

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CENTRO DE POSGRADOS ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA II COHORTE

TEMA: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO, PERTENECIENTE AL CANTÓN PILLARO-PROVINCIA TUNGURAHUA”.

Trabajo de Titulación previo a la obtención de Grado Académico de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria

Autor (a): Md. Verónica Elizabeth Padilla Vinuesa

Director: Dr. Jorge Marcelo Morales Solís

Ambato-Ecuador

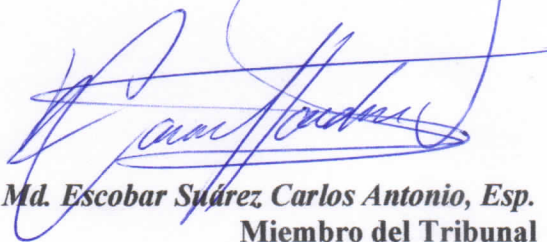
Abril, 2021

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por la Licenciada Fernández Nieto Miriam Ivonne, Magíster e integrado por los señores: Médico Carlos Antonio Escobar Suárez Especialista; Doctor Patricia Elisabeth Borja Tapia Especialista designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO, PERTENECIENTE AL CANTÓN PILLARO-PROVINCIA TUNGURAHUA, elaborado y presentado por la señora Médico, Verónica Elisabeth Padilla Vinuesa, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.



**Lic. Fernández Nieto Miriam Ivonne, Mg.
Presidente del Tribunal**



**Md. Escobar Suárez Carlos Antonio, Esp.
Miembro del Tribunal**



**Dra. Borja Tapia Patricia Elisabeth, Esp.
Miembro del Tribunal**

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

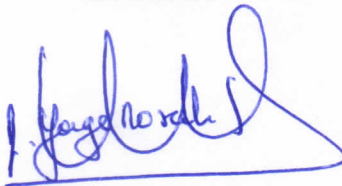
La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO, PERTENECIENTE AL CANTÓN PILLARO-PROVINCIA TUNGURAHUA, le corresponde exclusivamente a la: Médico Verónica Elizabeth Padilla Vinueza Autora, bajo la Dirección del Doctor Jorge Marcelo Morales Solís, Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Verónica Elizabeth Padilla Vinueza

C.C.1719663716

AUTORA



Dr. Jorge Marcelo Morales Solís, Esp.

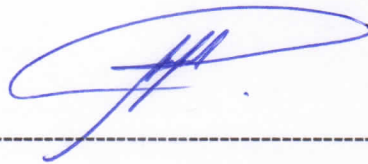
CC: 1801663780

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'V' followed by several vertical strokes, all enclosed within a large, horizontal oval shape.

Md. Verónica Elizabeth Padilla Vinueza

C.C.1719663716

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada	i
A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.....	ii
Autoría del Trabajo de Investigación	iii
Derecho de Autor	iv
Índice General de Contenidos.....	v
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	viii
Dedicatoria.....	.ix
Agradecimiento.....	x
Resumen Ejecutivo	xi
Abstract	xii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO 1 **EL PROBLEMA**

1.1 Tema de investigación	2
1.2 Planteamiento del problema	2
1.2.1 Contextualización del problema	2
1.2.2 Análisis crítico	4
1.2.3 Prognosis	5
1.2.4 Formulación del problema	5
1.2.5 Interrogantes	6
1.2.6 Delimitación del problema de investigación	6
1.3 Justificación	7
1.4 Objetivos	8
1.4.1 Objetivo General	8

1.4.2 Objetivos Específicos	8
-----------------------------------	---

CAPÍTULO 2
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos	9
2.2 Fundamentación Filosófica	10
2.3 Fundamentación legal	10
2.4 Categorías fundamentales	12

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA

3.1 Enfoque	22
3.2 Modalidad Básica de la Investigación	22
3.3 Nivel de Investigación	22
3.4 Población y Muestra	23
3.5 Criterio Ético	23
3.6 Operacionalización de las variables.	24
3.7 Recolección de la información	24
3.7.1 Plan de procesamiento y Análisis estadístico	25

CAPÍTULO 4
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados	26
4.1.1 Discusión.....	31

CAPÍTULO 5
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	33
5.2 Recomendaciones	34

CAPÍTULO 6
PROPUESTA

6.1 Tema	35
6.2 Antecedentes de la propuesta	35
6.3 Justificación	36
6.4 Factibilidad	36
6.5 Objetivos	37
6.7 Plan Operativo	40
6.8 Administración de la Propuesta.....	41
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1. Variable Dependiente.....	24
Tabla Nº 2. Variable Independiente.....	24
Tabla Nº 3. Relación Género- Diagnóstico.....	27
Tabla Nº 4. Factores asociados a la adherencia al tratamiento.....	28
Tabla Nº 5. Contaje de Pastillas.....	29
Tabla Nº 6. Determinación de cumplimiento mediante el Test de Morisky.....	29
Tabla Nº 7. Pregunta 1	30
Tabla Nº 8. Pregunta 2.....	30
Tabla Nº 9. Pregunta 3.....	31
Tabla Nº 10. Pregunta 4.....	31
Tabla Nº 11. Ficha de paciente	49
Tabla Nº 12. Test de Morisky-Green-Levine.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Variables.....	12
Gráfico 2. Administración de la propuesta.....	41

Agradecimiento

Cada día de mi vida consigo algo por lo cual estar agradecida:

Este nuevo logro es gran parte de ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto que parecía interminable, por lo cual brindo mi total agradecimiento ya que son personas que hacen que mi sonrisa sea más brillante y mi vida mejor.

El principal agradecimiento a Dios quién, cada día bendice mi vida con la oportunidad de estar y disfrutar de las personas que amo, por el amor recibido de mi familia en los momentos más importantes, con el apoyo incondicional y la paciencia para poder lograr un triunfo más.

A mi hermano, sé que hemos pasado momentos difíciles en este último año con la irreparable pérdida de nuestra madre, pero demostraste ser el mejor por estar siempre a mi lado y apoyarme en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi Asesor por el tiempo y paciencia en la elaboración de la Tesis. Por ser parte fundamental de la culminación de este proyecto, por haberme brindado sus conocimientos y sus experiencias.

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

Con mucho amor a mis hijos Camila y Andrés quienes son mi mayor motivación para nunca rendirme y seguir adelante. Sé que han pasado muchos momentos solos sin mamá y que me han dicho dónde estás, a qué hora llegas y sin tener respuesta simplemente ha sonado la frase: Los amo mucho y los veo más tarde. Este trabajo lo logre por ustedes.

Con mucho cariño a Belén y Edwin, personas excepcionales que llegaron a mi vida y me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD/CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas de la Población Geriátrica de la Parroquia San Miguelito, Perteneciente al Cantón Pillaro-Provincia Tungurahua.

AUTOR (A): Md. Verónica Elizabeth Padilla Vinueza

DIRECTOR: Dr. Jorge Marcelo Morales Solís

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Adultos mayores

FECHA: 20 de enero del 2021

RESUMEN EJECUTIVO

La adherencia al tratamiento en la población geriátrica a nivel mundial es un tema controversial, se ve influenciado por diversas causas, como son los factores asociados al paciente, al medicamento, factores ambientales, interacción médica/ paciente, la falta de apoyo familiar, los que afectan de forma directa a los pacientes con enfermedades crónicas con medicación continua como la diabetes e hipertensión arterial.

Los métodos para determinar la adherencia al tratamiento fueron aplicables y sencillos; tenemos el test de Morisky Green Levine que consta de cuatro preguntas aplicables a la población en estudio con respuestas si y no, además fue complementado con la ficha del paciente, aprobada por el comité de ética con la que se determinó factores asociados que influenciaron en el cumplimiento del tratamiento.

Dentro de los resultados se establece mediante el test de Morisky que de acuerdo a los estándares planteados para el test se llega a determinar que el 69.9% de pacientes no es adherente al tratamiento y solo el 30.1% son pacientes adherentes y dentro de los factores asociados en un ámbito familiar estable y los que viven solos, considerándose un factor de riesgo de importancia para la adherencia. En sí el 21.5% de los mismos viven solos y un 78.5% viven con al menos una persona o familia. En el área del conocimiento acerca del nombre de medicación, el 26.9% sabe el nombre de la medicación prescrita y un gran porcentaje siendo el 73.1% no tiene conocimiento del nombre de la medicación. En relación del conocimiento de la enfermedad, un porcentaje alto se encuentra 81.7% de pacientes que desconocen de que se trata su enfermedad y las complicaciones que pueden conllevar las mismas y solo el 18,3 % conoce de que se trata su enfermedad, pero de forma superficial, es decir no conocen sus complicaciones.

Descriptor

Adherencia al tratamiento, adherencia terapéutica, población geriátrica, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD/CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

Adherence to the Treatment in Chronic Diseases of the Geriatric Population in the Parish of San Miguelito, belonging to the Canton of Pillaro in Tungurahua Province.

AUTHOR: Md. Verónica Elizabeth Padilla Vinueza

DIRECTOR: Dr. Jorge Marcelo Morales Solís

RESEARCH LINE: Senior People

DATE: January 20th, 2021

EXECUTIVE ABSTRACT

The adherence to the treatment in the geriatric population world-wide is a controversial topic, it is influenced by different causes, such as associated factors to the patient, medication, environmental factors, physician/patient interaction and lack of family support, are the ones that directly affect the patients with chronic diseases, with continual medication like diabetes and arterial hypertension.

The methods to determine the adherence to the treatment were applicable and simple; the Morisky Green Levine was used, four questions were applied to the sample population with yes/no answer; furthermore, it was complemented with the patient's file, approved by the ethical committee with which the associated factors that influenced on the treatment fulfillment were determined.

Within the results, it is established that by means of the Morisky Test and according to the given standards for it, it is possible to determine that the 69,9% of patients is not suitable for the treatment and that only the 30,01% is and according to the associated factors in a familiar stable circle and those who live alone, considering it a factor of risk to the importance for the adherence. In fact, the 21,5% of them live alone and a 78,5% live with their family or at least with a person. About knowing the name of the prescribed medicament, the 26,9% knows it and a great percentage 73,1% does not know anything about the name of the prescribed medicament.

Talking about the awareness of the sickness, a high percentage as much as the 81,7% of patients has little or no knowledge of what the sickness is, as well as the complications that can be involved and only the 18,3% of them knows what their sickness is about, but in a rather superficial way, which means they don't know about its implications.

Describers

Adherence to the treatment, therapeutic adherence, geriatric population, diabetes mellitus and arterial hypertension.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la dimensión con que el paciente sigue las instrucciones médicas; en las cuales se identifica como funciona: la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida. La indicación dada por el prescriptor médico constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y de los principales factores de riesgo existentes para la población (1,2).

A nivel mundial, existe un acelerado incremento de la población geriátrica y afectación en la adherencia terapéutica por las patologías coexistentes, lo que ha provocado un exagerado aumento del consumo de recursos de salud, siendo de alrededor del 40 al 50% del gasto del sistema de salud y del 30 al 40% del consumo de fármacos, de estos porcentajes se determina que el 75% del total de los tratamientos son de patologías de carácter crónico (3).

Al encontrarse afectada la adherencia al tratamiento en los adultos mayores, el sistema de salud lo ha determinado como un problema global. En los países desarrollados el cumplimiento del tratamiento es del 50% y la tasa disminuye en los países en vías de desarrollo, determinando que uno de cada 3 pacientes cumplirá con la adherencia terapéutica. Los factores a determinar son: la edad, el nivel de instrucción, quién administra los fármacos, el uso de pastilleros, la cantidad de medicación (4)(5).

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas de la población geriátrica de la Parroquia San Miguelito, perteneciente al Cantón Pillaro-Provincia Tungurahua.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

La Organización Mundial de la Salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la dimensión con que el paciente sigue las instrucciones médicas; en las cuales se identifica como funciona: la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida. La indicación dada por el prescriptor médico constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y de los principales factores de riesgo existentes para la población. Además se valora donde interviene la decisión del paciente, con la aceptación y el seguimiento de las instrucciones para la toma de la medicación prescrita, así asumiendo un aspecto positivo de compromiso que se va reflejando un mayor sentido de autonomía del paciente en la elección y el mantenimiento de un régimen terapéutico(1,2).

Al mismo tiempo la OMS, establece que como resultado de un envejecimiento gradual y los factores de riesgo la población tiende a la progresión de enfermedades crónicas no transmisibles y posteriores complicaciones por la falta de adherencia al tratamiento lo que contribuye a un porcentaje alto de muertes a nivel mundial. La adherencia terapéutica engloba cuantiosos comportamientos relacionados con la salud y no solamente enfocándose en la toma de medicación y fortaleciendo la relación médico-paciente con una comunicación asertiva (3).

Con todos los problemas encontrados el sistema de salud recomienda; un cumplimiento exitoso en la terapia impartida para que así exista una disminución en el gasto sanitario. El factor de análisis para el paciente va encaminado a observar las actitudes y comportamientos que presenta en la valoración. En la práctica clínica el profesional de salud debe desarrollar un plan terapéutico con la educación necesaria para obtener mejores

resultados. Por el contrario, si existe poca importancia va a existir una educación inadecuada y una falta de seguimiento al paciente, lo cual va a influir en la presentación de complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles, por la falta de adherencia terapéutica o abandono de la misma (6).

Varios estudios, han considerado que la adherencia al tratamiento es un tema controversial, reconocido como un problema de salud en pacientes geriátricos. Las principales características detectadas son los factores determinantes que se pueden presentar para su no cumplimiento, entre los que se engloban los socioeconómicos, el sistema de salud, la enfermedad, el tratamiento y la conducta del paciente, siendo así una causa compleja multidimensional. Los pacientes son considerados adherentes cuando cumple con las instrucciones del profesional de salud y cuando el paciente se sienta satisfecho por los beneficios del tratamiento. Adicionalmente el cumplimiento de la terapia farmacológica permitirá mejorar el pronóstico de las enfermedades, con la consiguiente disminución de factores de riesgo y complicaciones; así como disminuir las visitas a las salas de consulta externa y de emergencia (7).

Para analizar esta problemática nos enfocamos en un fenómeno clínico universal que incurre en personas de cualquier tipo, sobre todo en la tercera edad. Al encontrarse afectada la adherencia al tratamiento en los adultos mayores, el sistema de salud lo ha determinado como un problema global. En los países desarrollados el cumplimiento del tratamiento es del 50% y la tasa disminuye en los países en vías de desarrollo, determinando que uno de cada 3 pacientes cumplirá con la adherencia terapéutica, además se plantean estrategias para el mejoramiento de los problemas de la adherencia debido a los incrementos de costos relacionados a la efectividad y a la seguridad de los medicamentos. Los factores a determinar son: la edad, el nivel de instrucción, quién administra los fármacos, el uso de pastilleros, la cantidad de medicación (4)(5).

La actuación del personal de salud ante los problemas de la adherencia al tratamiento en pacientes propensos o pertenecientes a grupos vulnerables como la población geriátrica es de interés para realizar un análisis sobre las actuaciones del personal y determinar si son o no justificadas en la aplicación. Además la determinación de las necesidades de estrategias específicas para la mejora de la farmacoterapia en dicha población, se observa

que todo esto se pone en manifiesto tanto en el Modelo de Cuidados de Enfermedades Crónicas como en otros modelos de atención específicos para pacientes pluripatológicos y polimedicados que intentan optimizar los recursos para ofrecer una mejor asistencia a estos pacientes (8).

En el Ecuador las enfermedades crónicas prevalentes y que ocupan un porcentaje importante y las primeras ubicaciones en la morbimortalidad son: la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad cardiovascular (como complicación de la hipertensión arterial) y el cáncer. Las enfermedades hipertensivas en el país representaron el 16.6% de muertes, así como la diabetes mellitus representó un 7% de la totalidad de muertes en Ecuador (9).

1.2.2 Análisis crítico

En este contexto, la investigación procura determinar cuáles son las causas de incumplimiento o abandono del tratamiento farmacológico de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas, con medicación continua, debido a que los factores que influyen en la no adherencia son causas de morbilidad y mortalidad evitables. Se concluye que la adherencia al tratamiento es uno de los objetivos principales del sistema de salud, englobando así todos los factores implicados en la salud del paciente (10).

Esta investigación aporta con información sobre los diferentes factores que influyen en una mala adherencia al tratamiento, siendo los principales los relacionados con el paciente como: la edad, instrucción, el cuidador y las características de la medicación, y relacionados con el personal de salud como: brindar una información clara sobre la enfermedad que padece y el uso de la medicación para evitar futuras complicaciones.

1.2.3 Prognosis

Con esta investigación se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas al ofrecer información actualizada a los profesionales de salud, para qué de esta forma se pueda intervenir en los estilos de vida y en los factores que puedan interferir en la adherencia al tratamiento. Si se toma en cuenta las recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento se obtendrá una repercusión

positiva sobre la atención de pacientes crónicos, principalmente en relación a los resultados en salud y los costos sanitarios, al disminuir los ingresos hospitalarios por las complicaciones generadas por las patologías.

Como resultado de una baja adherencia, un número sustancial de pacientes no obtendrán el máximo beneficio de los tratamientos médicos, logrando pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida. Al tomar en consideración los diferentes apartados que se exponen en esta investigación, se podrá realizar un asesoramiento necesario a los pacientes como son apoyo e información para que puedan comprender la importancia de mantener su patología controlada, el uso de medicamentos, identificar fenómenos adversos y conocer que esta responsabilidad esta compartida con los profesionales de la salud.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cómo influye la adherencia terapéutica y cuáles son los principales factores en la población geriátrica con enfermedades crónicas?

1.2.5 Interrogantes

- ¿La edad y los hábitos de los pacientes con enfermedades crónicas influyen en la adherencia al tratamiento?
- ¿Qué conocimiento tienen los pacientes sobre su enfermedad?
- ¿Los pacientes con enfermedades crónicas que creencias tienen con respecto al tratamiento?
- ¿Cuáles son los niveles de adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas?
- ¿La cantidad de medicamentos y las características de los mismos como influye en la adherencia al tratamiento?

1.2.6 Delimitación del objeto de investigación

1.2.6.1 Delimitación del contenido

- Campo: Medicina
- Área: Enfermedades crónicas
- Aspecto: Adherencia al Tratamiento

1.2.6.2 Delimitación Espacial

La investigación se realizó con pacientes con enfermedades crónicas que utilizan medicación continua como diabetes mellitus e hipertensión arterial, en la Parroquia San Miguelito de Pillaro.

1.2.6.3 Delimitación del Tiempo

Esta investigación se dará lugar en el período 2020.

1.3 Justificación

La adherencia al tratamiento a nivel mundial afecta a pacientes geriátricos con enfermedades crónicas no transmisibles en un 50% según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades de relevancia que se encuentran son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, las cuales ocupan los primeros lugares de mortalidad, debido a los factores de riesgo a los que se encuentran predispuestos los adultos mayores. Esta situación se ha visto afectada por el crecimiento poblacional de hombres y mujeres, mayores de 60 años (11,12).

Al existir un crecimiento relevante de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial, también lo hace el impacto de la no adherencia, alterando el equilibrio del paciente. La adherencia al tratamiento sigue siendo uno de los principales problemas para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos, los mismos que no siguen las prescripciones indicadas (13).

La prevalencia de polifarmacia en la población geriátrica es del 60% y muchas de las veces las actuaciones de esta población son justificadas y se ha descrito varios métodos de valoración que sean sencillos en su aplicación. La caracterización del paciente pluripatológico se define como aquel con dos o más enfermedades crónicas de una lista

de categorías clínicas precisas que tienen en cuenta la gravedad o la incapacidad. La prevalencia de estos pacientes es baja en la población general, pero es alta en el medio hospitalario, y en los servicios de medicina interna supone un 38,9% de los ingresos en la unidad (14,15).

En este contexto, la investigación procura determinar cuáles son las causas de incumplimiento o abandono del tratamiento farmacológico de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas debido a que los factores que influyen en la no adherencia son causas de morbilidad y mortalidad evitables. Se concluye que la adherencia al tratamiento es uno de los objetivos principales del sistema de salud, englobando así todos los factores implicados en la salud del paciente (11,16).

Es así que al incrementarse la morbi-mortalidad se dará lugar a la presencia de complicaciones, siendo las más comunes; las secuelas de la hipertensión arterial por los factores de riesgo asociados, que a su vez influirán en la progresión a eventos cerebrovasculares y síndromes coronarios, los que proporcionarán los porcentajes de muertes en el país. También se encuentra la dislipidemia, la diabetes, la obesidad y el sedentarismo asociados con hipertensión arterial son causantes de alrededor de 12% de las muertes en todo el mundo (13,15).

El estudio de la adherencia terapéutica es un aspecto de importancia, se debe comprender la magnitud del tema para la elección de herramientas adecuadas para la determinación de las razones por las cuales se da el problema. Para realizar seguimientos e intervenciones posteriores con el análisis respectivo de bases de datos, recuentos de medicación y evaluaciones (17).

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar la adherencia al tratamiento en la población geriátrica con enfermedades crónicas en la Parroquia San Miguelito-Pillaro.

1.4.2 Específicos

- Aplicar el test de Morisky Green Levine en la población geriátrica para la determinación del nivel de adherencia.
- Fundamentar teóricamente las principales causas que influyen en la adherencia terapéutica mediante la ficha clínica del paciente.
- Diseñar una estrategia para mejorar el grado nivel de adherencia.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

Diversos estudios han determinado que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas define el éxito terapéutico. La adherencia a su vez depende de varios factores tanto del paciente como de su entorno, siendo clave la relación con el medio. En la búsqueda de literatura científica se encontraron estudios relacionados con múltiples factores que influyen en la adherencia al tratamiento que aportan información válida para esta investigación. Se pueden mencionar algunos de los estudios realizados a nivel mundial. Entre los cuales se pueden mencionar los más; citando lo siguiente:

García M, en el año 2019 en México “analiza los factores que influyen en el comportamiento de la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, con un resultado del 70.8% con escolaridad nivel primaria, factores del comportamiento 88% son del paciente y el nivel socioeconómico influye en un 56%, determinado que la población estudiada tiene riesgo”(18).

Ventura M, Ruiz A, en el año 2019 en España menciona: “Las enfermedades crónicas serán la causa principal de las discapacidades, y para el año 2030 se duplicará la incidencia en personas mayores de 65 años. Un 20-50 % de los pacientes no siguen el plan terapéutico de forma adecuada, siendo la dieta una de las principales faltas de adherencia” (19).

Rincón, A; Gusñay, N; Rodríguez V. un estudio realizado en el año 2020 en Ecuador revela: “La hipertensión arterial resultó ser de mayor prevalencia (84 %) entre los pacientes del club de adultos mayores sometidos al estudio, quienes en un 56 % aseguraron presentar al menos dos enfermedades crónicas, lo que justificó que el 64 % de estos pacientes reportaran administrarse diariamente entre 2 y 3 medicamentos. Se evidenció a través del test de Morisky Green que el 64 % de estos pacientes eran inadherentes, con respecto a los esquemas terapéuticos que sostenían para su patología, resultados que coinciden con la tendencia actual” (20).

En base a lo antes descrito se pueden identificar que la adherencia terapéutica es una temática de relevancia que afecta a nivel mundial con cifras alarmantes.

2.2 Fundamentación filosófica

Esta investigación tiene como finalidad dar a conocer el porcentaje de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con medicación continua para diabetes mellitus e hipertensión arterial, además de los factores que influyen en los mismos, con la información proporcionada a través de esta investigación se pretende mejorar la interacción entre los pacientes y el personal de salud.

Por tanto, no hay mejor evidencia que una investigación que exponga información válida y relevante en respuesta a dudas en cuanto a una problemática en salud, que es lo que se muestra en esta investigación. Se sustenta en las ramas filosóficas:

Fundamento ético: es el estudio del carácter general de las normas de conducta del paciente en relación a la toma de la medicación, así como su relación con las relaciones con el personal de salud.

Fundamento epistemológico: todo ser humano tiene presente la reflexión, el interés por conocer, comprender mejor el sentido y el valor de las ciencias, partiendo de una explicación clara del aporte de autores y teorías más significativas en el desarrollo del pensamiento. Al proporcionar la difusión de los conocimientos necesarios y considerando que en la actualidad la medicina basada en evidencia es la mejor certeza científica para la toma de decisiones en relación al cuidado de la salud de los pacientes.

Fundamento axiológico: se pretende crear una participación proactiva que no solo se aplica al personal de salud sino también a los pacientes, los mismos que pueden tomar decisiones sobre aspectos de su propia salud.

2.3 Fundamentación legal

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta artículos que se incluyen en la Nueva Constitución del Ecuador con respecto a la salud, enunciándose seguidamente.

En el art 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el Art. 34.- “El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas”.

En el Art. 358.- “El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.”

2.4 Categorías fundamentales



VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
------------------------	----------------------

Gráfico 1 Variables

Elaborado por: Md Padilla (2020)

Conceptualización de las variables

Adherencia Terapéutica

Es la conducta que presenta la persona en relación a la toma de medicación, régimen alimenticio para un cambio de estilo de vida, con las recomendaciones prescritas por el profesional de salud. Cabe mencionar que la adherencia terapéutica no es solo la toma de medicación por parte del paciente (3).

La Organización mundial de la salud define a la adherencia terapéutica como: un comportamiento de la persona, esta definición se enmarca en el concepto del cumplimiento enfocándose en la expectativa y en la obediencia de los pacientes hacia las prescripciones del personal de salud. En otras definiciones, la adherencia es la constancia en la práctica diaria, así como el fortalecimiento de las conductas de salud, con una participación de forma activa en la toma de decisiones con el paciente. Otro autor hace referencia a la motivación que debe existir en la adherencia, fortaleciendo la comunicación entre el personal de salud y el paciente (21).

La falta de adherencia en tratamientos crónicos afecta a la efectividad de estos, y tiene un impacto negativo en la salud y en el gasto sanitario.

Estimación de la Adherencia

No siempre es se puede conocer si el paciente toma o no la medicación de forma correcta, por tal razón se debe medir la adherencia de forma continua y sistemática en la asistencia médica, con el objetivo de identificar si existen problemas e intervenir de forma rápida y corregirlos. En los tratamientos crónicos es de importancia monitorizar la adherencia, mediante métodos directos e indirectos; mediante métodos directos encontramos la determinación de fármacos en sangre u orina, medición de los resultados clínicos obtenidos en el paciente. Entre los métodos indirectos se encuentra la valoración del profesional de salud, es decir de manera subjetiva, otros métodos tenemos los test, registros de prescripción, recuento de medicación. Cabe mencionar que los Test son el método comúnmente empleado, por su resultado sencillo, asequible y adaptable a las características de cada Centro de Salud (22).

El Test de Morisky Green, originalmente se estudió en pacientes con hipertensión arterial adaptándose para otras patologías, es una de las escalas más empleadas en investigación. Esta escala pretende medir (22):

- Comportamientos relacionados con la toma, la dosis y la frecuencia de la medicación.
- Barreras como la tendencia a olvidar, razones de la enfermedad o efectos secundarios de los medicamentos.
- Creencias asociadas, como preocupaciones personales sobre la seguridad del medicamento.

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

Los factores que en la adherencia fueron los relacionados con el paciente entre ellos el conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas. Factores relacionados con el profesional como: relación médico paciente, tiempo de consulta, falta de conocimiento y falta de adiestramiento. Factores socioeconómicos, costo de atención, costo de medicación, movilización (18,23).

Estrategias para mejorar la adherencia

Para abordar la adherencia es necesario identificar los factores influyentes para poder realizar estrategias individualizadas. Las intervenciones deben ir basadas a la simplificación del tratamiento, tipo educativas, conductuales, psicoafectivas (22).

Los aspectos comunes para la intervención con el fin de mejorar la adherencia, se debe tomar en cuenta; apoyar al paciente sin culparlo, ni juzgarlo, individualizar las intervenciones, generar vínculos de confianza, aceptar los principios de autonomía del paciente en la toma de decisiones, colaboración de manera disciplinar (22).

Población Geriátrica

A nivel mundial la población geriátrica a partir de los sesenta o más años se incrementó en el siglo xx, siendo de 400 millones a 700 millones entre la década de 1950 a 1990, lo que da una estimación calculada al año 2025 de 1200 millones de adultos mayores. Un aproximado del 9% en cada uno de los países en vías de desarrollo. Debido al crecimiento

poblacional del grupo de edad antes mencionado cabe recalcar que existe una progresión de enfermedades crónicas por los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos (24).

La población geriátrica es vulnerable a padecer enfermedades crónicas, alteraciones sensoriales, problemas alimenticios, procesos mentales, incontinencia urinaria, polifarmacia, alteraciones en la marcha y dependencia familiar. Los adultos mayores no suelen expresar sus alteraciones en el estado de salud debido a que se idealizan como malestares propios de la edad, la comunicación es deficiente con el personal de salud lo cual va a dificultar el reconocimiento diagnóstico. En la consulta clínica se realizará un proceso diagnóstico integral que se denomina valoración geriátrica integral, el que nos va a permitir detectar y valorar los problemas, así como las necesidades del adulto mayor. Cada uno de los países disponen de instrumentos para valorar y mejorar el estado de salud de la población en estudio. Además es importante mencionar que el personal de salud aún presenta deficiencias en la intervención de la parte social de cada uno de los pacientes (25).

Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas son patologías de progresión lenta y de larga duración, consideradas no transmisibles y una de las primeras causas de muerte en el mundo, entre ellas se encuentran enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes y patologías neurológicas. Lo cual representa un 63% de mortalidad mundial siendo un porcentaje mayor en el sexo femenino mayores de 60 años, las causantes de mortalidad prematura son la depresión, demencias, cardiopatías isquémicas, enfermedad cerebrovascular, cáncer pulmonar, alcoholismo, artrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (26).

La progresión de las enfermedades se ven afectadas por los factores de riesgos a los cuales se encuentran expuestos los pacientes, entre ellos se incluyen sedentarismo, hábitos alimenticios poco saludables, abuso de sustancias alcohol y tabaco; incrementando la prevalencia de hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, que a su vez se ve afectado también por problemas socioeconómicos de la población (27).

Hipertensión Arterial

Es una enfermedad crónica que de acuerdo al reporte del Joint National Committee of Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos; se estima que una persona mayor de 18 años sea hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) igual o mayor a 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) igual o mayor a 90 mmHg (28).

La hipertensión arterial en varias ocasiones se presenta con una evolución silenciosa o de progresión lenta, se presenta en todas las edades teniendo preferencia en el grupo de edad de 30 a 50 años y que con el paso del tiempo va ocasionar daños que son significativos en los órganos blancos. Su prevalencia se atribuye al incremento de la población geriátrica y a los factores de riesgos que están relacionados con su edad (29).

La evaluación inicial del paciente con hipertensión debe ser confirmado por: el diagnóstico, las causas y la evaluación de riesgo cardiovascular. Para lo cual se debe realizar una historia clínica completa y exámenes complementarios.(30)

Etiología

La hipertensión arterial no es solo una enfermedad de elevación de la presión arterial sino un síndrome, el cual se ve afectado por varios factores de riesgo que pueden ser modificables y no modificables; siendo los principales de riesgo cardiovascular, hábitos perniciosos, sedentarismo, estrés y la hipertrofia ventricular izquierda (29).

La etiología es variada de acuerdo a procesos biológicos entre mujeres y hombres, existiendo diferencias hormonales que influyen en la función genética de los cromosomas sexuales, dando resultados distintos en la prevalencia y condiciones de la patología (31).

Los factores asociados al desarrollo de hipertensión arterial son:(30) (32):

- Edad avanzada
- Etnia afrodescendiente
- Diabetes Mellitus
- Sedentarismo

- Obesidad
- Ingesta alcohólica
- Tabaquismo
- Antecedentes familiares y genética
- Dieta no saludable

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante la medición de la presión arterial de una forma estandarizada evitando alteraciones y que sean valorados con materiales adecuados y validados. Las tomas pueden ser en horas de la mañana o en la tarde, se mide en los dos brazos, la posición en la que debe ubicarse el paciente es sentado o en decúbito supino tras el lapso de reposo de un alrededor de 10 minutos e inmediatamente tomar luego de ponerse de pie para la valoración de hipotensión ortostática, además tomar mediante palpación debe ser estimada la presión arterial sistólica, debido a que puede existir desaparición temporal de los ruidos de Korotkoff, evitar tomar la presión arterial luego de la ingesta de las comidas, actividades de esfuerzo o situaciones de estrés para evitar valores alterados (33).

El diagnóstico precoz es de gran importancia para evitar el desarrollo de complicaciones que se pueden presentar como las enfermedades cardiovasculares. En consulta la toma de la presión arterial solo proporciona información del momento con la presencia de sesgos propios de la variabilidad intrínseca. Por lo que estudios han demostrado que la monitorización ambulatoria de la presión arterial presenta un predominio pronóstico, permitiendo la detección de hipertensión enmascarada evitando sobre diagnósticos. Esta técnica diagnóstica de hipertensión es reconocida por varias Guías Británicas, Europeas y Canadienses (34).

Tratamiento

La mayoría de los pacientes diagnosticados van a requerir terapia medicamentosa, iniciando con una monoterapia con hipertensión arterial primaria leve o adultos mayores más de 80 años o frágiles con valores de tensión arterial mayores de 160mmHg; mientras

tanto a los demás pacientes se les iniciará el tratamiento farmacológico con valores superiores a 140mmHg de presión arterial y con modificación en el estilo de vida de los pacientes en tratamiento recomendado, consiste en utilizar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina-IECA como medicamento de primera línea solo o combinado; siempre y cuando se valore los estadios de hipertensión y además valorar patologías asociadas, la edad, sexo y la raza del paciente (30) (35).

El tratamiento antihipertensivo combinado es para pacientes que presentan una hipertensión grado 2 o 3 y que presenten factores de riesgo como enfermedad cerebro vascular, diabetes o lesión de órganos Diana. Los valores de presión arterial son presión arterial sistólica-PAS 160mmHg y presión arterial diastólica-PAD 100mmHg. Las combinaciones recomendadas son las que presentan un bloqueador del sistema renina-angiotensina como un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), o un bloqueador del receptor de angiotensina II (ARAI) en combinación con un diurético o un antagonista de calcio (30) (36).

A los pacientes con hipertensión maligna que tengan o no falla renal aguda es recomendable reducir los valores de la tensión arterial media entre el 20-25%. En afrodescendientes se debe iniciar con un diurético o antagonista de los canales de calcio en combinación o no con los ARAII. No se recomienda el uso de Betabloqueantes como manejo de primera línea, debido a circunstancias específicas (30) .

En la hipertensión arterial resistente el manejo farmacológico debe seguir la siguiente secuencia y referir para manejo de especialidad (37):

- Optimizar la terapia farmacológica
- Adecuar los diuréticos
- Antagonista aldosterónico
- Medicación adicional

Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, representa del 90 – 95% de todas las diabetes, con frecuencia no se diagnostica por muchos años, debido a la hiperglicemia gradual que va teniendo el paciente y en las primeras etapas no se muestra lo suficientemente grave ya que no existe la aparición de síntomas clásicos, lo cual va a predisponer al desarrollo de complicaciones macrovasculares y microvasculares (38). Se debe tomar en cuenta que la mayoría de veces se encuentra con patologías asociadas entre ellas la hipertensión, eventos cerebrovasculares, dislipidemia, albuminuria y retinopatía (39).

Las principales complicaciones con la que debuta la diabetes mellitus son de tipo clínico como: enfermedad renal crónica, pérdida de visión, poli neuropatía, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, inmunosupresión. Por lo expuesto se considera una enfermedad de alta prevalencia en países en vías de desarrollo, además la demanda de pacientes supera al talento humano en las áreas de salud con déficit de endocrinólogos, internistas, nefrólogos, cardiólogos y es de gran importancia que el personal de medicina familiar se encuentre capacitado en el tema para poder descongestionar desde el primer nivel (40).

Etiología

La Diabetes mellitus tipo 2 en una etapa inicial se presenta asintomática y muchas de las veces pasa inadvertida antes de su diagnóstico por varios años. La principal alteración de los pacientes es de las vías metabólicas afectando a los islotes pancreáticos, hígado, tejidos periféricos y tejido adiposo. La sintomatología inicial es polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso. La resistencia a la insulina se presenta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (41).

Cuando existe una alteración en el páncreas, la insulina no es reconocida por las células para que la glucosa cumpla sus funciones y para compensar se incrementa su producción. Al pasar el tiempo las concentraciones elevada de glucosa en sangre empiezan a producir complicaciones como enfermedades de corazón, enfermedades renales, ceguera, problemas en los nervios y en las extremidades, las mismas que se producen de forma

gradual. La diabetes mellitus tipo 2 es considerada una enfermedad multifactorial en la que intervienen factores genéticos y ambientales, dentro de los cuales los predominantes son antecedentes familiares, sedentarismo, obesidad o dieta deficiente, raza y etnia (38) (41).

Diagnóstico

La Diabetes Mellitus puede diagnosticarse en función de los criterios de glucosa, ya sea en ayunas, o con prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75g a las 2 horas de la primera toma. O con los valores de la hemoglobina glicosilada, se señala que estas pruebas deberían ser necesarias como prevención primaria prevención de la diabetes tipo 2. Los marcadores de riesgo: 86% de los pacientes con DM tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad y solo el 55% de pacientes con DM tipo 1.

Criterios diagnósticos para diabetes (38) (42) (43):

- FPG \geq 126 mg/dL(7.0 mmol/L). El ayuno se define como no ingesta calórica durante al menos 8 h*
- PG de 2 h \geq 200 mg / dL (11,1 mmmol / L) durante la OGTT. La prueba debe realizarse según lo descrito por la OMS, utilizando una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.*
- A1C \geq 6,5 (48 mmmol / mol). La prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método que esté certificado por NGSP y estandarizado para el ensayo DCCT.*
- En un paciente con síntomas clásicos de crisis hiperglucémica, una glucosa plasmática aleatoria \geq 200 mg / dl (11,1 mmol / l)

Tratamiento

De acuerdo al ADA 2020 se recomienda: Intervención es estilos de vida. - en el programa de intervención para lograr una pérdida de peso corporal 7% e incrementar la actividad física al menos 150 minutos a la semana. En el consumo de tabaco monitoreando el desarrollo de diabetes y recibir intervenciones sobre la deshabituación (38).

Tratamiento no farmacológico.- Es recomendable realizar un programa de educación basado en la evidencia que presenta una estructura y que sea adaptado para las necesidades del paciente y el entorno, para así motivar en el control de la enfermedad (43).

Tratamiento farmacológico. - se recomienda terapia con el uso de Metformina para la prevención de diabetes tipo 2 debe ser considerado en personas con un IMC ≥ 35 kg/m², mayores de 60 años y mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, hay que tomar en cuenta que el uso prolongado de metformina puede estar asociado con deficiencia de vitamina B12. Las dosis deben iniciarse con dosis bajas e ir incrementando progresivamente hasta alcanzar dosis máxima en controles subsecuentes desde 500mg hasta 2550mg y se debe realizar un control de hemoglobina glicosilada de forma trimestral. En el adulto mayor solo se recomienda 1700mg diario (38).

Si existe fallas en la monoterapia con la aplicación a dosis máximas, los pacientes que acuden con valores de HbA1c: $< 8\%$ con comorbilidad y/o $> 8\%$ pero menores a 9% . Se debe elegir un segundo medicamento oral como una sulfonilurea de segunda o tercera generación. Se puede prescribir la glibenclamida.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

La investigación se fundamenta en un estudio con determinación cuantitativa, transversal y descriptiva, que determina el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adscritos a la parroquia San Miguelito (43).

El abordaje es de tipo cuantitativo porque se recolectó información numérica y se procedió al análisis mediante técnicas estadísticas para determinar el grado de adherencia y describir el mismo, de acuerdo a los factores que influyeron en la adherencia a tratamientos farmacológicos en el grupo de pacientes estudiados (44).

3.2 Modalidad básica de la investigación

La modalidad en la que se basó la investigación fue documental, porque se determinaron los diferentes factores personales que influyen en una mala adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas.

3.3 Nivel o tipo de investigación

La determinación de tipo descriptivo se basa en los estudios no experimentales, donde se busca observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural, además en ciertas circunstancias proveer un punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría. En este caso se buscó observar, analizar y describir la situación de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas (45).

La transversalidad del estudio se debe a la dimensión temporal, debido a que la medición de variables se dará en un momento único, el cual se realizará en un periodo posterior durante el año 2019 (46).

3.4 Población y muestra

Teniendo que el universo “es un conjunto global de casos que satisface una serie predeterminada de criterios”. La muestra representa un subconjunto de unidades que integran a la población, y el muestreo se refiere al proceso de seleccionar una parte de la población que la representa en su conjunto (47).

La población en estudio son pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas entre ellos hipertensos y diabéticos adscritos al Centro de Salud de San Miguelito tipo A. Los pacientes cumplen los siguientes criterios de inclusión y exclusión para estar inmersos en el estudio. La muestra de estudio es de 93 pacientes crónicos de los cuales se estudió el 100% de ellos. (48).

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión a tomarse en cuenta son:

- Edad. - población mayor a 65 años.
- Género. - hombres y mujeres.
- Enfermedad Crónica. - hipertensión y diabetes mellitus.
- Esquema terapéutico. - establecido por el profesional de salud.
- Residencia. - habitantes de la Parroquia San Miguelito de Pillaro.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten la participación en el estudio.
- Pacientes con capacidad limitada de proveer información (discapacidad intelectual)
- Lugar de residencia fuera de la parroquia

3.5 Operacionalización de variables

Tabla I Variable Dependiente

CATEGORIA	VARIABLE CONCEPTUAL	VARIABLE REAL	INDICADORES	ESCALA
Adherencia al tratamiento farmacológico	Adherente	Responde positivamente al test de Morisky y Green	Adherente No adherente	Si / No

Elaborado por: Padilla V. (2020)

Tabla II Variable Independiente

CATEGORIA	VARIABLE CONCEPTUAL	VARIABLE REAL DIMENCIONAL	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo de vida de una persona	Cuantitativa	Años cumplidos	Mayores de 65 años
Sexo	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y biológicas que caracterizan cada sexo.	Cualitativa nominal	Según sexo biológico	Hombre Mujer
Comorbilidades	Comprende a las enfermedades crónicas	Cualitativa nominal	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus	Si/No
Tratamiento	Medicación prescrita por el profesional médico de acuerdo a patología	Cuantitativa	Conteo de medicación	Completo e incompleto

Elaborado por: Padilla V. (2020)

3.6 Plan de recolección de información

Instrumentos

El instrumento que se utiliza es el Test de Morisky Green Levine (tabla 11), que se aplicará a 93 pacientes, en forma de encuesta en el domicilio del paciente, o en el centro de salud en los controles subsecuentes (49).

Como método complementario se aplicó la ficha para paciente aprobada en el comité de ética en la cual determinamos los factores que pueden influir en la no adherencia (tabla 12).

Estructura del instrumento

El Test de Morisky-Green-Levine. - Es el test de cumplimiento auto comunicado, que mide la adherencia terapéutica, siendo un método indirecto de medición, tipo encuesta que consta de cuatro preguntas con respuestas cerradas (SI/NO). La orientación del test considera al paciente adherente si las respuestas son negativas (NO) y si existe una respuesta positiva (SI) se considera no adherente (49).

La ficha de paciente consta de datos personales, nombres, apellidos, documento de identidad, género, diagnóstico (diabetes o hipertensión) y de 4 preguntas con preguntas con respuestas (si/no), las preguntas son: ¿vive solo?, ¿conoce el nombre de la medicación que toma?, ¿conoce de que se trata su enfermedad? y la cantidad de pastillas que tiene al momento (contaje).

Procedimientos

- El consentimiento informado.- Un documento médico legal que nos da la constancia de la información de la investigación a realizarse y la aceptación del paciente para la participación en el estudio (tabla 10) (50).
- Ficha clínica. - Un documento requerido para la confirmación de datos y diagnósticos de la población en estudio (tabla 11).
- Dentro de los procedimientos se procederá a la aplicación del test de Morisky-Green-Levine con preguntas estándar, ya que es de bajo costo y fiable para la

determinación de la adherencia terapéutica. Posee baja sensibilidad y bajo valor predictivo negativo (tabla 12) (51).

3. 7 Plan de procesamiento de la información

Una vez recogidos los datos a través de los instrumentos como la ficha técnica del paciente y la aplicación del Test, entre otros, se inició el procesamiento y análisis de los datos referentes a cada variable objeto de estudio, para su posterior presentación de resultados. Se procedió a clasificación, registro. Tabulación y codificación por pacientes y respuestas. Se utilizó técnicas estadísticas mediante el procesador SPSS Statistics 25, para la obtención de tablas.

CAPÍTULO 4.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Durante el periodo Octubre – diciembre 2019 se realizó la aplicación del Test de Morisky Green Levine a pacientes adultos mayores que asisten al Club de la parroquia, además los cuales fueron seleccionados a partir de los parámetros regidos en esta investigación.

Una vez aplicado los instrumentos de recolección de información se procedió al análisis de los mismos.

Con relación a la edad se aprecia edades comprendidas entre los 65 a 100 años de edad, clasificados en adultos mayores o población geriátrica.

Tabla III. Relación Género- Diagnóstico

		DIAGNÓSTICO		Total	Porcentaje
		Diabetes Mellitus	Hipertensión		
GÉNERO	F	10	47	57	61.3 %
	M	11	25	36	38,7%
Total		21	72	93	100%

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

En el proceso de aplicación del test se identificó que el 61,3% pertenecía a la población Femenina que padecían diabetes o hipertensión arterial, mientras el 38,7% es de la población masculina, lo cual establece que el porcentaje mayor se encuentra caracterizado por mujeres de la población de estudio.

De acuerdo a la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles se detecta que en un mayor porcentaje se presenta con un 77,4% la presencia de Hipertensión arterial, seguida de un 22,6% de Diabetes Mellitus, siendo las patologías con medicación continua y más frecuentes en la localidad de estudio.

Tabla IV. Factores asociados a la adherencia al tratamiento

Respuesta	Vive solo o con un familiar		Conocimiento de la enfermedad		Conocimiento sobre la medicación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	21,5%	25	26,9%	17	18,3%
NO	73	78,5%	68	73,1%	76	81,7%
Total	93	100%	93	100%	93	100%

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

En los factores asociados a la adherencia al tratamiento se determinó en el transcurso de la investigación y como factor de importancia los porcentajes de cada uno de los indicadores; es así, el porcentaje de adultos que se encontraban dentro de un ámbito familiar estable y los que viven solos, considerándose un factor de riesgo de importancia para la adherencia. En sí el 21,5% de los mismos viven solos y un 78,5% viven con al menos una persona o familia.

En el área del conocimiento acerca del nombre de medicación, se determina que apenas el 26,9% sabe el nombre de la medicación prescrita por parte del personal de salud y un gran porcentaje siendo el 73,1% No tiene conocimiento del nombre de la medicación, detectándose así otro factor de riesgo.

Se determinó que sigue prevaleciendo el desconocimiento en relación de que se trata la enfermedad en la población de estudio con un porcentaje alto se encuentra 81,7% de pacientes que desconocen de que se trata su enfermedad y las complicaciones que pueden

conllevar las mismas. Y solo el 18,3 % conoce de que se trata su enfermedad, pero de forma superficial, es decir no conocen sus complicaciones.

Tabla V. Contaje de Pastillas

Pastillas	Frecuencia	Porcentaje
1-15	40	43,0%
16-30	50	53,7%
31-45	1	1,1%
46-60	2	2,2%
Total	93	100%

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

En los pacientes estudiados la media en el conteo de pastillas llegó a ser de 1 a 15 pastillas siendo en un 43,0%, 16-30 pastillas 53,7% entre los porcentajes más altos, debido a que se lo realizó la investigación a mediados de mes; así como se determinó que había pacientes que no acudían a consulta o que el centro de salud no contaba con dicha medicación y tenían que adquirirla de forma particular y no tenían recursos económicos, por lo cual tenían escasa medicación.

Tabla VI. Determinación de cumplimiento mediante el Test de Morisky

	Frecuencia	Porcentaje
NO	65	69,9%
SI	28	30,1%
Total	93	100%

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

En la determinación del cumplimiento debemos tener 3 respuestas negativas y una positiva para poder realizar la determinación del cumplimiento, si las mismas se encuentra con respuestas No/Si/No/No, si alguna de estas respuestas no se responde de dicha manera el test se vuelve negativo de inmediato por la falta de cumplimiento. De acuerdo a los estándares planteados para el Test se llega a determinar que el 69,9% de pacientes NO es cumplidor o no adherente al tratamiento y solo el 30,1% son pacientes Adherentes.

Tabla VII. Pregunta 1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?

		Frecuencia	Porcentaje
	SI	48	51,6%
	NO *	45	48,4%
	Total	93	100%

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

Al ser la respuesta positiva negativiza el Test. Hablamos de un grupo vulnerable al referirnos a la población geriátrica por lo que existen olvido por parte de los pacientes en la toma de medicación, es así, que influye el vivir solos, las condiciones socioeconómicas y la falta de conocimiento que tienen de la enfermedad. Correspondiendo al 51,6% de pacientes se olvidan de tomar los medicamentos y un 48,4% si lo recuerdan.

Tabla VIII. Pregunta 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

		Frecuencia	Porcentaje
	SI *	62	66,7 %
	NO	31	33,3%
	Total	93	100 %

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

Al ser la respuesta positiva se mantiene la respuesta del Test. Se determina que el 66,7% de pacientes toman la medicación a la hora indicada y el 33,3% tiene un olvido de la toma, por lo que es administrada a diferentes horas.

Tabla IX. Pregunta 3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	33	35,5%
NO *	60	64,5%
Total	93	100%

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

Al ser la respuesta negativa se mantiene la respuesta del Test. Debido a la falta de conocimiento el mayor porcentaje de adultos mayores dejan de tomar la medicación cuando suponen estar estables por lo que el 64,5% deja de tomar la medicación y apenas el 35,5% no realiza el abandono.

Tabla X. Pregunta 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	49	52,7 %
NO *	44	47,3 %
Total	93	100 %

Fuente: Ficha de paciente

Elaborado por: Md Padilla (2020)

Al ser la respuesta positiva se negativiza el Test. En respuesta a la pregunta se define que el porcentaje del no tomar la medicación se encuentra en el 52,7% y que las respuestas negativas son el 47,3%.

DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados y tomando en cuenta lo que la OMS, nos menciona sobre la adherencia al tratamiento y que con frecuencia se ve afectada por diversos factores que pueden ser de los pacientes o relacionados con la relación médico-paciente. En varios estudios previos a esta investigación se pueden obtener resultados similares al de este estudio, los cuales nos servirán para poder en un futuro realizar una estrategia de acción para superar el problema.

En la ciudad de Riobamba- Ecuador, se evaluó la adherencia terapéutica en 25 pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, arrojaron resultados de las variables sociodemográficas, que mostraron un predominio con 80 % de género femenino y un promedio de edad de 70,2 años, Con respecto al grado de instrucción, el 60 % de los adultos mayores aseguraron haber culminado la instrucción primaria, el 28 % la secundaria y el 12 % no haber asistido a ningún centro educacional los pacientes con menor instrucción académica no comprenden correctamente las indicaciones recomendadas por el médico, lo que dificulta el cumplimiento de las dosis terapéuticas, propiciando el abandono de la terapia farmacológica. En cuanto al sistema de apoyo al paciente, se identificó que el 56 % de los adultos mayores vivían con sus hijos, el 36 % con su cónyuge y el 8 % vivían solos. En cuanto a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), la Hipertensión Arterial de mayor prevalencia (84 %), la Diabetes Mellitus en un 40 % (20).

El nivel de conocimientos que tienen los pacientes en la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas, en relación a su enfermedad, es intermedio con 49.1 %; el 44.3 % con un conocimiento inadecuado y solo 6.6 % poseen un conocimiento adecuado, los pacientes que cuentan con más de 20 años de padecer la Diabetes Mellitus tipo 2, el 6.60 % poseen conocimiento inadecuado y 5.66 % cuentan con un conocimiento intermedio. Al evaluar los factores que influyen en el comportamiento de adherencia al tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, quien obtuvo el mayor porcentaje con 88 %, fueron los factores relacionados con el paciente (conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas) (18)

En relación a la aplicación del test de Morisky en un total de 198 pacientes hipertensos estudiados, se identificó solo el 43,9 % de los pacientes se encontraron adheridos, mientras que el 56.1% No se encuentran adheridos al tratamiento farmacológico. El 71,7 % de los pacientes se encontraban controlados, de ellos el 41,9 % estaban adheridos farmacológicamente, con asociación significativa (52).

Es necesario trabajar para elevar los niveles de adherencia terapéutica y no terapéutica en aras de lograr un mejor control de la enfermedad en los pacientes estudiados.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De acuerdo a los parámetros evaluados se puede concluir que no existe una buena adherencia terapéutica en el grupo de edad evaluado con un porcentaje relevante, siendo un llamado de atención para valorar la presencia de posibles predictores que afectan al paciente, además se debe tomar en cuenta que las enfermedades crónicas deben ser controladas de forma continua para evitar complicaciones a futuro.

Para la valoración de la adherencia es imprescindible utilizar diferentes métodos de medida con la finalidad de evitar sesgos al no existir un criterio único estandarizado. Por lo cual se tomó de referencia el test de Morisky Green Levine, siendo el más utilizado a nivel mundial, de fácil aplicación y muy entendible para la población estudiada, consta de cuatro preguntas relacionadas a la toma de medicación y como se siente con la misma, el estándar de calificación va con respuestas no/si/no/no, se debe mencionar que una pregunta con respuesta errónea va a negativizar el test.

Otro de los métodos utilizados fue la aplicación de la ficha del paciente que consta de preguntas relacionadas con el ambiente sociocultural de la persona. Siendo la adherencia terapéutica una conducta de difícil valoración por su carácter multicausal. Dentro de los factores que intervienen en los pacientes cabe recalcar que la edad, el ambiente familiar, el desconocimiento acerca de la enfermedad y la toma de medicación son los responsables de descompensaciones de los pacientes, así como en la calidad de vida de cada uno.

La adherencia terapéutica debe ser una prioridad para el sistema sanitario por su prevalencia y consecuencias en la salud de la población. El abordaje del profesional de salud es fundamental en el equipo multidisciplinar, para llevar a cabo intervenciones adecuadas que deben ser dialogadas con el paciente considerando las necesidades y problemas del mismo. Además, la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales y la simplificación del tratamiento a largo plazo son claves para mejorar la adherencia al tratamiento.

5.2 Recomendaciones

Para mejorar la adherencia al tratamiento se recomienda identificar los factores influyentes de forma oportuna en cada uno de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que se debe trabajar en la relación médico-paciente brindando una atención de calidad y calidez, debido a que nos encontramos frente a una población que pertenece a un grupo vulnerable, lo que implica una intervención prioritaria en la cual debe estar presente el cuidado, la educación y el fortalecimiento del adulto mayor en relación a su patología y así evitar consecuencias en su salud.

La aplicación de herramientas para valoración desde el inicio de la prescripción, es muy necesaria ya que nos permitirá que haya una gran probabilidad que el paciente termine y continúe con el tratamiento. Dentro de las herramientas útiles se encuentran los test ya validados a nivel mundial para la determinación del grado de adherencia que son de fácil aplicación y de interpretación rápida lo que permitirá realizar intervenciones dirigidas a personal de salud, pacientes identificados o al cuidador del mismo, para así realizar sugerencias sobre la toma de medicación.

Como estrategia de trabajo en la población geriátrica el enfoque debe guiarse en varios parámetros como son: fármaco, dosis, frecuencia, administración de medicación, si existe autonomía por parte del paciente o enfocarnos en el trabajo con los cuidadores o responsables legales, además el análisis de las preocupaciones y creencias de cada familia, a esto se le puede sumar errores médicos por el tiempo limitado para la atención como son la letra no clara, prescripciones cerradas, lenguaje técnico que son los más comunes.

Para alcanzar resultados esperados es fundamental la relación interprofesional que nos permitirá una buena adherencia, así que todos los profesionales deben estar capacitados del proceso que debe seguir el paciente, desde la prescripción médica, dispensación y seguimiento siempre utilizando un lenguaje claro y sencillo y así se podrá conseguir una mejor calidad de vida para los adultos mayores.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

Tema: Intervención educativa a profesionales de salud sobre adherencia al tratamiento en adultos mayores en el Cantón Pillaro.

Autora: Verónica Elizabeth Padilla Vinueza

C.I: 1719663716

Dirección: Ambato, Izamba, Yacupamba, calles Paso lateral y Zoilo Ortega s/n

Teléfono: 032498330-0994856945

Email: veropadilla2013@gmail.com

Tutor: Dr. Jorge Marcelo Morales Solís

6.2 Antecedentes de la propuesta

La adherencia al tratamiento siendo uno de los problemas que se acarrea a nivel mundial especialmente en los adultos mayores y al confirmarlo con la finalización de la investigación, podemos identificar varios factores que influyen en la misma como son el nivel educativo del paciente, desconocimiento de la patología y de la medicación, el vivir solos, además del manejo incorrecto de las pastillas.

6.3 Justificación

La investigación aportó datos relevantes del por qué se ve afectada la adherencia terapéutica en la población geriátrica, detectándose factores de riesgo que influyen en la población establecida. Por lo que surge la necesidad de realizar una intervención educativa a los profesionales de la salud para que ellos conozcan el porcentaje de no adherencia al tratamiento y se logre educar de mejor forma al paciente o al cuidador para que no exista falla o abandono del tratamiento y se pueda evitar complicaciones futuras. El personal de salud de acuerdo a la literatura se encuentra en constante actualización de conocimientos

por lo que se amerita fortalecer el área de educación sobre cómo educar a un adulto mayor con el diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión arterial, en la toma de su medicación continua.

Se han realizado varios estudios en los que se reportan diversas investigaciones para determinar diferentes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica; en las cuales se ven inmersos los factores influyentes para de acuerdo a eso enfocarse a mejorar los factores que influyen en ésta; pero se debe hacer hincapié en cada una de ellas para el máximo beneficio terapéutico. La FDA se está basando en métodos para medir y monitorear la adherencia en las que de forma directa interviene el personal de salud mediante empatía con el paciente, para posterior realizar un seguimiento mediante call center o páginas web para determinar el porcentaje logrado.

En vista que se trata de un problema multifactorial, las estrategias deben ser por parte del profesional de salud ya que si no se actúa a tiempo podemos tener complicaciones futuras, debido a que no se realiza una intervención de forma individual; las estrategias a seguir son: educativa/conductual, apoyo familiar o social, estrategia técnica y estrategia para el profesional sanitario.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

Elaborar una intervención educativa sobre adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles, para profesionales de la salud Médicos, enfermeras y Técnicos de atención primaria en salud del Cantón Pillaro.

6.4.2 Específicos

- Socializar los resultados obtenidos en la investigación al personal de salud del Cantón Pillaro
- Establecer las principales dificultades en la educación al paciente sobre la toma de medicación
- Determinar los factores que influyen en la relación médico paciente

6.5 Análisis de factibilidad

Se determina que es factible realizar la propuesta ya que se cuenta con las medidas necesarias para realizarla como es el apoyo del personal de salud ya que no se incurriría en gastos económicos, debido a que las acciones educativas serían por parte de la autora de investigación y el personal de salud.

6.6 Fundamentación

En los pacientes con enfermedades crónico degenerativas se requiere la intervención de un equipo multidisciplinario para realizar intervenciones de autocuidado y educación terapéutica. En este grupo de pacientes existen factores de riesgo prevenibles y modificables, en los que se requiere que los usuarios tengan un conocimiento y midan el impacto de los factores que afectan la enfermedad y así puedan incorporar hábitos permanentes en el estilo de vida.

En el sistema sanitario existen efectos negativos que influyen en la adherencia al tratamiento de la población geriátrica, claros ejemplos son la infraestructura inadecuada, recursos deficientes, carga excesiva del personal de salud, consultas breves y carentes de información, deficiente capacidad de educación sobre la temática y seguimiento de cada uno de los pacientes e intervenciones fallidas de seguimiento.

La falta de adherencia se asocia con el aumento en las complicaciones de pacientes crónicos y así con el incremento de las hospitalizaciones y el costo de los recursos sanitarios, así como el desgaste del personal de salud. Para mejorar la adherencia al tratamiento se requiere evaluar diversas áreas de oportunidad en donde se puede intervenir. Ya identificada la problemática que afecta la adherencia terapéutica, se construyen de manera individualizada las estrategias y las intervenciones.

Se debe evaluar el actuar médico y las propuestas planteadas; pese a que no existen estándares para la medición del cumplimiento del tratamiento. Se han empleado cuestionarios estructurados, entrevistas intencionadas, conteo de tabletas, sistemas de monitoreo por computadora e incluso determinación de concentración sérica de los

medicamentos, por lo que se pueden emplear, según el caso, cualquiera de los métodos señalados. Las estrategias planteadas para mejorar la adherencia al tratamiento son:

- Estrategia educativa/conductual: la información debe ser personal, enfocada a las deficiencias que se identifiquen en el paciente, de forma escrita u oral. En caso de que no sepa leer, se puede implementar una estrategia audiovisual o con visitas a domicilio y sesiones educativas grupales, así como un sistema de recordatorios (alarmas, llamadas, correos, etcétera). También se debe esclarecer toda duda y rebatir muchas creencias y prejuicios; de igual forma proporcionar toda la información posible sobre el padecimiento y los efectos adversos del tratamiento, así como enfatizar los factores identificados que puedan alterar la adherencia terapéutica.
- Estrategia de apoyo familiar o social: el tratamiento debe ser integral, así la familia podrá aconsejar y apoyar al paciente en todo momento.
- Estrategia en técnica: se implementa un esquema terapéutico sencillo, de fácil comprensión y ejecución, reduciendo el número de tomas al día y evitando hacer cambios constantes en el tratamiento.
- Estrategia para el profesional sanitario: el objetivo es conseguir un adecuado uso y apego de los medicamentos mediante campañas de salud y enseñanza al personal sanitario, así como transmitir el conocimiento acerca del padecimiento y adaptarlo al paciente para mejorar el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. La constante actualización del profesional de la salud hace que el tratamiento sea óptimo; de la misma manera, el seguimiento del paciente y el control del mismo favorecen la adherencia.

6.7 Metodología. Modelo operativo

Fases	Metas	Actividades	Tiempo	Responsable	Resultados
Vinculación	Establecer vínculo con los profesionales de salud del Cantón Pillaro para intervenir en la adherencia al tratamiento	Coordinación con los equipos de los Centros de salud y el Hospital Pillaro, para implementar la propuesta	Junio 2021	Investigadora	Integración de los profesionales de salud
Socialización	Dar a conocer los resultados obtenidos en la investigación realizada, para la toma de decisiones.	Difundir los resultados de la investigación	Julio 2021	Investigadora	Actualización de conocimientos a cada uno de los profesionales de salud
Evaluación	Implementar los Test necesarios para medir la adherencia al tratamiento en cada una de las unidades.	Aplicación de test	Agosto 2021	Investigadora	Fomentar el uso de test para la medición de la adherencia en patologías crónico degenerativas

Tabla № Plan Operativo

Elaborado por: Md Padilla (2020)

6.8 Administración

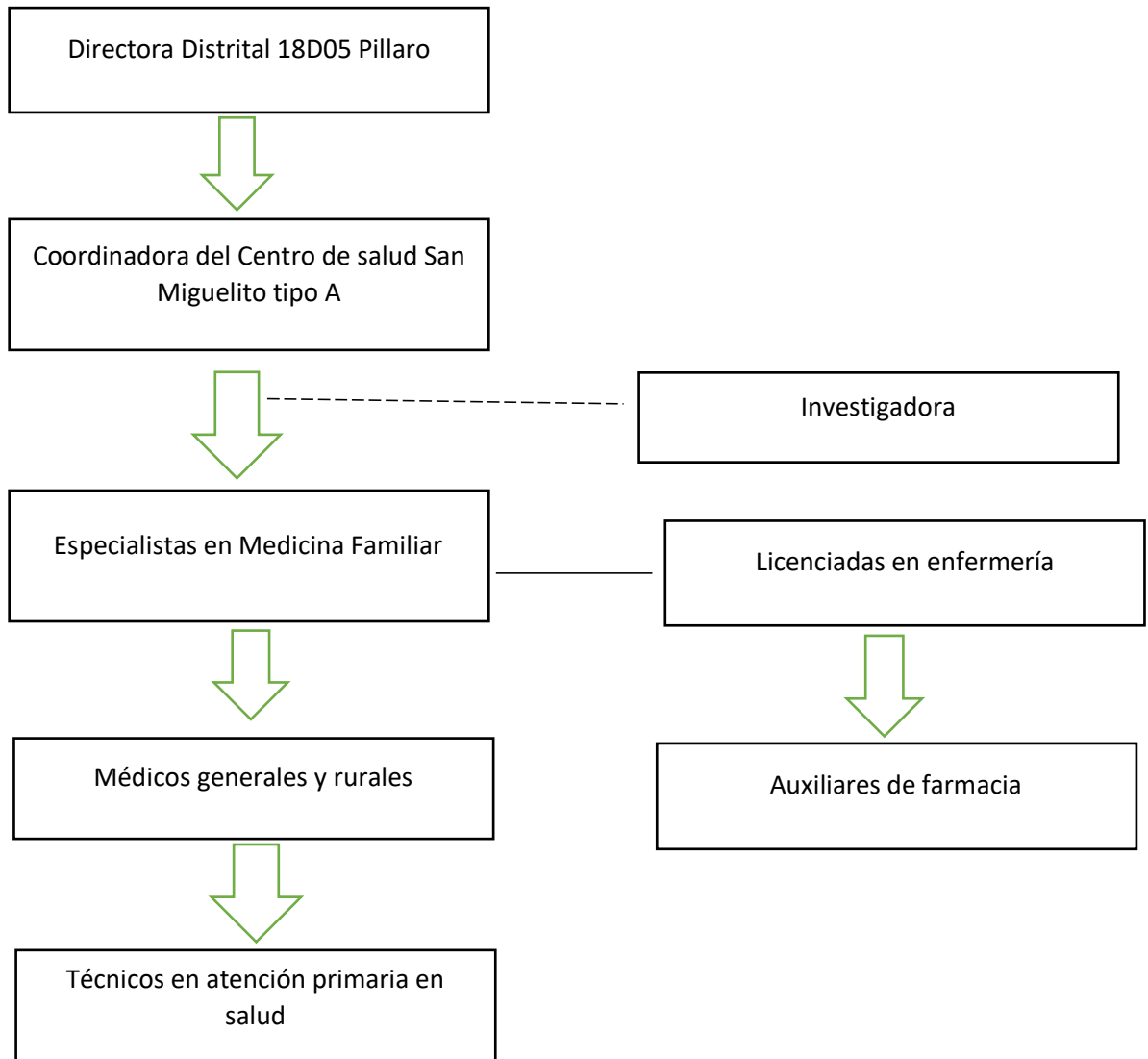


Gráfico 2. Administración de la propuesta

Elaborado por: Md Padilla (2020)

6.9 Previsión de la evaluación

Se realizará el monitoreo mediante la aplicación de una prueba evaluativa sobre el manejo del test de Morisky y la detección de factores de riesgo del paciente y la actuación en los controles posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2014;40(2):225–38. Available from: <http://scielo.sld.cu>
2. Rodríguez López MR, Varela A MT, Rincón-Hoyos H, Velasco P MM, Caicedo B DM, Méndez P F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;33(2):192–9. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/20065>
3. Morales Ramos LE. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol y Cirugía Vasc* [Internet]. 2015;15(1):39–46. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372014000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Calvo F, Carbonell X, Valero R, Costa J, Turró O. Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis o disminuyen la adherencia. *Elseiver-Atención Primaria*. 2017;1:1–19.
5. Mora, Javier, Osorio, Edwin, Amariles P. Prototipo de un sistema de dispensarización para usuarios crónicos para contribuir a la adherencia terapéutica. *Vitae* 22. 2015;22:173–6.
6. Gomollón F. Treatment adherence is always worse than we think: an unresolved problem in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2016;39(Supl 1):14–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705\(16\)30170-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705(16)30170-4)
7. Najjar A, Amro Y, Kitaneh I, Abu-Sharar S, Sawalha M, Jamous A, et al. Knowledge and adherence to medications among Palestinian geriatrics living with chronic diseases in the West Bank and East Jerusalem. *PLoS One*. 2015;10(6).
8. Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Auriol E, Torres Verdú B, Lara Moreno C, González Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014;46(5):238–45.
9. Freire V. La nueva situación epidemiológica de Ecuador. *Rev Inf - Ops/Oms Represent Ecuador*. 2014;32:1–100.
10. Gee P, Egger G, Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D, Green BB, et al. Impact of mHealth Chronic Disease Management on Treatment Adherence and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2015;17(2).
11. González C, Mendoza L. Adherencia al tratamiento en la diabetes. Factores que influyen y estrategias para mejorar. *Med* [Internet]. 2016;12(18):1054–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2016.09.017>

12. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. Vol. 2015, BioMed Research International. 2015.
13. Ratanawongsa N, Quan J, Handley MA, Sarkar U, Schillinger D. Language-concordant automated telephone queries to assess medication adherence in a diverse population: a cross-sectional analysis of convergent validity with pharmacy claims. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):254.
14. Maldonado-Reyes FJ, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales JI, Ortega-Padrón M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. Atención Fam [Internet]. 2016;23(2):48–52. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405887116301134>
15. Climente P, Sandomingo ODU, Escoto Pérez I, Quintana Vargas I. Implantación de un programa de mejora de la adherencia al tratamiento en personas mayores institucionalizadas. Farm Hosp. 2007;31:106–11.
16. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clínica Española [Internet]. 2014;214(6):336–44. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256514001271>
17. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria [Internet]. 2016;48(6):406–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>
18. Ramírez, Cristina;Tello A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 . Artículo Orig [Internet]. 2019;18(3):383–92. Available from: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
19. José M, Carmona V, Ruiz-muelle A. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CRÓNICO : HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS ADHERENCE TO TREATMENT IN CHRONIC PATIENTS : 2020;17–43.
20. Rincón, Adriana; Gusñay, Nancy; Rodríguez V. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, ecuador. An Ranf [Internet]. 2020;86:125–31. Available from: www.analesranf.com
21. Andrade Méndez B, Céspedes Cuevas V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. Enfermería Univ [Internet]. 2017;14(4):266–76. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300702>
22. Barrueta OI. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento [Internet]. 2017. 1-184 p. Available from: www.euromedice.net
23. De Andrés Muñoz S. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. Metas Enfermería. 2017;2:18–24.

24. Baza-Chavarría B, Martínez-Peña A, Alvarado-Gutiérrez T. Prescripción farmacológica inapropiada en adultos mayores con síndrome metabólico en la unidad de medicina familiar no. 31. *Atención Fam* [Internet]. 2017;24(3):97–101. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405887117300366>
25. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten Primaria* [Internet]. 2015;47(6):329–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
26. Alloubani A, Saleh A, Abdelhafiz I. Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for stroke. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2018;
27. Catalá-López F, Gènova-Maleras R. La prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en España: una llamada para la acción. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(11):502–3.
28. Cardiovascular SC de C y C. *Cardiología. Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2016;23(6):578–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.03.020> 0120
29. García Castañeda Nini, Cardona Arango Doris SCA. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23(6):528–34.
30. Pública M de S. Hipertensión arterial. *Guía de Práctica Clínica* [Internet]. 2019;1–70. Available from: www.salud.gov.ec
31. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2018;25:8–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302498>
32. Feldman RD. Down the Rabbit Hole: Hypertension Guidelines, Goals and Gulfs Across the 49th Parallel. *Can J Cardiol* [Internet]. 2018;34(5):543–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.015>
33. Brodtkin K, Abrass I. Hipertensión Arterial, Diagnostico y Tratamiento. *Organ Panam la Salud* [Internet]. 2012;12. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>
34. Gijón Conde T, Banegas JR. Ambulatory blood pressure monitoring for hypertension diagnosis? *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2017;34(Supl 1):4–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837\(18\)30056-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837(18)30056-4)
35. Scordo KA, Pickett KA. Control de la hipertensión arterial: atando cabos con las guías clínicas. *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2015;32(5):20–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212538215001624>
36. Gorostidi M, Prieto-Díaz MA. Combination for initial therapy in hypertension, is it useful? *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2017;34(Supl 1):19–24. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837\(18\)30059-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837(18)30059-X)

37. Martell-Claros N, Abad-Cardiel M. What are the pharmacological options for treating resistant hypertension? *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2017;34(Supl 1):25–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837\(18\)30060-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837(18)30060-6)
38. Care M. Standards of Medical Care in diabetes — 2020. 2020;43(January).
39. Caetano IRC e S, Santiago LM, Marques M, Caetano IRC e S, Santiago LM, Marques M. Impact of written information on control and adherence in type 2 diabetes. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2018;64(2):140–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000200140&lng=en&tlng=en
40. Páez JA, Triana JD, Ruiz MÁ, Masmela KM, Parada YA, Peña CA, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus: visión práctica para el médico de atención primaria. *Rev Cuarzo* [Internet]. 2016;22(1):13. Available from: <http://revistas.juancorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/144>
41. Torrales Sandra. Diabetes Mellitus Tipo 2 . 2008;25:1–21.
42. Vinocour M. Epidemiología en la Diabetes. Guía ADA. 2017;
43. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC) de la Diabetes Mellitus tipo 2. Minist Salud Pública. 2017;1:1–87.
44. Sabio R. Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento : la brecha entre ensayos clínicos y realidad Arterial hypertension and adherence to treatment : the gap between clinical trials and reality. 2018;44(3):3–6.
45. Samaja J. La Triangulación Metodológica. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2018;44(2):431–43. Available from: <http://scielo.sld.cu>
46. Ortega Oviedo SI. Adherencia Al Tratamiento Farmacológico Y No Farmacológico En Personas Con Factores De Riesgo De Enfermedad Cardiovascular, Montería. Tesis Para Tit Magister En Enferm. 2010;(cual es la adherencia al tratamiento farmacologico y no farmacologico en pacientes que presentan factores de riesgo cardiovasculariscritos en un programa de prevencion de salud y prevencion de la enfermedad cardiovascular de una institucion prestadora de):121.
47. Rosa SMCD la. Adherencia a los programas ambulatorios de control de hipertensión arterial y cumplimiento de las metas terapéuticas en pacientes con crisis hipertensivas. *Univ Cart*. 2018;1:1–33.
48. Despaigne RM, Varona DTC. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna. *J Pharm Pharmacogn Res*. 2018;6(5):349–57.
49. Giacaman JA. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el hospital de Ancud. *Univ Austral Chile*. 2010;1:1–100.
50. Rios González CM. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2018;44(3):1–4. Available from: <http://scielo.sld.cu>

51. Arias AP. Bidependencia, percepción del riesgo de abandono y adherencia al tratamiento en drogodependientes. Univ Oviedo. 2018;43(1):29–47.
52. Martínez G, Sujo M. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Rev Cuba Med Gen Integarl [Internet]. 2020;36(1):1–13. Available from: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES 1

ANEXOS



**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación se basa en realizar el estudio de **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES CRONICAS DE LA POBLACION GERIATRICA RURAL DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO PERTENECIENTE AL CANTON PILLARO-TUNGURAHUA.**

La participación en la investigación es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

YO,

CI.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por la Dra. Verónica Padilla. Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha.....

Tabla XI. Ficha de paciente

CENTRO DE SALUD SAN MIGUELITO TIPO A									
FICHA DE PACIENTES / ENFERMEDADES CRÓNICAS									
NOMBRES-APELLIDOS	CÉDULA/HCU	EDAD	GÉNERO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	VIVE SOLO (SI/NO)	SABE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO QUE TOMA (SI/NO)	CONOCE DE QUE SE TRATA SU ENFERMEDAD (SI/NO)	CANTIDAD DE PASTILLAS

Fuente: Centro de salud San Miguelito tipo A/ficha clínica.

Elaborado por: Padilla, V. (2020)

Tabla XII. Test de Morisky-Green-Levine

TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE		
	SI	NO
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Fuente: Arias AP. Bidependencia, percepción del riesgo de abandono y adherencia al tratamiento en drogodependientes. Univ Oviedo. 2018;43(1):29-47

Elaborado por: Padilla V. (2020)