo que te motive y ayude a generar nuevos conocimientos en el área de la enfermería, sin duda es muy relevante para poner en marcha un proyecto que involucre gran parte de tu experiencia universitaria.



Referencias bibliográficas

Arístegui, I., Dorigo, A., Bofill, L., Bordatto, A., Lucas, M., Fernandez, G., Sued, O., Cahn, P., Cassetti, I., Weiss, S., & Jones, D. (2016). Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Actualizaciones en Sida e Infectología*, 22(86), 71-80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751985/>

Barreto, S., Zanetti, M., Okino, N., Carvalho, I., Andrade, J., & Miyar, L. (2017). Construcción y validación del Instrumento Evaluación de Autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2890. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1533.2890>

Bello, N., & Montoya, P. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Revista Gerokomos*, 28(2), 73-77. <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2017/07/28-2-2017-073.pdf>

Clínicas de Chile. (2019). *Más de la mitad de los chilenos tienen dos o más males crónicos y requieren de controles anuales*. <http://www.clinicasdechile.cl/noticias/mas-de-la-mitad-de-los-chilenos-tienen-dos-o-mas-males-cronicos-y-requieren-de-controles-anuales/>

Codina, C. (2000). Información al paciente sobre los medicamentos en la próxima década. En C. Codina (Ed.), *Educación Sanitaria: Información al Paciente sobre los Medicamentos* (pp. 81-86). Fundación Dr. Antonio Esteve. <https://esteve.org/wpcontent/uploads/2018/01/136722.pdf>

Díaz, M., Herrera, Y., & Matéu, L. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Revista Cubana de Farmacia*, 48(4), 588-597. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008

Garzón, F. (2009). Aspectos bioéticos del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 9(2), 8-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022009000200002

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.

López, S., & Chávez, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 40-50. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1036>

Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., & Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(1), 70-77. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>

Erickson, H., Tomlin, E., & Swain, M. (2011). Teorías en enfermería. En M. Raile, & A. Marriner (Eds.) *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 546-559) Elsevier. https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros

Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, G., & Rodríguez, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Revista Salud Mental*, 35(2), 147-154 http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1467

Mena, D., Nazar, G., & Mendoza, P. (2018). Antecedentes de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), 67-78. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/3603>

Ministerio de Desarrollo Social. (2018). Salud. Síntesis de resultados. Casen 2017. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Salud_casen_2017.pdf

Ministerio de Salud. (2018). Orientación técnica Dislipidemias. <http://soched.cl/guias/Dislipidemias-MINSAL-Chile-2018.pdf>

Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). <http://revgmesprituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>

Orem D. (1971). *Nursing: concepts of practice*. McGraw-Hill.

Organización Mundial de la Salud (2004) *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. OMS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2007). Enfermedades cardiovasculares. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Ortiz, M., Ramos, E., Díaz, M., & Mancilla, M. (2012). Guía de Práctica Clínica para las intervenciones de enfermería en la atención del paciente con infarto agudo del miocardio. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 27-44. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/333

Pérez, J., & Merino, M. (2016). Definición de redes de apoyo. <https://definicion.de/red-de-apoyo/>

Pomares, A., Vásquez, M., & Ruíz, E. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*, 7(2), 81-88. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf03207.pdf>

Prado, L., González, M., Gómez, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vasculat*, 16(2), 175-189. <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A., & Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3), 125-132. <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol84-3-4-2016-15.pdf>

Rueda, J. (2018). *Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero, marzo 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Piura]. <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1170>

Tejada, T. (2018). *Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada_Quispe_Thalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valencia, F., Mendoza, S., & Luengo, L. (2017). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 245-249. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>

Ventura, M., Ruiz, A., & López, M. (2019). Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. *Terapeia: estudios y propuestas en ciencias de la salud*, (11), 17-43. <https://revistas.ucv.es/index.php/therapeia/article/view/556>