



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



Instituto de
Posgrado

INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN

ENFERMERÍA

FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021.

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Magister en Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y

Autor/a: Diana Lucía Anrango Santillán

Directora: Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón

Asesora: Msc. Viviana Margarita Espinel Jara

Ibarra, 2021

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con mucho cariño a mi familia y en especial a mis padres, quienes se merecen el reconocimiento de todos los logros de mi vida, por creer en mí y brindarme su apoyo incondicional para cumplir mis sueños. A mi tutora por su tiempo, conocimiento y guía en el desarrollo de esta investigación, a la Universidad Técnica del Norte y docentes de la Institución, gracias por su compromiso y la sabiduría que transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Diana Lucía Anrango Santillán

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios por haberme permitido lograr una meta más en mi vida, a mis padres Víctor Anrango y María Santillán por su apoyo incondicional y por los principios que me han inculcado para ser una mejor persona, agradezco a mis hermanos y hermanas que con su ayuda y comprensión han guiado mi camino.

A mi tutora de tesis la Dra. Salome Gordillo agradezco su acompañamiento, comprensión, paciencia, su conocimiento y recomendaciones pertinentes en nuestro tema orientándome con éxito en esta investigación.

Un agradecimiento profundo a los adultos mayores y sus familias, parte importante de esta investigación quienes me abrieron las puertas de su hogar y compartieron experiencias, angustias y alegrías en medio de la pandemia, quienes son los verdaderos protagonistas de este trabajo.

Finalmente agradezco a la Universidad Técnica del Norte y docentes del Instituto de Posgrado que me han permitido crecer en el ámbito personal y profesional e inculcar siempre valores y principios, orientándome a ser una persona sensible ante las realidades sociales que estamos inmersos, para responder en pro del bienestar e inclusión social.

Diana Lucía Anrango Santillán



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1003670708		
APELLIDOS Y NOMBRES	ANRANGO SANTILLAN DIANA LUCIA		
DIRECCIÓN	PARROQUIA IMBAYA -SAN ANTONIO VIA A URCUQUI		
EMAIL	anrango23@hotmail.com / dlanrango@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	062540254	TELÉFONO MÓVIL:	0967049713/0960349985

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021.”.
AUTOR (ES):	Diana Lucía Anrango Santillán
FECHA: DD/MM/AAAA	28 de septiembre del 2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Maestría en Salud Pública Mención Enfermería familiar y comunitaria
TUTOR	Dra. Salome Gordillo Alarcón

1. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor

de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 28 días del mes de septiembre del año 2021

EL AUTOR: Diana Lucía Anrango Santillán



Firma.....

Nombre:

ACEPTACIÓN DE TRABAJO

Ibarra, 23 de julio del 2020

Dr (a) Lucía Yépez
Directora (a)
Instituto de Postgrado



ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor (a) Director (a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado

“Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021” del/de la maestrante Diana Lucía Anrango Santillán, de la Maestría de Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor/a	Dra. Alicia Salome Gordillo Alarcón	
Asesor/a	Msc. Viviana Margarita Espinel Jara	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	IV
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
CAPÍTULO I.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Antecedentes	6
1.4 Objetivos	11
1.4. 1. Objetivo General	11
1.4.2. Objetivos Específicos.....	11
1.5 Justificación.....	12
CAPÍTULO II	15
2.1 Marco Teórico	15
2.1.1 Adulto Mayor	15
2.1.2 Enfermedades Crónicas y su tratamiento.....	16
2.1.2.2 La hipertensión.....	17
2.1.2.1 La Diabetes Mellitus	20
2.1.3 Adherencia al tratamiento	25

2.1.3.1 Métodos para medir la adherencia	26
2.1.3.2 Factores que intervienen en la adherencia	29
2.1.3.3 Factores modificables y no modificables	29
2.1.3.4 Factores socioeconómicos.....	31
2.1.3.5 Factores relacionados con el tratamiento	31
2.1.3.6 Factores relacionados con el paciente	31
2.1.3.7 Factores relacionados al sistema sanitario	32
2.1.3.8 Factores relacionados con la enfermedad	32
2.1.3.9 Adherencia al tratamiento y el COVID-19	33
2.1.3.10 Consecuencias	34
2.1.4 Teorías y modelos de enfermería relacionada en la adherencia terapéutica.....	35
2.1.5 Estrategias para promover la adherencia.....	37
2.1.6 Descripción del área geográfica del estudio.....	39
2.2 Marco Legal	47
CAPÍTULO III	52
3.1 Marco Metodológico.....	52
3.1.1 Enfoque Metodológico.....	52
3.1.2 Tipo de investigación	52
3.1.3 Población de Estudio.....	53
3.1.4 Operalización de variables	54
3.1.5 Métodos y técnicas de recolección de datos	71
3.1.6 Aspectos éticos.....	73
CAPÍTULO IV.....	76

4.1 Resultados de la Investigación.....	76
4.1.1 Resultados para el primer objetivo.....	76
4.1.2 Resultado para el segundo objetivo.....	79
4.1.3 Resultados para el tercer objetivo	81
4.1.4 Discusión.....	86
CAPÍTULO V	96
5.1 Propuesta.....	96
CONCLUSIONES	102
RECOMENDACIONES	104
BIBLIOGRAFIA	105
APÉNDICE.....	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis de Variables Sociodemográficas de la población de estudio	76
Tabla 2 Pacientes Hipertensos y Diabéticos atendidos en el Centro de Salud de Imbaya.....	79
Tabla 3 Adherencia al Tratamiento Farmacológico en relación al Nivel de Educación en pacientes con HTA y DM.....	81
Tabla 4 Adherencia al Tratamiento Farmacológico en relación al Nivel Económico en pacientes con HTA y DM	83
Tabla 5 Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA y DM según el test BMQ.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Criterios de clasificación de Hipertensión.....	18
Figura 2 Criterios de diagnóstico para la Diabetes.....	23
Figura 3 Mapa de Organización territorial de la parroquia Imbaya....	39
Figura 4 Centro de Salud de Imbaya.....	41

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE INSTITUTO DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de
Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud
Imbaya de Atuntaqui 2021

Autor: Diana Lucía Anrango Santillán

Tutor: Dra. Salome Gordillo Alarcón

Año: 2021

RESUMEN

La hipertensión y la diabetes son afecciones crónicas asintomáticas que requieren un tratamiento de por vida, diversos estudios demuestran que la mayoría de pacientes no comprenden la enfermedad y su medicación, como resultado, la adherencia al tratamiento constituye un problema de gran impacto a nivel mundial, puesto que impide obtener los beneficios de la medicación prescrita por el profesional sanitario, ocasiona un fracaso terapéutico aumentando la morbilidad y mortalidad, errores diagnósticos y tratamiento, los costos de salud y otros. **Objetivo general:** Identificar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui. **Método:** Se implementó un estudio cuali-cuantitativa, no experimental, de tipo transversal y propositivo, muestra de 33 pacientes >65 años con HTA y DM, descartando aquellos con deterioro cognitivo con el fin de evaluar la adherencia al tratamiento mediante un análisis estadístico bivariado a través del programa Epi Info y buscar posibles asociaciones entre la adherencia al tratamiento y factores sociodemográficos mediante el Test de Batalla, Test de Morisky Green Levine y Test BMQ. **Resultados:** El género femenino representa el 69,70%, el 57,58% corresponde a edades entre 65 a 74 años, el 42,42% estaban casados y el 27,27% se dedican a la agricultura; en el 72% de la población la falta de adherencia se relaciona al nivel de educación, el 78% al factor económico, y el 93,94% con posibles barreras en la memoria, entre las causas más frecuentes se identificó dejar de tomar la medicación cuando se encuentra bien y olvido. **Conclusión:** La adherencia terapéutica no es solo labor del profesional sanitario, sino de un paciente activo y empoderado en el manejo de su medicación y enfermedad, la cual está relacionada directamente con los factores sociodemográficos que influyen notablemente en su incidencia.

Palabras clave: adulto mayor, hipertensión, adherencia terapéutica, diabetes mellitus, atención primaria

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE INSTITUTO DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

“Factors that intervene in the adherence to the pharmacological treatment of Arterial Hypertension and Diabetes in the Elderly of the Imbaya de Atuntaqui Health Center 2021”

Author: Diana Lucía Anrango Santillán

Tutor: Dra. Salome Gordillo Alarcón

Year: 2021

ABSTRACT

Hypertension and diabetes are asymptomatic chronic conditions that require lifelong treatment, various studies show that the majority of patients do not understand the disease and their medication, as a result, adherence to treatment constitutes a problem of great impact worldwide, since it prevents obtaining the benefits of the medication prescribed by the health professional, it causes therapeutic failure, increasing morbidity and mortality, diagnostic and treatment errors, health costs and others. **General objective:** To identify the factors that intervene in the adherence to the pharmacological treatment of Arterial Hypertension and Diabetes in the Elderly at the Imbaya de Atuntaqui Health Center. **Method:** A qualitative-quantitative, non-experimental, cross-sectional and purposeful study was implemented, a sample of 33 patients > 65 years old with HT and DM, ruling out those with cognitive impairment in order to evaluate adherence to treatment through a bivariate statistical analysis. through the Epi Info program and look for possible associations between adherence to treatment and sociodemographic factors using the Battle Test, Morisky Green Levine Test and BMQ Test. **Results:** The female gender represents 69.70%, 57.58% corresponds to ages between 65 to 74 years, 42.42% were married and 27.27% are engaged in agriculture; In 72% of the population, lack of adherence is related to the level of education, 78% to the economic factor, and 93.94% to possible memory barriers, among the most frequent causes it was identified stopping taking the medication when it feels good and I forget. **Conclusion:** Therapeutic adherence is not only the work of the healthcare professional, but of an active and empowered patient in the management of their medication and illness, which is directly related to the sociodemographic factors that notably influence its incidence.

Keyword: elderly, hypertension, adherence, diabetes mellitus, primary care

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del Problema

Las patologías crónicas no transmisibles son la principal causa de mortalidad y discapacidad en el mundo, el concepto, patologías no transmisibles tiene relación con un conjunto de patologías heterogéneas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, las cuales son consideradas una epidemia que va en aumento, debido al envejecimiento de la población, los estilos de vida actuales que acentúan el sedentarismo, la mala alimentación y como consecuencia generan secuelas para la salud a extensos plazos y a menudo crean una necesidad de procedimientos, tratamientos y cuidados para toda la vida (OPS/OMS, 2021).

Según estadísticas de la OMS más de 40 millones de personas mueren cada año por ECNT, en este caso, la hipertensión se encuentra entre los primeros lugares destacando con 1.1 millones de muertes prematuras y prevenibles, lo que aumenta el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades; la diabetes mellitus es responsable de 1.6 millones de muertes prematura siendo una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores (OMS, 2021).

Su incremento será mayor para la presente década, lo cual se refleja en el aumento consecutivo de la tasa de incidencia, su contribución a la mortalidad general, y la causa más frecuente de discapacidad, generando elevados costos de hospitalización, el de su tratamiento médico y el de su posterior rehabilitación afectando a los grupos más vulnerable (Ángel & Valdés, 2020).

El manejo de la hipertensión y diabetes en adultos mayores mediante las indicaciones no farmacológicas como la modificación de estilos de vida tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas del paciente reflejan resultados favorables en comparación con el tratamiento farmacológico, cuyos costos están estrechamente relacionados con la pobreza; debido al aumento de estas patologías las iniciativas de reducción de la pobreza en las naciones de ingresos bajos se han visto degradados, ya que generan gastos familiares por atención sanitaria (OMS, 2021).

En comparación con los países desarrollados, solo el 50% de los pacientes cumplen con su tratamiento, mientras que el otro tanto por ciento se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia como la hipertensión y diabetes (Reyes-Flores et al., 2016).

Siendo esta la principal causa por la cual la población no obtiene todos los beneficios que los medicamentos proporcionan produciendo complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, desperdicio de

recursos asistenciales, mayor probabilidad de recaídas, aumento de la morbilidad y mortalidad, la aparición de resistencia a los fármacos e introducción de nuevos tratamientos favoreciendo a una mayor agresividad de una determinada patología y reducción de la calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La falta de adherencia al tratamiento, considerado un problema de salud pública en el mundo, afecta a las familias ecuatorianas con escasos recursos, el tiempo prolongado y oneroso tratamiento ocasionan la desaparición del sostén de la familia, empujando cada año a millones de personas a la pobreza y opresión del desarrollo (OMS, 2021).

En el Ecuador 2.859 personas mueren por hipertensión arterial cada año aproximadamente, representando el 6,3% de fallecimientos, a ello se suma la diabetes mellitus con 4.890, es decir, el 7,5% de muertes, según la OMS existe 5 factores que interviene en la adherencia terapéutica relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento, el equipo sanitario y factores socioeconómicos al que se añadirá el confinamiento del contexto actual de salud por la pandemia covid-19 (Ortega Cerda et al., 2018).

Generando resultados negativos en la salud del paciente y un impacto en el gasto sanitario, provocando la alteración de la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo e impidiendo lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población en el que se señala la reducción de

las muertes prematuras por ECNT en un 33% para el 2030 (Rincón Alarcón et al., 2020).

La covid-19 ha originado brechas en los sistemas de salud y acceso al tratamiento, sobre todo en las personas mayores, un grupo especialmente vulnerables ante esta enfermedad presentando un pronóstico no favorable por su comorbilidad, los síndromes geriátricos y la fragilidad asociada al envejecimiento en el que las medidas de confinamiento y distanciamiento social han inducido negativamente sobre su salud debido a la inactividad física, fragilidad y soledad afectando el estado emocional de este grupo etario (Pinazo-Hernandis, 2020).

Por ende, el cumplimiento de los tratamientos prescritos producirá una gran reducción del presupuesto general para la salud, debido a la disminución de la necesidad de intervenciones más caras, hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos, evitando centrarse en el desarrollo de tratamientos farmacológicos para la prevención secundaria y terciaria, la cual va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces para impedir su progresión e intentar mejorar la calidad de vida (Pascacio Vera et al., 2016).

Enfocándose de esa manera en la atención primaria, lo cual evitará adquirir la enfermedad por medio de la eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, programas de promoción y prevención antes

de que aparezca, y la modificación de los estilos de vida; aunque estos aspectos han mostrado ser problemáticos en esta población, por lo que aumentar la efectividad de las intervenciones de adherencia terapéutica tendrá una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora específica en los tratamientos médicos (Ortega Cerda et al., 2018).

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021?

1.3 Antecedentes

En el año 2020, Rojas, en su trabajo de investigación titulado: Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería; determinó que las teorías de enfermería guían el cuidado de las personas con enfermedades cardiovasculares a medida que este atraviesa por un proceso de cambios en el estilos de vida, determinando la influencia de varios factores en la adherencia del tratamiento, entre ellos la comunicación interpersonal entre la enfermera y el paciente, generando confianza que permitió identificar el comportamiento no saludable del paciente con el fin de mejorar el autocuidado, por lo tanto, la investigación recalca el valor de construir una buena relación entre el personal de salud y el usuario (Reyes & Loaiza, 2020).

En el 2019, Aránzazu, en su estudio denominado: Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 del Centro de Salud Benicasim (Castellón-España) determino la importancia de brindar conocimientos, educar al paciente y el gran aporte de las charlas y talleres en el estilo de vida de la comunidad, concluyendo que una población con conocimiento es un paciente activo en el proceso de la enfermedad; observó que de los 151 pacientes con DM 2 el 47% no cumple el tratamiento farmacológico, de los cuales el 86.9% nunca asistió a una charla y el 48.3% casi nunca trataban de obtener información sobre su enfermedad, por ello, el fortalecer la educación hacia el paciente es ideal para promover sus

capacidades y habilidades de autocuidado que contribuya a adoptar estilos de vida saludable y aumente la adherencia al tratamiento (Aránzazu-Meneses LM, Anarte-Ruiz C, Masoliver-Forés A, 2019).

En el año 2019, Moreira en su investigación sobre: Eficacia de la consulta de enfermería en adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica, estableció la importancia del rol de la enfermera en la reducción de las crisis hipertensivas e identificó una diferencia estadística significativa en el cumplimiento del tratamiento después de las intervenciones de enfermería, en la disposición para un mayor control del régimen terapéutico y el estilo de vida sedentario aumento en un 10%, permaneciendo sin lesiones en los órganos diana con una notable mejora en la clasificación de IMC de los participantes con sobrepeso a peso normal del 14% al 21% respectivamente, y niveles más altos de adherencia después de las intervenciones de enfermería, por esta razón, la atención de enfermería beneficia a la población en atención primaria en salud, siendo necesario fortalecer el uso del proceso de enfermería y la identidad de la enfermera en el cuidado de afecciones crónicas (Mota et al., 2019).

En el año 2018, Megret en su estudio titulado: Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna hace referencia a la HTA como una de las patologías con más alto índice de no adherencia al tratamiento seguido de la DM 2 y menciona a los múltiples factores que impiden el cumplimiento

farmacológico como el número de enfermedades crónicas, limitación de la actividad social, bajo nivel escolar y la accesibilidad al servicio farmacéutico; la investigación llegó a concluir sobre la necesidad de estudiar los factores que interfieren en la adherencia, los cuales originan desventajas en salud, tanto económicos, ambientales a corto y largo plazo para la sociedad, recalcando una vez más la importancia de reducir la incidencia de la falta de adherencia farmacológica (Megret Despaigne & Calles Varona, 2018).

En el 2018, Gallardo, en su investigación: Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, menciona que el estudio sociodemográfico de la población es importante para iniciar una investigación exhaustiva, no solo en este grupo de edad, también en las demás etapas de la vida, en los cuales podemos encontrar otras causas diferentes o similares a las que aqueja a este grupo; al estudiar 338 pacientes, se identificó que el 66% de la población fue de sexo femenino con una edad media de 56 ± 7 años presentando en el 70% la falta de adherencia al tratamiento, el cual se asocia a la presencia de complicaciones crónicas en el 53%, la monoterapia farmacológica 35%, la presencia de efectos adversos medicamentosos 17%, el tiempo de evolución mayor a diez años 16% y la mala relación enfermera-paciente 16%, como consecuencia, se reconoce que el estudio de estas características es relevante y proporciona una visión holística de la situación poblacional referente a la adherencia, necesarios para calcular indicadores relacionados a la salud y enfocarnos en la educación acorde a la realidad de los pacientes con el fin de mejorar su cumplimiento

terapéutico (Domínguez Gallardo & Ortega Filártiga, 2019).

En el 2016, Salazar, en su investigación denominada: Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la ciudad de Manizales-Colombia determino que con el paso de los años es indispensable innovar y renovar en cuanto a la atención que se brinda actualmente, lo que permitirá a la investigación tener un amplio panorama en cuanto a estrategias que mejoren la adherencia y aceptación del mismo; se incluyeron 90 pacientes para recibir mensajes de texto sobre estilos de vida saludable de los cuales 68 completaron el seguimiento; el 100% de personas que confirmaron la recepción de los mensajes percibieron una mejoría en su autocuidado, evidenciando cambios en la dieta en el 95,16% y mejoría en la adherencia a la medicación en el 59%, además de calificar el servicio como excelente por el 61,5%; dando a relucir que el uso de las Tecnologías de la información y la comunicación es positivo y genera cambios, considerándose una herramienta fundamental en la promoción y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (Molina-de Salazar et al., 2016).

En el 2020, Aquino, en su investigación denominada: COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables menciona que aunque el SARS-CoV-2 infecta a personas de todas las edades, el riesgo de enfermar de manera grave se incrementa con la edad a partir de los 40 y 60 años, datos epidemiológicos muestran que, en EE.UU., los adultos mayores tienen más probabilidad de

desarrollar la infección grave en comparación a otros grupos etarios, en Chile el promedio de edad de personas contagiadas es de 60 años, Italia de 81 años y China entre 30 y 69 años de edad, quienes presentan los síntomas más graves con una tasa de letalidad de 14,8 %, a ello se suma la presencia de enfermedades cardiacas, pulmonares, HTA y DM. Por esta razón es importante que el personal de salud lleve un monitoreo más frecuente y evaluación de las enfermedades crónicas fortaleciendo la adherencia al tratamiento a través de la telemedicina, llamadas, mensajería, etc., que asegure la atención continúa evitando la necesidad de acceder a un sistema de salud sobrecargado y expuesto a COVID-19 (Aquino-Canchari et al., 2020).

1.4 Objetivos

1.4. 1. Objetivo General

- Identificar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir el perfil sociodemográfico y socio cultural de la población objeto del estudio.
- Determinar la presencia de Hipertensión Arterial y Diabetes con su tratamiento farmacológico en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Imbaya.
- Establecer la relación entre el tratamiento farmacológico y las características sociodemográficas como factores prevalentes en la no adherencia al tratamiento terapéutico.

1.5 Justificación

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y diabetes son la principal causa de muerte en todo el mundo, de acuerdo a la OMS para 2030 cerca de 23.3 millones de personas morirán por patologías con factores de riesgo modificables en el que su control puede disminuir esta cifra, por esta razón, la adherencia al tratamiento se ha convertido en un tema relevante de investigación (Reyes & Loaiza, 2020).

En Latinoamérica, el 13% de las muertes son atribuidas a la HTA y DM, las cuales se encuentra dentro de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo disminuyendo la productividad y el desarrollo humano (Bertha Itamar & Campoverde, 2017,p.18).

La prevalencia de la hipertensión arterial en el país es de 28,7%, lo que significa que tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos; de los cuales, el 41% saben que son hipertensos, el 23% reciben tratamiento y apenas el 2,6% tienen un control adecuado; siendo la falta de adherencia al tratamiento uno de los problemas que dificultan el adecuado control de la patología (Bertha Itamar & Campoverde, 2017).

En el Ecuador, INEC (2017) reportó como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, situándose además como la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la población

masculina, aportando la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Entre los factores más importantes para la no adherencia al tratamiento es el escaso conocimiento de su enfermedad y uno de los pilares fundamentales es la educación, estrategia que no debe limitarse únicamente a transmitir información, también debe fomentar el desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas en los pacientes, de igual manera es necesario conocer la funcionalidad familiar para involucrar a la familia como apoyo para mejorar el cumplimiento del tratamiento (Bertha Itamar & Campoverde, 2017).

La OMS identifica el abandono de la toma del medicamento, como un tema relevante, principalmente para la salud pública, debido a sus efectos negativos, fracaso terapéutico, incremento del porcentaje de las tasas hospitalarias y los gastos de salud, por esta razón, se aborda el tema de investigación, ya que constituye una alta prioridad política de gran importancia.

El propósito de esta investigación fue determinar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui y de esta manera analizar que estrategias se pueden ejecutar para controlar y evitar complicaciones a futuro desde el primer nivel de atención.

Su prevalencia en nuestra comunidad constituye un problema de salud pública, por lo que la investigación busca generar información útil para el Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte y el Centro de Salud Imbaya, a quienes se entregará una copia de los resultados del estudio, el cual permitirá entender el impacto que produce en la población; y reconocer al adulto mayor como una persona valiosa e importante, puesto que existen ancianos viviendo en una situación de inequidad y exclusión, no solo a nivel social, también en las propias familias, donde se les va disminuyendo el valor, quienes por el contrario son un pilar de la sabiduría del pueblo, y merecen respeto.

CAPÍTULO II

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Adulto Mayor

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos, a todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad, por consiguiente se considera persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo, lo cual depende de las resignificaciones culturales que se asimilan en el grupo social respecto a este grupo etario (Toala de la Cruz & Samada Grasst, 2019).

Según datos del Banco Mundial la población adulto mayor se ha duplicado en las últimas 6 décadas, pasando de 150 millones en 1960 a 697 millones en 2019 y para 2021 se estima alrededor de 810 millones de personas adultas mayores en el mundo, siendo el grupo más vulnerable afectado por la hipertensión arterial y diabetes (Mena Roa, 2020).

Las personas de la tercera edad al ser grupos vulnerables y socialmente desfavorecidos, enferman más y mueren, debido a que corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco, prácticas

alimentarias malsanas, movilidad física reducida y acceso limitado a los servicios de salud (OMS, 2021).

2.1.2 Enfermedades Crónicas y su tratamiento

Las enfermedades crónicas no transmisibles en especial la hipertensión arterial y diabetes son un gran problema de salud mundial y un reto sanitario en nuestros tiempos, provocando 40 millones de muertes prematuras que podían haberse prevenido representando el 70% de todas las muertes a nivel mundial, de las cuales el 85% de fallecimientos ocurrieron en países en desarrollo, y 41% en los países de ingresos bajos y medianos, en los que la probabilidad de morir por alguna de estas patologías es hasta 4 veces más que en los países desarrollados (OMS, 2017).

Los dirigentes mundiales coinciden que, con la tasa actual de mortalidad prematura por las ECNT, no podrán cumplir la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la que señala, para 2030 reducir en un 33% la mortalidad prematura por ECNT mediante su prevención y tratamiento (OMS, 2017).

En la región de las Américas mueren alrededor de 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años, debido al alto consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas que aumentan el riesgo de morir por esta causa; de manera que la detección,

el cribado, el tratamiento y los cuidados paliativos son componentes fundamentales de la respuesta a las ENT de las cuales son parte la hipertensión arterial y diabetes (OPS/OMS, 2018).

Según el INEC, en el 2019 las ENT representaron el 52,4% del total de muertes en el Ecuador, de las cuales 3409 se asocia a enfermedades hipertensas y 4985 a causa de diabetes mellitus, convirtiéndose en las principales causas de mortalidad general y prematura evitable en el Ecuador (INEC, 2017). Afectando al bienestar individual y familiar de la población ecuatoriana y, en consecuencia, su carga afecta en el desarrollo socioeconómico representando un peso financiero para el sector salud (Costa et al., 2018).

2.1.2.2 La hipertensión

La categorización de los valores de corte de la TA es de utilidad universal, tanto para simplificar el enfoque del diagnóstico como para facilitar la decisión sobre el tratamiento, la HTA se define como valores ≥ 140 mmHg TAS y ≥ 90 mmHg TAD, la cual debe confirmarse con los siguientes parámetros (Alfonso Príncipe et al., 2017).

- El diagnóstico de hipertensión
- Detectar causas de HTA secundaria

- Evaluar el riesgo cardiovascular (CV), daño de órgano blanco y las condiciones clínicas concomitantes

Por ello, se requiere la medición correcta de la TA, historia clínica completa, anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio y otras pruebas complementarias necesarios en todos los pacientes (Alfonso Príncipe et al., 2017).

Figura 1

Crterios de clasificación de Hipertensión

Clasificación de Hipertensión arterial del MSP		
Estadio	Sistólica	Diastólica
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	<90

Tratamiento

El tratamiento no farmacológico para la HTA se basa en controlar los factores de riesgo y realizar modificaciones en el estilo de vida prescrito a todos los pacientes hipertensos, independiente de su grado de HTA y de su RCV, sin embargo, y de acuerdo a la guía ministerial de enfoque CV, en aquellos pacientes hipertensos con bajo RCV se recomienda iniciar solo

medidas no farmacológicas y controlar a los 3 meses, en los demás pacientes debe iniciarse tratamiento no farmacológico en conjunto con el tratamiento farmacológico (Flaño, 2018).

La mayoría de los pacientes requieren terapia con medicamentos, además de cambios en el estilo de vida para lograr un control óptimo de su TA. La monoterapia inicial es exitosa en muchos pacientes con hipertensión primaria leve, sin embargo, es poco probable que la terapia con un solo fármaco alcance la presión arterial deseada en pacientes cuya presión arterial esté a más de 20/10 mmHg por encima de la meta (Ministerio de salud pública, 2019).

Solamente se debe considerar la posibilidad de monoterapia en hipertensión grado 1 de bajo riesgo (presión sistólica <150 mmHg) o en pacientes mayores de 80 años o más frágiles, en el resto de pacientes en los que las medidas de cambios de hábitos y prácticas de vida no resulten efectivas, se deberá comenzar con terapia dual (Ministerio de salud pública, 2019).

Complicaciones de la Hipertensión Arterial no controlada

Cuanto más alta sea la presión arterial y cuanto mayor tiempo no se controle, mayor será el daño, por cuanto es indispensable la participación del paciente y el trabajo en equipo abordando los obstáculos que impiden un control eficaz y sostenido de la hipertensión (OMS, 2021).

- Infarto de miocardio
- Insuficiencia cardiaca
- Ataque isquémico transitorio
- Accidente cerebral vascular
- Aneurisma
- Angina de pecho
- Corazón izquierdo agrandado
- Demencia
- Deterioro cognitivo leve
- Glomeruloesclerosis
- Insuficiencia renal
- Daño a la retina

2.1.2.1 La Diabetes Mellitus

Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la

insulina que produce, es una hormona que regula el azúcar en la sangre, el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2021).

Los tipos de diabetes más frecuentes en el adulto mayor son:

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2

Diabetes tipo 1

También denominada diabetes insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia se caracteriza por una producción deficiente de insulina (Mayo Clinic, 2017). La DM 1 es una enfermedad poligénica y autoinmune que lleva a una pérdida completa de la secreción de insulina debido a la destrucción de las células β pancreáticas por autoanticuerpos (antiinsulina, anti-GAD65 y anti-células de islotes), debido a ello, el tratamiento con insulina es la opción de primera línea (Lizarzaburu-robles et al., 2021).

Diabetes de tipo 2

Diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina por el organismo y en gran medida a

un peso corporal excesivo e inactividad física, los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero son a menudo menos intensos, en consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse varios años después de manifestarse los primeros síntomas, es decir, cuando ya han aparecido complicaciones, estos síntomas pueden aparecer de forma súbita e incluye la poliuria, polidipsia, hiperfagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio (Castro, 2019).

La diabetes tipo 2 suele comenzar con resistencia a la insulina, una afección en la que el músculo, el hígado y las células grasas no usan adecuadamente la insulina creada por el páncreas y como consecuencia las células absorben menos glucosa y esta se acumula en la sangre, haciendo que el páncreas trabaje más para fabricar insulina, y con el tiempo, este esfuerzo excesivo hace que el páncreas no sea capaz de producir insulina para mantener la concentración de azúcar en sangre dentro de la normalidad (Bialo, 2018).

Figura 2

Criterios de diagnóstico para la Diabetes

SAD (Sociedad Argentina de Diabetes)			
	Normal	Pre diabetes	Diabetes
Glucosa en plasma en ayunas	< 70 a 110 mg/dl	110-125 mg/dl	126 mg/dl o mayor
P Tolerancia Oral a la Glucosa – 2 horas post bebida rica en glucosa	< 140 mg/dl	140-199 mg/dl	200 mg/dl o mayor
Glucosa en plasma casual o aleatoria y síntomas			200 mg/dl o mayor
Prueba de hemoglobina glucosilada (A1C)	<5,7%	5,7-6,4%	6,5% o mayor

Nota. Fuente: SAD, Sociedad Argentina De Diabetes (2019)

El análisis de sangre permite determinar la presencia de los autoanticuerpos que son frecuentes en la diabetes tipo 1, estas pruebas ayudaran al médico a distinguir entre la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 cuando el diagnóstico no es certero, la presencia de cuerpos cetónicos (productos derivados de la descomposición de grasa) en la orina también sugiere una diabetes tipo 1 en lugar de tipo 2 (Mayo Clinic, 2017).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es disminuir la mortalidad por medio del control glucémico adecuado y evitar complicaciones microvasculares con la

menor severidad posible de hipoglucemias (Ministerio de Salud Pública, 2019).

La modificación de los hábitos de vida como dieta saludable, tabaquismo, consumo de sustancias tóxicas, manejo del estrés/ansiedad y descanso es la piedra angular del tratamiento de la DM 2; en cuanto a la actividad física de cualquier tipo, mejora la sensibilidad a la insulina, incluso si no conduce a la pérdida de peso, los cambios en el estilo de vida tienen un mayor potencial para reducir la hemoglobina glicosilada (HbA1c) que la intervención con cualquier medicamento que no sea insulina (Areste et al., 2020).

La metformina es el agente farmacológico preferido para el inicio del tratamiento de la DM 2, el cual se inicia desde el momento del diagnóstico, a no ser que exista alguna contraindicación, junto con las medidas correspondientes de estilo de vida. Se mantiene la metformina por sus beneficios en la protección cardiovascular (CV), necesitando titular la dosis para evitar problemas de intolerancia gastrointestinal (Escalada & López de la Torre, 2020).

Complicaciones de la Diabetes no controlada

Para evitar complicaciones es importante un control médico estricto cada mes y manejo de los factores de riesgo cardiovasculares, lo cual implica

un trabajo coordinado y multidisciplinar con la participación de la atención primaria; sus complicaciones generan altos costos en salud, por lo que resulta de importante tanto la prevención de su aparición como la progresión de la misma (Vintimilla Enderica et al., 2019).

- Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular
- Retinopatía diabética
- Nefropatía
- Daño hepático
- Neuropatía diabética
- Presión arterial alta
- Pie diabético
- Problemas dentales y en las manos
- Frecuencia de infecciones bacterianas y fúngicas en la piel y boca
- Coma diabético

2.1.3 Adherencia al tratamiento

Es el grado de la conducta de un paciente respecto a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o a la modificación de hábitos de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (Barra Malig, 2018,p.15).

La adherencia al tratamiento es una conducta obligada si requiere tener un nivel de éxito en la efectividad del tratamiento, sin embargo, incorporarla requiere no sólo acceso al tratamiento sino de conocimiento y determinación, a menudo es difícil mantener un comportamiento adherente durante mucho tiempo, tomando como estrategia la consejería aplicada en diferentes contextos y entornos cuyo propósito es empoderar al paciente para la toma de decisiones que contribuyan a mejorar, mantener, cuidar su salud, crear alternativas y sugerir estrategias para la solución de problemas o el logro de resultados (Musayón-Oblitas et al., 2020).

La consejería se brinda a todo paciente antes del diagnóstico y posterior a él, previo al inicio del tratamiento y a lo largo de su vida, por ello existen diversas iniciativas y propuestas para brindar la consejería, desde diferentes enfoques y metodología que permite establecer con cierto nivel de certeza su efectividad para lo que se pretende realizar (Musayón-Oblitas et al., 2020).

2.1.3.1 Métodos para medir la adherencia

Conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente es de gran importancia a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos; si el grado de adherencia fuera inferior al deseable y no alcanza los objetivos clínicos deseados, provocará una intensificación del tratamiento prescrito o la sustitución de un tratamiento por otro con peor

perfil de seguridad o con un coste superior (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020).

Por este motivo, es necesario que los profesionales sanitarios dispongan de herramientas para valorar la adherencia al tratamiento que ayude a tomar decisiones en cuanto a las intervenciones más apropiadas para cada paciente, al ser la adherencia terapéutica un comportamiento que varía a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020).

Existen dos métodos para evaluar la adherencia al tratamiento clasificado en directos e indirectos:

Los métodos directos se basan en la medición del fármaco de muestras biológicas de orina, sangre u otro fluido, por lo que requieren implementación sofisticada para su aplicación, no están disponibles para todos los medicamentos y no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020).

Los métodos indirectos utilizan información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado; siendo más sencillos en su utilización y disponibilidad en los establecimientos de salud, el más utilizado de los métodos indirectos es el test Morisky Green, diseñado y validado para medir adherencia en el tratamiento

de diabetes, es económico, fácil de aplicar y de comprender, tiene alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020).

El Test de Morisky Green es uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación, consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras y una correcta adherencia terapéutica; validado por Val Jiménez en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020).

El test de Batalla analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su patología, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad representa un mayor grado de cumplimiento, además, es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, fundamento en el conocimiento de la enfermedad, si el paciente falla en alguna de ellas, se considera no adherente (Martínez Fajardo et al., 2019).

EL Test BMQ (Breve cuestionario de la medicación) desarrolla un método novedoso para evaluar las creencias de los pacientes sobre la medicación, consta de tres apartados: el primero analiza el régimen

terapéutico a través de siete preguntas sobre cómo el paciente tomó la medicación la semana anterior; el segundo sobre las creencias, dos preguntas sobre los efectos del tratamiento y las molestias que ocasiona; y el tercero sobre las dificultades potenciales para recordar la toma de medicación; ideal para pacientes con múltiples medicamentos, fácil de usar, y permite orientar sobre las posibles intervenciones a llevar a cabo, los valores obtenidos van del 0 al 10, los resultados ≥ 1 indican una potencial falta de adherencia terapéutica (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020).

2.1.3.2 Factores que intervienen en la adherencia

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima, con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema, existen varios factores que pueden desencadenar la falta de adherencia y la mayoría de ellos está estrechamente relacionados (Ramírez García et al., 2019).

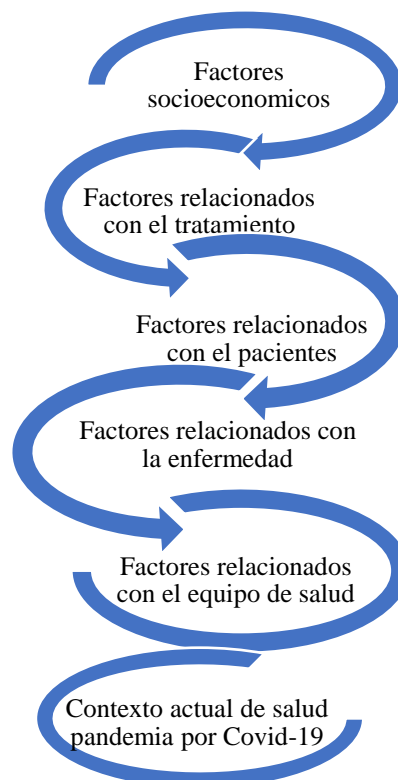
2.1.3.3 Factores modificables y no modificables

Entre los factores no modificables se encuentran las características demográficas y psicosociales del paciente o la naturaleza de la enfermedad, por ejemplo, los pacientes con edades entre 65-75 años y con buena capacidad cognitiva son mejores cumplidores que otros adultos jóvenes; las enfermedades silentes crónicas registran una menor adherencia que las

enfermedades crónicas sintomáticas, ya que, al tratarse en estas últimas el enfermo puede observar una clara mejoría de sus síntomas (Bohigas, 2017).

En los factores modificables relacionados con el tratamiento farmacológico se encuentran la capacitación y motivación del equipo asistencial, el número de medicamentos prescritos, la frecuencia de administración diaria, la relación de confianza médico-paciente y la participación de otros profesionales de la salud mejora la adherencia al tratamiento (Ibarra & Morillo, 2017).

Según la OMS los factores que influyen en la adherencia se pueden agrupar en cinco ítems al que se le añade el contexto de salud por pandemia covid-19



2.1.3.4 Factores socioeconómicos

Entre ellos está la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento, además de las condiciones de vida inestables, el costo elevado del transporte y la medicación, las situaciones ambientales cambiantes y la disfunción familiar (Basto-Abreu et al., 2020).

2.1.3.5 Factores relacionados con el tratamiento

Los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento y los cambios constantes, además de los fracasos terapéuticos anteriores, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (Ortega Cerda et al., 2018,p.3).

2.1.3.6 Factores relacionados con el paciente

Entre los factores relacionados con el paciente se destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, edad, sexo, problemas psicológicos/psiquiátricos, vergüenza por el estigma social, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza con el médico y autoeficacia (Ramírez García et al., 2019).

2.1.3.7 Factores relacionados al sistema sanitario

Presenta efectos negativos en la adherencia terapéutica factores como centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento de las enfermedades, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla (Ortega Cerda et al., 2019).

Para lo cual se requiere evaluar las áreas en donde se puede intervenir identificado el problema que interfiere en la adherencia terapéutica, permitiendo construir de manera individualizada las estrategias e intervenciones (Ortega Cerda et al., 2019,p.5).

2.1.3.8 Factores relacionados con la enfermedad

Algunos determinantes están relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos, la depresión es un factor comúnmente relacionado con la falta de apego al tratamiento, por esta razón, ante la sospecha de un cuadro depresivo se debe realizar una valoración psicológica de forma inmediata y así disminuir la falta de adherencia

terapéutica (Ortega Cerda et al., 2019).

2.1.3.9 Adherencia al tratamiento y el COVID-19

La covid-19 es una enfermedad infectocontagiosa viral emergente con una elevada mortalidad que ha contribuido a elevar las muertes de personas que sufren de hipertensión y diabetes en muy corto tiempo, provocando el colapso de los sistemas sanitarios de todo el mundo (Ángel & Valdés, 2020).

La pandemia por COVID-19 está cambiando el paradigma de la cronicidad, la cual viene acompañada de una económica que merma los recursos económicos del Estado, por ello es necesario identificar los factores de adherencia en cada caso a través de entrevistas personalizadas, entre los que se menciona la ralentización de los procesos asistenciales por las nuevas medidas y el confinamiento afectando el acceso a los servicios sanitarios (García Zaragoza et al., 2020).

Buscar estrategias para este grupo etario es indispensable, ya que es un factor de riesgo importante para contraer el virus y cursar los síntomas más graves con una probabilidad de 10 veces más de morir, con esta finalidad es necesario un control adecuado de su enfermedad base a través de la administración adecuada de su medicamento, una alimentación balanceada, ejercicio y apoyo en su salud mental (Hernández Galdamez et al., 2020).

2.1.3.10 Consecuencias

Las consecuencias de una deficiente adherencia terapéutica se expresan en diferentes esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud pública y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población con vínculos de influencia entre ellos (Ortega Cerda et al., 2019,p.226).

- Empeora la calidad de vida del adulto mayor
- Impide el control de la enfermedad
- Genera una mayor probabilidad de recaídas y agravamiento
- Aumenta la frecuencia de consultas en asistencia primaria, especializada, urgencias y en ingresos hospitalarios
- Incrementa el uso de pruebas diagnósticas o de control innecesarias
- Tratamientos ineficaces por la aparición de resistencias
- Acelera la intensificación de los tratamientos con el consiguiente aumento de reacciones adversas por el uso de medicamentos más potentes
- Puede inducir a la aparición de efectos secundarios o intoxicaciones
- Incrementa la posibilidad de fallecimiento
- Aumento de los costos sanitarios

2.1.4 Teorías y modelos de enfermería relacionada en la adherencia terapéutica

Enfermería es una ciencia y un arte dirigido al cuidado de las personas, las familias y la comunidad, una actividad sistematizada de manera lógica, racional e individualizada con fundamentos científicos con la finalidad de brindar cuidados de calidad (León Román Carlos, 2017,p.8).

Cuenta con un sistema de teorías que se aplican a la práctica por medio del proceso de atención de enfermería, en el cual, el profesional utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y dar respuestas a las necesidades de la persona, familia y comunidad (León Román Carlos, 2017).

Sor Callista Roy – Modelo de adaptación

El modelo surge de su experiencia personal y profesional al presenciar la adaptación que tiene el ser humano ante los cambios que ocasiona la enfermedad afecta la habilidad del sistema adaptativo del ser humano para lograr emitir una respuesta, por lo que el nivel de adaptación va a depender del conocimiento que tenga el ser humano ante la situación que va a enfrentar lo cual permite al profesional de enfermería poder interactuar (Barcia Jimenez & Carmen, 2018).

La relación que existe entre el Modelo de Adaptación con la

adherencia al tratamiento, se observa en el proceso de adaptación del paciente diagnosticado con hipertensión arterial o diabetes, al verse involucrado en esta nueva situación, modificará y adaptará estilos de vida acorde a su condición de salud dependiendo de los factores condicionantes (Barcia Jimenez & Carmen, 2018).

Dorothea Orem – Teoría del Autocuidado

La Organización Panamericana y Organización Mundial de la salud, establece la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de su forma de vida, con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud” (OMS, 2020). A partir de este concepto se considera al usuario como un individuo activo y responsable de su bienestar a través de la aplicación de diversas medidas de autocuidado específicas para su condición de salud (León Román Carlos, 2017).

La teoría de autocuidado describe cómo y porque las personas cuidan de sí mismas, Orem contempla el concepto de autocuidado a las actividades que un individuo inicia para su propio beneficio y conserva la vida, la salud y el bienestar (Barcia Jimenez & Carmen, 2018,p.35).

El autocuidado es responsabilidad de cada persona, sin embargo, gran parte de los pacientes que se encuentran en tratamiento abandonan el mismo

debido a los efectos secundarios que presentan durante el tratamiento, y en ocasiones omiten o suspenden la toma de los medicamentos por un periodo de tiempo causando poca adherencia que puede conllevar a agravar la enfermedad y la resistencia del tratamiento afectando su calidad de vida (Barcia Jimenez & Carmen, 2018).

2.1.5 Estrategias para promover la adherencia

Las estrategias para promover la adherencia al tratamiento pretenden proponer técnicas que modifiquen la conducta y habilidades del paciente, para ello se extrae de la guía (ADHE), Protocolo de la guía de Dispensación, adherencia y uso racional del medicamento las siguientes intervenciones (García Zaragoza et al., 2020).

Técnicas

- Simplificación de la pauta posológica
- Pensar en la aceptación del tratamiento
- Evitar cambios frecuentes del tratamiento
- Características organolépticas, rutinas del paciente, cronoterapia

Conductuales

- Recordatorios

- Organizadores de medicación
- Monitorización de las tomas
- Seguimiento
- Mensajes (sms, WhatsApp), alarmas, asociación de tomas con actividades cotidianas
- Pastilleros
- Calendarios de tomas
- Citas presenciales o telefónicas

Educativas

- Aumentar el conocimiento de la enfermedad y tratamiento
- Disminuir las preocupaciones asociadas a la toma de la medicación
- Manejo de las RAM (Reacción Adversa a Medicamentos)
- Fomento del autocuidado y auto monitorización

De apoyo social y familiar

- Mejora del apoyo social
- Implicación de la familia y cuidadores
- Programas de ayuda domiciliaria, copago y aumento de la financiación de los tratamientos

Dirigidas a sanitarios, industria o administración

- Formación de profesionales
- Mejora de las relaciones entre profesionales
- Desarrollo de nuevas formulaciones
- Técnicas de comunicación, estrategias conductuales y medidas preventivas, integración del FC (farmacéutico comunitario)
- Mejoras en administración de los tratamientos

2.1.6 Descripción del área geográfica del estudio

Figura 3

Mapa de Organización territorial de la parroquia Imbaya



Nota. Adaptado de GAD parroquia Imbaya (p. 158), actualización del PDOT 2015-2030

Reseña histórica

Imbaya o San Luis de Cobuendo es una de las 4 parroquias rurales del cantón Antonio Ante ubicada al extremo noroeste del cantón, perteneciente a la provincia de Imbabura, a 12.3 km de la cabecera cantonal de Atuntaqui y a 5 km de Ibarra, la parroquia está limitada (GAD Antonio Ante, 2020).

- Norte: con el Cantón San Miguel de Urucuquí
- Sur: con la Parroquia Rural de San Antonio del Cantón Ibarra
- Este: con el Cantón Ibarra, desde el puente del río Chorlaví hasta la confluencia con el río Tahuando y desde ahí hasta la intersección en el río Ambi
- Oeste: con la Parroquia Rural de San José de Chaltura (GAD Antonio Ante, 2020).

Situación geográfica

Figura 4

Centro de Salud de Imbaya



Nota. Adaptado de GEO Salud, [Fotografía], de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (2018) Flickr

(<https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/index.php9>)

El Centro de Salud Imbaya está ubicado en la Av. Antonio Ante y Alejandro Jaramillo junto al parque central correspondiente al Primer nivel de Atención Tipo A del Distrito de Salud 10D02 Antonio Ante, atiende en un horario de 8 horas de lunes a viernes (GAD Antonio Ante, 2020,p.86).

Población

De acuerdo al MCDS las proyecciones provisionales de Imbaya para el 2021 será una población aproximada de 1521 habitantes, de los cuales 117 son adultos mayores de 65 a 96 años de edad (GAD Antonio Ante, 2020,p.73).

Salud

Imbaya cuenta con un centro de salud con nueva infraestructura desde el 2012 con las siguientes instalaciones (GAD Antonio Ante, 2020).

- Oficina de estadística y admisión de pacientes
- Consultorios médicos (2)
- Vacunatorio compartido con el área de preparación
- Consultorio odontológico
- Cuarto de curaciones
- Sala de PCT (programa de control de la tuberculosis)
- Farmacia

Talento humano del Centro de Salud Imbaya

- 1 Médica rural y líder encargada provisional de la unidad
- 1 Odontóloga
- 1 Enfermera rural
- 1 Auxiliar de enfermería

- 1 TAPS

Oferta de servicios de salud

El Centro de Salud Imbaya realiza actividades intramural y extramural:

Actividades intramurales

- Atención en medicina General
- Atención odontológica
- Atención obstétrica y ginecológica
- Planificación familiar
- Curaciones
- Inmunizaciones
- Preparación del paciente
- Entrega de medicación
- Atención a grupos prioritarios

Actividades extramurales

- Visitas domiciliarias
- Campañas de vacunación
- Control escolar
- Control de discapacitados

- Charlas/ talleres educativos
- Control de adultos mayores y discapacitados

Morbilidad en adultos mayores de la parroquia de Imbaya

- Diabetes
- Hipertensión
- Diabetes + hipertensión
- Obesidad
- Prostatitis
- Problemas de la vista: glaucoma, cataratas
- Depresión por aislamiento

Mortalidad en adultos mayores de la parroquia de Imbaya

- Cáncer
- Covid-19
- Caídas

Actividades del club de adultos mayores

La comunidad cuenta con un salón de uso múltiple en el cual se efectúan actividades parroquiales, dentro del ámbito salud se realizan

reuniones con el club de adultos mayores, talleres educativos y actividades recreativas, ferias de salud, charlas y actividades con los diferentes clubs, etc.

Pobreza en los Adultos Mayores

Este grupo etario clasificado dentro del ámbito de la pobreza se benefician de los bonos, de los cuales 15 reciben el Bono de Desarrollo Humano, 18 Mis Mejores años, 3 pensión Adultos Mayores y 7 pensión Toda una vida dando un total de 43 personas (GAD Antonio Ante, 2020).

Situación del COVID – 19 en la parroquia Imbaya

El 11 de marzo del 2020 la OMS declaró como pandemia al CoVid-19, y el día 12 del mismo mes la ministra de Salud Pública declaró el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos de salud de la Red Pública Integral y Complementaria, lo que significa que todos los recursos de talento humano, presupuestarios, logísticos, serán priorizados para la atención de la crisis sanitaria (GAD Antonio Ante, 2020).

El 16 de marzo el presidente del Ecuador declaró el Estado de Excepción de todos los servicios públicos a excepción de salud, seguridad, riesgos, así mismo se dispuso el toque de queda y la restricción de movilización a excepción de actividades emergentes o de primera necesidad (GAD Antonio Ante, 2020).

Ante la situación, el GAD Cantonal durante los días de aislamiento social realizo varias actividades:

Fumigación y desinfección en los hogares donde habitan adultos mayores y personas con discapacidad en las parroquias y comunidades de Antonio Ante, entre ellas Imbaya en coordinación con el Consejo Cantonal de Protección de Derechos; además la Implementación del “Mercado Móvil”, que tuvo como objetivo abastecer de alimentos de manera segura a los habitantes de las seis parroquias del Cantón (GAD Antonio Ante, 2020).

2.2 Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

La Carta Magna vigente del Ecuador hace referencia entre otros artículos los derechos que garantizan la atención prioritaria y el acceso a la salud a las personas de la tercera edad (Constitución de la República del Ecuador, 2008,p.18)..

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas

mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos”.

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas

2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones

3. La jubilación universal

4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos

5. Exenciones en el régimen tributario

6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley

7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Ley Orgánica de Salud

La ley orgánica de salud tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud a las personas de la tercera edad, sujetas a la disposición de sus reglamentos y normas establecidos por la autoridad sanitaria nacional (Ley Orgánica de Salud, 2015,p.34)..

Capitulo II

De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades

Art. 6.- “Menciona las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, entre ellas enfatizamos el literal 3y 5 que señala:

3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

Ley de Derechos y Amparo al paciente

El Congreso Nacional del plenario de las comisiones legislativas considerando que la protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la Constitución Política de la República; expide artículos en pro del paciente adulto mayor (Ley de Derecho y Amparo al paciente, 2014,p.2)..

Capítulo II

Derechos del paciente

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Ley del anciano

La ley del anciano expedida en el año 1991, tiene como objetivo primordial el garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud mental, física, alimenticia y atención geriátrica y gerontológica integral de personas de la tercera edad como lo declara en los artículos vigentes (Ley del Anciano, 2016,p.2)..

Capítulo I

Disposiciones fundamentales

Art. 1.- Son beneficiarios de esta Ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras que se encuentren legalmente establecidas en el país. Para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados estipulados en esta Ley, justificarán su condición únicamente con la cédula de identidad y ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros

Art. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos y otras actividades similares

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud

Art. 10.- Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales. Para el cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Bienestar Social, facilitará la infraestructura necesaria.

CAPÍTULO III

3.1 Marco Metodológico

3.1.1 Enfoque Metodológico

La investigación se fundamentó en un estudio con determinación cuali-cuantitativa, no experimental, que permitió recolectar información numérica y proceder al análisis mediante técnicas estadísticas para determinar la adherencia al tratamiento terapéutico.

Es cualitativa ya que permitió comprender e interpretar los factores que intervienen en la adherencia farmacológica y descripción del mismo de los pacientes adscritos al Centro de Salud Imbaya y no experimental, puesto que está enfocado en una observación del fenómeno en su ambiente natural.

3.1.2 Tipo de investigación

El estudio es de tipo descriptiva, transversal y propositiva, se basó en buscar, observar, analizar y describir los factores de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores de 65 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus; y transversal ya que el estudio se llevó a cabo en un momento determinado para el análisis del fenómeno a investigar.

Es propositiva por cuanto oferta una propuesta factible para la solución del problema planteado y comprensión del mismo.

3.1.3 Población de Estudio

La población estuvo constituida por pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas que forman parte del Club de Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Imbaya.

Muestra

Todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión y diabetes del Club de Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Pertenecer al grupo de tercera edad
- Pacientes con hipertensión o diabetes
- Recibir atención en el Centro de Salud Imbaya
- Vivir en la parroquia de Imbaya
- Individuo capaz de firmar el consentimiento informado o colocar su huella digital

Criterios de Exclusión

- Personas en estado etílico, uso de drogas y estupefacientes
- Pacientes con enfermedades crónicas y trastorno mental
- Personas que no estuvieron en su domicilio el día de la aplicación del instrumento de la investigación

3.1.4 Operalización de variables

Objetivo 1. Describir el perfil sociodemográfico y socio cultural de la población objeto del estudio

Matriz metodológica (operacionalización de variables)								
Variables	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Instrumento	Actores
Factores sociodemográficos y socioculturales del adulto mayor	Interviniente	Cualitativa	“Son todas las características relacionadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia” (Saavedra, 2020,p.10).	Edad	Tiempo transcurrido de una persona a partir de su nacimiento	Edad avanzada 65-74 Ancianos:75-90 Longevos: >90	Encuesta	Adultos mayores
				Género	Condición sexual que distingue a las personas	Masculino Femenino	Encuesta	Adultos mayores
				Estado civil	Situación de la persona en cuanto a su relación	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Encuesta	Adultos mayores
				Etnia	Características físicas que se transmite de	Mestizo Blanco Indígena	Encuesta	Adultos mayores

				generación en generación.	Afrodescendiente Chola/o Otro		
				Procedencia	Lugar de origen o nacimiento		Encuesta Adultos mayores
				Idioma	Es la lengua propia de un pueblo para comunicarse	Español Quichua	Encuesta Adultos mayores
				Educación	Periodo de tiempo que asistió a la escuela durante la enseñanza obligatoria y grados aprobados.	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta Ninguna	Encuesta Adultos mayores

				Religión	Son un conjunto de creencias religiosas, ceremonias de un determinado grupo con un Dios	Católico Cristiano Evangélico Otros Sus costumbres y creencias limitan en las decisiones respecto a su salud	Encuesta	Adultos mayores
				Transporte	Medio que se usa para trasladarse de un lugar a otro	Dificultad de acceder al servicio Costo elevado Distancia a la parada del bus Debido a las constantes lluvias ud no puede salir A que ciudad acude frecuente		

						mente a Ibarra, Atuntaqui, otros La frecuencia del transporte es adecuada Otra dificultad		
				Situación laboral	Condición de trabajo en la que se encuentra una persona	Empleado Desempleado Subempleo Trabaja por su propia cuenta (Agricultura, manualidades, emprendimientos etc.) Jubilado Otros Especifique	Encuesta	Adultos mayores
				Ingresos	Cantidad de dinero ganado que cubre sus necesidades básicas	Ingresos bajos <51\$ Ingresos medios bajos<104\$	Encuesta	Adultos mayores

						Ingresos medios<160\$ Ingresos medios altos<254\$ Ingresos altos<637\$ Bono Ninguno		
				Familia	Grupo de personas con parentesco consanguíneo o legal.	N° convivientes (parentesco) Sin convivientes Número de familias Migración Rol en la familia Relación Buena Mala Regular	Encuesta	Adultos mayores
				Apgar familiar	Es un cuestionario que detecta la disfuncionalidad	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su	Encuesta	Adultos mayores

					familiar percibida por cada miembro	familia cuando tiene un problema? ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos? ¿Siente que su familia le quiere?		
				Menores a cargo en el hogar	Individuo que no alcanza la edad adulta	1 2 o más Ninguno	Encuesta	Adultos mayores

				Discapacidad	Deficiencia o limitación física o mental que dificulta la actividad de una persona	Si (especifique cuál y si recibe ayuda de alguna entidad Pública) No	Encuesta	Adultos mayores
				Vivienda	Construcción acondicionada para que vivan personas	Propia Arrendada Prestada Servicios básicos Cuantos cuartos Animales dentro del hogar	Encuesta	Adultos mayores

Objetivo 2: Determinar la presencia de Hipertensión Arterial y Diabetes con su tratamiento farmacológico en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Imbaya.

Matriz Metodológica (operacionalización de variables)								
Variables	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Instrumento	Actores
Patología crónica	Cualitativa	Dependiente	Son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta, son la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo (OPS/OMS, 2018,p.2).	Paciente	Persona que sufre de un dolor o malestar, y, por ende, solicita asistencia medica	Problemas psicológicos/ psiquiátricos Vergüenza por el estigma social Abuso de cigarrillo/alcohol/drogas	Encuesta	Adultos mayores
				Patología	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de organismo o alguna de sus partes por una causa interna o externa.	Patologías: -Hipertensión -Diabetes mellitus Tiempo de evolución (>6meses) Expectativa de curación Aceptación de la enfermedad Gravedad	Encuesta	Adultos mayores

				Tratamiento	<p>Es la forma o el medio que se utiliza en el paciente con algún tipo de alteración cuya finalidad es la curación o disminuir síntomas de la enfermedad.</p>	<p>-Disponibilidad del tratamiento para la HTA/DM</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Lo adquiere del centro de salud</p> <p>Lo adquiere de la farmacia</p> <p>Otro lugar (Seguro campesino, IESS, etc.):</p> <p>Tratamiento adicional para la HTA/DM (medicina natural)</p> <p>Adquiere del Centro naturista u otro</p> <p>Tratamiento no farmacológico para la HTA/DM</p> <p>Cambios en el estilo de vida</p> <p>¿Qué hábitos y conductas ha cambiado por su enfermedad?</p>	Encuesta	Adultos mayores
--	--	--	--	-------------	---	--	----------	-----------------

						<p>Reducción del consumo de sal y azúcar</p> <p>Actividad física: bailoterapia, caminar, trotar, correr, bailar, otros.</p> <p>Tiempo</p> <p>Frecuencia</p> <p>Higiene</p>		
				Equipo de salud	<p>Son equipos multidisciplinarios conformadas por profesionales que realizan diferentes actividades con el fin de proveer una atención integral al paciente, familia y comunidad.</p>	<p>Recibe atención en el centro de salud</p> <p>Recibe atención particular</p> <p>Tiene dificultad para acercarse al Centro de salud</p> <p>Relación con el personal de salud</p> <p>1.Trato digno (respeto, interés, empatía)</p> <p>2.informacion veraz/4 principios éticos (confianza y veracidad)</p>	Encuesta	Adultos mayores

						<p>3.Comunicación clara y coordinada</p> <p>4.Sufrio alguna caída durante su atención</p> <p>Centro de salud le presta todos los servicios (contesta no diga porque)</p> <p>Seguimiento y recordatorio del tratamiento para la HTA/DM</p> <p>Realiza talleres dinámicos sobre alimentación según su patología, actividad física ¿Cómo se sentía?</p> <p>Para mejorar su salud emocional y afectiva realizan terapias asistidas con mascotas ¿Cómo se sentía?</p> <p>Realizaban terapias recreativas: bailar, jardinería, yoga, pintar,</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>juegos, música, bingo, manualidades.</p> <p>Frecuencia</p> <p>Cuidador: brindan educación sobre HTA/DM y entrenamiento para mejorar la calidad de los cuidados y reducir sus consecuencias negativas</p> <p>¿Cree que si existiera un nutricionista mejoraría su alimentación y la gravedad de la DM/HTA disminuiría?</p> <p>¿Cree que es necesario médicos especialistas? como nutricionista y psicólogo en el centro de salud?</p> <p>Sabe que alimentos debe consumir para fortalecer su organismo/cuerpo?</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>Los coronavirus son una amplia familia de virus, algunos tienen la capacidad de transmitirse de los animales a las personas, produciendo cuadros clínicos que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como SARS-Cov-2 y (MERS-CoV) (Ministerio de Salud Pública, 2020,p.1).</p>	<p>¿Qué problemas tuvo en su salud durante la pandemia, agravo su enfermedad física y emocional? ¿Ud. tuvo dificultad para adquirir la medicación para la HTA/DM e ir a los controles médicos debido a la pandemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Dinero 2.Dificultad para movilizarse 3.Apoyo familiar 4.Lejanía del Centro de salud 5.Estado de animo 6.No tiene empleo 7.Otros <p>¿Cree que se respeta sus derechos en cuanto a la atención en salud?</p>	Encuesta	Adultos mayores
--	--	--	--	--	--	--	----------	-----------------

						<p>¿Desde su experiencia considera que el gobierno durante la emergencia sanitaria ha tomado en cuenta a los adultos mayores como grupo de atención prioritaria?</p> <p>¿Se ha vacunado y registrado en el plan de vacunación? Responde no pregunte ¿por qué?</p> <p>¿Realiza algún tipo de actividad durante la pandemia ¿cómo se ha sentido?</p> <p>¿Ud. cree que ha subido de peso, cuál fue su alimentación durante la pandemia?</p> <p>¿Cree Ud. que por tener HTA/DM, obesidad puede contraer más fácilmente la</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

						enfermedad? ¿Conoce a alguien que haya fallecido por covid-19? ¿Qué le ha enseñado el personal de salud para protegerse y alimentarse?		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Objetivo 3: Establecer la relación entre el tratamiento farmacológico y las características sociodemográficas como factores prevalentes en la no adherencia al tratamiento terapéutico.

Matriz metodológica (operacionalización de variables)								
Variables	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Instrumento	Actores
Adherencia terapéutica	Independiente	Cualitativa	“La adherencia es el compromiso activo y voluntario del paciente con el tratamiento indicado por el profesional de la salud, dicho compromiso debe ser acordado entre el paciente y el personal médico” (Duarte, 2020,p.2).	Adherencia	Cumplir con la toma de medicación de acuerdo con la dosificación prescrita y transcurso del tiempo.	-Adherente -No adherente	-Test de Batalla (conocimiento del paciente sobre la enfermedad) Test de Morisky - Green (Causas del incumplimiento) -Test BMQ (creencias de los pacientes sobre la medicación)	Adultos mayores

3.1.5 Métodos y técnicas de recolección de datos

Solicitud de autorización para desarrollar la investigación

Se gestionó el permiso a la directora del Distrito 10D02 Antonio Ante-Otavalo-Salud para dar a conocer el propósito de la investigación, después de haber obtenido la aprobación se procedió a aplicar las encuestas a la población de estudio y la revisión de historias clínicas para la documentación y obtención de la información.

Instrumentos de medición

Para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y dar respuesta a los objetivos de estudio se determinó 3 instrumentos: para la obtención de datos sociodemográficos, se elaboró una encuesta que permitió caracterizar a la población de estudio, el test de Batalla, contiene 3 preguntas que permitió evaluar el nivel de conocimiento del paciente sobre la enfermedad, considerase no adherente si el paciente falla en alguna de las preguntas planteadas; el Test de Morisky-Green-Levine es un método practico e idóneo para valorar causas del incumplimiento terapéutico en atención primaria, sé considero que el paciente no es adherente si responde una o varias de las preguntas cualitativas de la siguiente forma: en la 1, sí; en la 2, no; en la 3, sí; y en la 4, sí.; el Test BMQ Breve cuestionario de la medicación, exploró el comportamiento del paciente relativo a la toma del

medicamento y las barreras para la adherencia terapéutica, consta de tres partes: el primero analizó el régimen terapéutico mediante siete preguntas sobre cómo el paciente tomó la medicación la semana anterior; el segundo indaga sobre las creencias, el cual evaluó los efectos del tratamiento y las molestias que ocasiona; y, finalmente, un tercer apartado evaluó las dificultades potenciales para recordar la toma de medicación, considerándose no adherente si presenta resultados ≥ 1 (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020).

Plan de procesamiento y análisis de datos

Una vez finalizada la recolección de datos se construyó una matriz en Excel donde a cada participante se le asignó un código, posteriormente se ingresaron las variables sociodemográficas y los resultados de cada instrumento junto con la interpretación de los mismo, de acuerdo a como se clasifico la puntuación en cada una de las escalas evaluadas, los resultados de cada variable fueron recodificados con el fin de facilitar su análisis mediante el programa estadístico.

Se utilizó el programa estadístico Epi Info para la elaboración de análisis, se procedió a elaborar un estudio univariado utilizando medidas de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas; además de promedios y desviación estándar para las variables cuantitativas; se exploraron asociaciones causales para la cual se calculó la oportunidad relativa (OR) con

sus respectivos intervalos de confianza para el análisis bivariado con el fin de buscar posibles asociaciones entre los factores sociodemográficos con adherencia al tratamiento.

Se obtuvo tablas estadísticas que sirvió para la interpretación y análisis del cuestionario aplicado al total de pacientes dentro de la investigación, se procedió a realizar un análisis y correlación de variables para conocer la relación entre la adherencia al tratamiento y los factores sociodemográficos, tomando en cuenta los objetivos propuestos al inicio del estudio.

3.1.6 Aspectos éticos

El código deontológico del CIE para la enfermería adoptado por el Consejo Internacional de Enfermeras el 10 de julio de 1953 acoge cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

Principio de autonomía

Es la capacidad que tienen las personas para tomar decisiones, tomando en cuenta las necesidades, los deseos y los valores del paciente, el personal de salud tiene la responsabilidad de hacer accesible la información respecto del proceder médico o de investigación (González Manzana & Feltrer García, 2020,p.10). En la investigación se respeto la participación

voluntaria de los participantes explicando a cada uno el objetivo y los beneficios del estudio.

Principio de beneficencia

Se basa en la necesidad de hacer el bien, o no hacer daño, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo (González Manzana & Feltrer García, 2020,p.10). Se brindó información a los pacientes de los beneficios que se obtendrán como resultado en esta investigación, manteniendo la privacidad y uso responsable de la información, asignando un numero secuencial a cada uno a fin de no ocasionar daños a los participantes durante la investigación.

Principio de no maleficiencia

Trata de evitar hacer daño, la imprudencia, la negligencia, y prevenir el daño físico, mental, social o psicológico (González Manzana & Feltrer García, 2020,p.10). Durante la investigación a cada participante se le explico que su participación no causara ningún riesgo para su salud, respetando su integridad fisica y psicologica como ser humano.

Principio de justicia

La justicia se ha identificado con la equidad, igualdad y planificación, dar a cada uno lo que le corresponde, y el acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos, tratados sin ningún tipo de discriminación y respeto (González Manzana & Feltrer García, 2020,p.10). El estudio se acogió a los cuatro principios éticos de la investigación en cuanto a la información será manipulada solo por personal autorizado.

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados de la Investigación

Los resultados obtenidos de la muestra del estudio con pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y diabetes del club de adultos mayores de la parroquia, seleccionados a partir de los parámetros regidos en esta investigación son presentados a continuación en correspondencia con el cumplimiento de cada objetivo propuesto.

4.1.1 Resultados para el primer objetivo

Describir el perfil sociodemográfico y sociocultural de la población objeto del estudio.

Tabla 1

Análisis de Variables Sociodemográficas de la población de estudio

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	69.70%
Masculino	10	30.30%
Grupos de Edad		
Edad avanzada	19	57.58%
Ancianos	12	36.36%
Longevos	2	6.06%
Etnia		
Mestizo/a	31	93.94%
Afrodescendiente	1	3.03%
Chola/o	1	3.03%

Educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	23	69.70%
Primaria completa	10	30.30%
Estado civil		
Casado/a	14	42.42%
Viudo/a	9	27.27%
Divorciado/a	6	18.18%
Soltero/a	4	12.12%
Situación laboral		
Bono	12	36.36%
Agricultura	9	27.27%
Ama de casa	9	27.27%
Jubilado	3	9.09%
Ingresos		
Ingresos bajos <51	23	69.70%
Ingresos medios bajos <104	6	18.18%
Ingresos altos <637	2	6.06%
Ingresos medios <160	1	3.03%
Ingresos medios altos <254	1	3.03%
Tipo de Familia		
Extensa	15	45.45%
Nuclear	10	30.30%
Monoparental	5	15.15%
Solo	3	9.09%
Funcionalidad familiar		
Normofuncional	26	78.79%
Moderadamente disfuncional	6	18.18%
Gravemente disfuncional	1	3.03%

Nota. Muestra del Centro de Salud Imbaya del Distrito 10D02

Respecto a las variables sociodemográficas, se observa un predominio en la población del género femenino con un 69,70%, respecto al género masculino del 30,30%, en cuanto a grupo de edad revela que las edades más frecuentes en la población estudiada esta entre 65 a 74 años de edad avanzada

en un 57,58%, con una media de 74; desviación estándar de 9,4; mediana de 71; moda de 65, con un mínimo de edad de 65 años y máximo de 108 años; siendo en su mayoría mestizos con el 93,94%, gran parte de los pacientes tiene como nivel de educación, primaria incompleta en un 69,70% , de los cuales el 42,42% son casados y el 27,27% viudos, la mayoría de la población se dedica a actividades de agricultura y ama de casa del 27,27% para cada grupo, y el 36,36% recibe bono del estado durante la emergencia sanitaria, con ingresos bajos <51 dólares mensuales en el 69,70% de la población ,seguido del 18,18% con ingresos medios bajos<104 dólares; en los resultados podemos observar que el 45,45% de los adultos mayores forman parte de familias extensas y el 9,09% viven solos, con una convivencia normo funcional en el 78,79% de hogares, seguido del 18,18% de familias moderadamente disfuncional y en menor porcentaje, pero no menos importante el 3,03% gravemente disfuncional.

4.1.2 Resultado para el segundo objetivo

Determinar la presencia de Hipertensión Arterial y Diabetes con su tratamiento farmacológico en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Imbaya.

Tabla 2

Pacientes Hipertensos y Diabéticos atendidos en el Centro de Salud de Imbaya

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	28	84.85%
Diabetes Mellitus	5	15.15%
Tiempo de evolución		
6 a 10 años	12	36.36%
11 a 15 años	11	33.33%
16 a 30 años	5	15.15%
3 a 5 años	5	15.15%
Tratamiento farmacológico		
Un solo medicamento	22	66.67%
2 o más medicamentos	11	33.33%
Acceso al tratamiento		
Centro de salud y farmacia	30	90.91%
Seguro campesino, IESS	3	9.09%
Motivos de consulta		
Lumbalgia con ciatalgia y dolor de miembros	7	21.21%
Depresión, frustración, trastorno del estado de ánimo afectivo, insomnio	6	18.18%
Obesidad y sobrepeso	5	15.15%
Otros	15	45.46%

Nota. Muestra del Centro de Salud Imbaya del Distrito 10D02.

En la tabla podemos observar que el 84,85% de la población tiene hipertensión arterial y en menor porcentaje diabetes mellitus representando por el 15,15% de la muestra, con un tiempo de evolución de 6 a 10 años en el 36,36% de los pacientes, con una media de 9,7; desviación estándar de 6,28; mediana de 9; moda de 5; con un mínimo de 3 años y máximo de 30 años de evolución; de los cuales el 66,67% toma un solo medicamento a diferencia del 33,33% quienes toman 2 o más medicamentos; el 90,91% de la población adquiere su tratamiento del centro de salud y farmacia cifras que se ve en igual porcentaje debido a la falta del medicamento en el centro de salud desde hace más de 2 meses, entre los principales motivos de consulta se recalca dolor de miembros, lumbalgia con cialgia con el 21,21%, seguido de trastornos de salud mental en el 18,18% de la población, obesidad y sobrepeso en el 15,15% y otros como cefalea, caídas, gastritis, estreñimiento, resfriados, EPOC, y control.

4.1.3 Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre el tratamiento farmacológico y las características sociodemográficas como factores prevalentes en la no adherencia al tratamiento terapéutico.

Tabla 3

Adherencia al Tratamiento Farmacológico en relación al Nivel de Educación en pacientes con HTA y DM

Test de Batalla (Test de Conocimiento del paciente sobre la enfermedad)			
Educación	No Adherente	Adherente	Total
Primaria incompleta	18	5	23
	78,26%	21,74%	100,00%
	72,00%	62,50%	69,70%
Primaria completa	7	3	10
	70,00%	30,00%	100,00%
	28,00%	37,50%	30,30%
Total	25	8	33
	75,76%	24,24%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Nota. Muestra del Centro de Salud Imbaya del Distrito 10D02

En relación a la adherencia al tratamiento farmacológico según los resultados del Test de batalla, el 72% de pacientes que tienen un nivel de primaria incompleta resultaron no adherente al tratamiento, al igual que el 28% con primaria completa; por otra parte, el 62,50% con primaria

incompleta y el 37,50% con primaria completa resultaron adherentes, por lo tanto, el nivel de educación está asociado significativamente con la baja adherencia al tratamiento, ($X^2= 0.9466132258$; $p= 0.6728$ y un nivel de confianza del 95%), determinado que la mayor parte de la población no cuenta con el conocimiento adecuado respecto a su patología.

Tabla 4

Adherencia al Tratamiento Farmacológico en relación al Nivel Económico en pacientes con HTA y DM

Test de Morisky Green (Causas del Incumplimiento)			
Ingresos	No adherente	Adherente	Total
Ingresos bajos<51	22	1	23
	95,65%	4,35%	100,00%
	78,57%	20,00%	69,70%
Ingresos medios bajos<104	4	2	6
	66,67%	33,33%	100,00%
	14,29%	40,00%	18,18%
Ingresos medios<160	1	0	1
	100,00%	0,00%	100,00%
	3,57%	0,00%	3,03%
Ingresos medios altos<254	1	0	1
	100,00%	0,00%	100,00%
	3,57%	0,00%	3,03%
Ingresos altos<637	0	2	2
	0,00%	100,00%	100,00%
	0,00%	40,00%	6,06%
Total	28	5	33
	84,85%	15,15%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Nota. Muestra del Centro de Salud Imbaya del Distrito 10D02.

En la tabla podemos observar que el 78,57 % de los pacientes con ingresos bajos <51 no son adherencia al tratamiento en comparación con el 20% quienes presentan adherencia terapéutica con el mismo tipo de ingreso mensual, por lo tanto, el factor económico está directamente relacionado con la baja adherencia al tratamiento farmacológico con un (p=0,334; intervalo de

confianza de 95%), entre las causas más frecuentes de no adherencia al tratamiento farmacológico demostraron que el paciente deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien y olvido.

Tabla 5

Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA y DM según el test BMQ

Test BMQ creencias de los pacientes sobre la medicación	Frecuencia	Porcentaje
≥1 indican potencial incumplimiento	31	93.94%
≥1 indican posibles barreras en las creencias	21	63.64%
≥1 indican posibles barreras en la memoria	31	93.94%

Nota. Muestra del Centro de Salud Imbaya del Distrito 10D02.

Al investigar la adherencia al tratamiento según el test BMQ, se encontró que el 93,94% de la población presentan un potencial incumplimiento vinculado a posibles barreras en la memoria, en el 93,94%, a diferencia del 63,64% que corresponde a posibles barreras en las creencias; durante el análisis del régimen terapéutico manifestaron interrumpir el tratamiento debido a una reposición tardía de la medicación u omisión de dosis en un día, respecto al análisis de la memoria se asocia a recibir un régimen multidosis y recordar tomar la medicación; y por último las creencias en el que la población refiere el nombre de algún medicamento que le molesta, por consiguiente, se identificó posibles barreras de adherencia relacionadas con el paciente.

4.1.4 Discusión

Entre las características sociodemográficas y culturales de los pacientes diabéticos e hipertensos sobresale el género femenino en edad avanzada con un promedio de 74 años, mínimo de 65 años y máximo de 108 años, en su mayoría mestizos con estudios primarios incompleto, casados, cuyas ocupaciones principales son las labores domésticas y agrícolas, con ingresos menores a <51 \$ mensuales, en el que se incluye el bono del estado destacando el bono de desarrollo humano, y pensión del adulto mayor, gran parte de esta población vive en familias extensas y normo funcionales, predominan los pacientes con diagnóstico de hipertensión, seguidos de pacientes con diabetes que tienen entre 6 y 10 años de diagnóstico de la enfermedad.

El estudio realizado por Gustavo Mora Marcial (2017) en Cuba plantea que las personas con enfermedades crónicas, destacando la hipertensión arterial y diabetes, se observó un alto índice en el género femenino a partir de los 45 años y alcanzó tasas elevadas en aquellos individuos con más de 65 años en edad avanzada (Mora Marcial et al., 2017). Siendo la edad un factor de riesgo no modificable provocado por los importantes cambios que suceden en el organismo, y que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades. La OMS (2018) menciona que la morbilidad de hipertensión y diabetes en edad avanzada es más elevada en las mujeres a nivel mundial, debido a que los servicios de salud son usados con más frecuencia por las mujeres que por los hombres, al

ser más longevas representan una proporción mayor de la población adulta de edad avanzada (OMS, 2018). Resultados que coinciden con los hallazgos encontrados en la investigación.

Los resultados muestran que la mayor parte de la población se encuentran casados (42,42%) y viudos (27,27%), de etnia mestiza (93,94%) con un nivel de educación de primaria incompleta (69,70%), y actividades relacionadas al hogar, datos que coinciden con la investigación de Carlos Gafas González (2019) realizada en Riobamba sobre la caracterización de pacientes hipertensos que viven en la zona rural, característica útil para reconocer el perfil del paciente con hipertensión y diabetes con factores de riesgo comunes que dificultan el cumplimiento al tratamiento, dato que contribuirá a mejorar las estrategias de adherencia (Gafas González et al., 2019). Coincidencia que se relaciona con la procedencia rural de la muestra de estudio.

María Navarro (2019) en su investigación llevada a cabo en la ciudad de Barcelona-España, reportó niveles bajos de alfabetización con gran prevalencia en personas con nivel socioeconómico bajo quienes presentaron un mayor número de comorbilidades a mayor edad, lo que dificulta la comprensión del paciente para tomar decisiones apropiadas respecto a su salud e implica una baja adherencia al tratamiento, declive en su bienestar y una mortalidad más elevada sobre todo en personas de edad avanzada (Navarro Rubio et al., 2019). Datos que distan con nuestra investigación, en

el que se observó que gran parte de la población cuenta con una educación de primaria incompleta y en inferior proporción escolaridad completa debido a factores económicos y personales que actualmente no han cambiado tanto en zonas urbanas y rurales, por otra parte, el investigador Mauricio Díaz, México (2020) explica que el grado de instrucción dificulta el nivel de conocimiento y comprensión del paciente sobre su enfermedad y a medida que disminuye su nivel educativo aumenta el riesgo de muerte por hipertensión o diabetes (Díaz Rentería et al., 2020). De tal manera que el nivel de educación es un elemento fundamental en la adherencia al tratamiento, al tener un mayor grado de preparación, aumenta la colaboración del paciente para ejecutar acciones de autocuidado, permitiendo desarrollar competencias, valores y actitudes para que las personas gocen de una vida saludable, tomen decisiones y afronten sus problemas de salud.

La población presenta en su mayoría actividades de agricultura y ama de casa con ingresos bajos < 51 dólares e ingresos medios bajos <104 dólares al mes, durante la pandemia los grupos vulnerables en pobreza y extrema pobreza se ha visto afectada como se observa en el estudio, datos que guardan relación con la investigación realizada en Colombia por de Kelly Jhoana Londoño (2020) en el que se evidenció que la mayoría de la población con Diabetes Mellitus muestra bajos ingresos económicos de aproximadamente <63 dólares en familias rurales (Londoño et al., 2020). Aspecto que influye en el desplazamiento y acceso a los servicios de salud y como consecuencia una disminución en la adherencia y falla terapéutico, resultados similares con

la investigación de la enfermera Denisse Brugere (2020) en Alemania, refiriendo que los factores económicos son el principal factor que limita la adherencia farmacológica (Brugere et al., 2020). A pesar de contar con el apoyo económico familiar gran parte de sus miembros se encuentra sin empleo o subempleos debido al contexto actual de salud, dejando notar la desigualdad persiste a lo largo de los años, desde este punto de vista los ingresos medios altos de 254 USD no alcanzaría ni el salario básico unificado establecido a 395 \$ en 2019 dejando notar que la situación del mercado laboral se encuentra deteriorada, cuyos salarios durante la pandemia han reducido a la mitad, la población adulta mayor se ha visto gravemente afectada, ya que debido a su condición física y su edad es difícil que consigan empleo para cubrir sus necesidades básicas.

Algunos adultos mayores indican que se mantiene con los bonos del estado (pensión adulto mayor, mis mejores años, bono del desarrollo humano, y seguro campesino), cabe mencionar que el 50% de esta población recibe el bono desde hace 4 meses en el último censo 2021, para hacerle frente a la pandemia por covid-19, la mayoría recibe el bono de desarrollo humano, y pensión del adulto mayor que actualmente es de 50 dólares, evidenciando la falta de cumplimiento de los derechos de los adultos mayores a una vida digna, plena, independiente y saludable e igualdad de oportunidades; los resultados obtenidos tienen relación con los datos del Ministerio de Economía y Finanzas, en el cual la mayor parte de la población recibe el bono de pensión adultos mayores, seguido del bono de desarrollo humano (Machado, 2019).

Dinero con el cual cubren sus necesidades básicas entre ellas la compra de la medicación la cual por el momento no se cuenta en el centro de salud, situación alarmante debido al aumento e inflación en los precios desde el mes de marzo (INEC, 2021).

En cuanto al tipo de familia, la mayor parte de este grupo etario pertenecen a familias extensas y nucleares dentro de un hogar normo funcional y moderadamente disfuncional, y en menor porcentaje gravemente disfuncional en los adultos mayores que viven solos, resultados que distan con la investigación realizada en Chile por la enfermera Natalia Bello (2020), en él menciona que en el 50% de los usuarios con HTA y DM pertenece a una familia nuclear y extensa, y el 90% de los sujetos se encuentran en familias normo funcionales (Bello Escamilla & Montoya Caceres, 2016). Dejando notar que las familias en ocasiones sobreprotegen a esta población por el hecho de envejecer independientemente de las condiciones clínicas, por otra parte la investigación efectuada por Cinthya Aguilar (2018) en México ratifica que el tipo y funcionalidad familiar en pacientes crónicos son la principal fortaleza para este tipo de pacientes y señala la diferencia que existe en las personas que viven en condiciones de abandono, en el que su estado de salud se deteriora con mayor rapidez (Aguilar Montejo et al., 2018). Con lo que podemos concluir que el tipo de familia es un factor protector en nuestra investigación.

En la población de estudio destacaron pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y en menor porcentaje con diabetes mellitus, con un mínimo de 3 años y máximo de 30 años de evolución, resultados similares al estudio de María Mejía (2018) en Venezuela, en el que determinó que el tiempo de evolución de la patología es un factor condicionante a la adherencia al tratamiento (Mejía et al., 2018). Según la OMS (2019) la HTA y DM son el principal problema de salud mundial del siglo XXI, generando una carga para el sistema sanitario en todo el planeta, y un factor de riesgo modificable de enfermedades cardiovasculares (Ministerio de Salud Pública, 2019). Demostrando relación con nuestros resultados en el que se observa una prevalencia de la patología la cual no se ve reducida debido a las deficiencias en prevención, diagnóstico y control al que se le añade la difícil situación de salud por pandemia Covid-19 que ha dificultado el acercamiento a este grupo etario. Pedro Navarrete en su investigación (2020) en Lima-Perú, identificó como factor de riesgo de mortalidad frente al COVID-19 la presencia de hipertensión y diabetes entre los 60 y 79 años de edad, de manera similar, estudios globales reportaron, un alto porcentaje de ingresos a las unidades de cuidados intensivos (UCI), de pacientes con comorbilidades asociadas a la HTA (23,7%) y diabetes (22,0%) (Navarrete Mejía et al., 2021). Por lo tanto, estas patologías son considerados factores de riesgo para un desenlace desfavorable.

Respecto a la toma del medicamento el 66,67% toma un solo medicamento y el 33% toma 2 o más, es una variable clínica que puede influir

negativamente en la adherencia al tratamiento de la población, en comparación con la investigación implementada en Chile por José Sánchez Rodríguez (2019), describió que los adultos mayores son el grupo etario con más consumo de fármacos originado por el aumento de enfermedades y deterioro del propio envejecimiento (Sánchez Rodríguez et al., 2019). Siendo la educación un factor clave para disminuir el consumo inapropiado del mismo e impulsar estilos de vida que fomenten el envejecimiento saludable.

El acceso al tratamiento en el Centro de Salud se ha visto limitada debido a la pandemia, afectando la economía de este grupo etario quienes sobreviven con bonos del estado y apoyo económico familiar, obligándolos a adquirir la medicación en las farmacias comunitarias, ocasionando en la población un malestar reflejado en su salud física y emocional, con lo que podemos detectar problemas de salud mental en la población, resultados que distan con la investigación realizada en Perú por Jeff Huarcaya (2020) en el que identifica la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general debido a la pandemia de Covid-19 (Huarcaya Victoria, 2020). Revelando un incremento de las emociones negativas y reducción de las emociones positivas principalmente por el distanciamiento y ausencia de comunicación interpersonal que afecta en gran medida a la población adulta mayor.

En relación con la adherencia terapéutica, al aplicar el test de Batalla en correlación con el nivel de educación se determinó que es un factor de

riesgo que dificulta la adherencia al tratamiento farmacológico, la investigadora Gloria Vargas Cárdenas (2020) en su investigación efectuada en Perú, estableció una relación entre adherencia y el grado de instrucción, en el cual los pacientes con más estudios superiores son más adherentes que los pacientes sin estudios (Vargas Cárdenas et al., 2020). En correspondencia con lo ya mencionado, Marián Vásquez (2021) en su investigación en el estado de Cuba, reconoció que el bajo nivel de escolaridad es directamente proporcional con la aparición de enfermedades, esto se debe, al desconocimiento sobre los factores de riesgo que originan dichas patologías, (Pomares Avalos et al., 2017). Por tanto, las personas con bajo nivel de escolaridad, tienden a utilizar mecanismos de afrontamiento a la enfermedad menos eficaces, por ello, la enfermera en pro de la adherencia es necesario implementar estrategias innovadoras que mejoren esta situación empezando desde la concientización y sensibilización de la población.

En cuanto a la percepción que tienen los pacientes sobre su enfermedad, la mayoría cree que los medicamentos prescritos son los adecuados y mejorarán su salud, y puede controlarse en combinación con una alimentación saludable, al relacionar estos parámetros los datos muestran que la confianza que muestran los pacientes en su tratamiento, es un factor que puede aumentar la adherencia, sin embargo gran parte de la población desconocen los daños o complicaciones de la enfermedad, en comparación con la investigación de Andrea Leites en España (2019) coincide con nuestro estudio, afirmando la importancia de empoderar y educar a los pacientes para

mejorar el cumplimiento del tratamiento, menciona que la creencia de que el tratamiento mejora la enfermedad y los medicamentos son adecuados, aumentara el cumplimiento en este grupo etario (Leites Docío et al., 2019). De este modo se sobreentiende, que para que el personal de salud logre una comprensión correcta del tratamiento y enfermedad por parte del paciente, debe existir primero una relación enfermera-paciente sólida y adecuada que permita garantizar la adherencia al tratamiento.

En la investigación de Elizabeth Parody (2019) en Colombia observó a través del Test de Morisky Green que el 80% de su población no era adherente en pacientes con hipertensión arterial y diabetes asociado al olvido (Parody Rua & Vásquez Vera, 2019). Dato que se asemeja a nuestra investigación en el cual 78,75% de los pacientes no fue adherente debido a la falta de recursos económicos y olvido. En cuanto a la investigación efectuada por Karina Ramírez (2018) en Perú identifico utilizando el mismo test de nuestra investigación que el 76,3% no era adherente y los factores negativos más influyentes estaban asociados a factores socioeconómicos y los factores relacionados con el paciente (Ramírez Olivera, 2020). Dato relacionado con nuestros resultados en el que la mayor parte de la población se clasifica dentro del ámbito de la pobreza, recibe apoyo económico familiar, y a ello se suma el olvido del paciente relacionado con la patología.

Con relación a la investigación de María Salgado en México (2018) poco coincide con nuestros resultados, refiriendo que el 93% manifestó tener

buena calidad de vida reportando mejor adherencia al tratamiento, lo cual se debe a un nivel medio de estatus (Salgado Jiménez et al., 2018). Sin embargo, en la investigación llevada a cabo en México por Ulises Luna Breceda (2017) observó de acuerdo a la aplicación del Test BMQ el incumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión en el 52,30% de su población relacionado con la edad e identificando deterioro cognitivo en la población (Luna Breceda et al., 2017). Resultados que guarda semejanza con nuestra investigación en el que se identificó el 93,94% de no adherencia, siendo la principal barrera el olvido del uso del medicamento e incumplimiento en el análisis del régimen terapéutico, dato alarmante, ya que existe riesgo de discapacidad o muerte prematura ocasionada por complicaciones o comorbilidad relacionadas a esta patología. Según Neus Puigdemont (2018) en Granada, la adherencia es un comportamiento completo influenciado por múltiples variantes en los que destaca los factores socioeconómicos, acceso al tratamiento, el paciente y la patología (Pagès Puigdemont & Valverde Merino, 2018). Por consiguiente, se relaciona con nuestra investigación en el que podemos determinar que la adherencia terapéutica es un comportamiento dinámico influenciado por una variedad de factores y por ello las estrategias para mejorar la adherencia deben individualizarse según los determinantes sociales de cada paciente.

CAPÍTULO V

5.1 Propuesta

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación es necesario adoptar un plan de intervención de enfermería para concientizar al paciente respecto a la importancia de la perseverancia al tratamiento, destacando factores de riesgo, sintomatología, complicaciones y prevención con el propósito de mejorar la adherencia terapéutica.

Tema: Programa educativo para promover la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos y diabéticos mediante el uso de una libreta/ diario integral de salud dirigido a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Imbaya

Datos informativos

- **Institución:** Centro de Salud Imbaya
- **Lugar:** Parroquia Imbaya del cantón Antonio Ante
- **Beneficiarios:** adultos mayores, personal sanitario y comunidad

Objetivo general

- Promover la adherencia farmacológica en los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus a través del uso de una libreta/diario

integral de salud para garantizar la adherencia terapéutica.

Objetivos específicos

- Instruir a la población con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes y cuidadores sobre la patología y control de mismo.
- Educar sobre la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológica y uso de la libreta/diario integral de salud.
- Insistir en la importancia del autocuidado como parte esencial de la adherencia al tratamiento

Antecedentes de la propuesta

El tratamiento de las enfermedades crónicas en la actualidad se ha convertido en un gran problema de salud pública prevalente a nivel mundial, ya sea por su complejidad, duración de los tratamientos y progresión de la misma en relación con los determinantes sociales de salud.

Y como consecuencia, la falta de adherencia ocasionando en este grupo una menor calidad de vida por la aparición de complicaciones clínicas y, por ende, costos económicos muy significativos en el sistema de salud siendo en su mayoría prevenibles.

A ello se añade el contexto actual de salud por Pandemia Covid-19 agravando la situación de los adultos mayores quienes son vistos como una carga económica y social incapaces de valerse por sí mismos lo que los hace una población vulnerable.

En el Centro de Salud Imbaya, se brinda atención primaria de salud que incluye el manejo de pacientes crónicos quienes reciben de manera periódica medicación, sin embargo, debido a la pandemia su atención se ha limitado dando paso al incumplimiento del tratamiento.

Justificación

La adherencia farmacológica implica la participación de todos los profesionales sanitarios, de los pacientes y el uso adecuado y responsable de los recursos disponibles, donde el empoderamiento del paciente representa el eje central para la adherencia.

Según estudios relacionados con el tema muestran cifras alarmantes del incumplimiento, datos que fueron corroborados con los obtenidos en el Centro de Salud Imbaya, donde la mayor parte de este grupo etario resultaron no adherentes al tratamiento farmacológico, siendo una de las principales causas la falta de conocimiento sobre la enfermedad, nivel de educación, olvido, y factor económico.

De acuerdo a estos resultados se diseñó una propuesta educativa a fin de promover la adherencia terapéutica.

Desarrollo de la propuesta

1. Identificación del grupo a educar

- Pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión arterial que acudan al centro de salud Imbaya.
- La captación se efectuará de manera directa previa comunicación con el equipo de salud.
- Se contactará durante la consulta y se explicará el objetivo del programa.
- Se concretará con el paciente una cita que permita realizar su inclusión en el programa educativo previo consentimiento informado por escrito.

2. Caracterización de la adherencia farmacológica en los pacientes

Se incluirá las visitas domiciliarias a los grupos vulnerables y la aplicación de test de adherencia que permitirá identificar los factores que influyen en el paciente: test de Morisky Green, de Batalla y de BMQ

3. Programa educativo

- Sensibilizar al paciente, en cuanto a la corresponsabilidad y colaboración, en la toma de decisiones con respecto a los fármacos que se encuentra utilizando mediante el uso del rombo filosófico de Bédard (1995).
- No crear falsas expectativas respecto al tratamiento
- Indicar que no se realizara ninguna modificación del tratamiento indicado por el médico
- Se procederá a iniciar el taller educativo y participativo con un lenguaje claro y preciso de la patología.
- Presentación de la tarjeta/diario integral de salud dirigido al adulto mayor o cuidador para el seguimiento y control del tratamiento, la parte frontal consta de datos personales del paciente, en la parte posterior del seguimiento y control de la medicación y la tercera de un calendario, que al final del mes quienes más días cumplidos tengan de haber tomado la medicación se darán incentivos.
- Ejecución de actividades dinámicas de autocuidado acorde a su condición de salud y determinantes.

4. Técnicas

- Se utilizan técnicas explicativas y de exposición

5. Ayudas audiovisuales

- Cartel e imágenes

6. Resultados esperados

- Aumentar la adherencia en la población con patologías crónicas
- La participación activa de los usuarios
- Mejorar los conocimientos y mayor sensibilización de la población.
- Contribuir a una mejor percepción del usuario respecto a la atención

CONCLUSIONES

La población estuvo representada por pacientes del sexo femenino, de edad avanzada que fluctúan entre los 65 y 74 años de edad, de etnia mestiza, y escolaridad incompleta; entre sus principales actividades laborales destacaba la agricultura, con ingresos bajos y medios bajos.

Se identificó como barrera protectora a la adherencia terapéutica, el tipo de familia extensa y nuclear normofuncional, dejando observar que la mayoría de adultos mayores adherentes y no adherentes presentaban un elevado apoyo familiar.

En la parroquia Imbaya existió un gran porcentaje de población hipertensa con dificultad al acceso al tratamiento debido a la escasez del medicamento en el centro de salud y condiciones económicas por lo que presentan un alto riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico en gran parte de la población.

Entre los factores que inciden en el abandono al tratamiento se identificó el conocimiento moderado que tiene la población sobre la enfermedad reflejado en el test de Batalla, y la poca adherencia en el test de Morisky-Green-Levine, siendo la principal barrera el olvido, por el hecho de sentirse bien, deja de tomar la medicación en lo que se sugiere que la monoterapia sea una opción para facilitar la adherencia, y en caso de que no

sea posible es necesario que el equipo busque estrategias junto al paciente para disminuir la tasa de olvido.

Los resultados de la investigación demostraron la relación que existe entre los factores sociodemográficos y la falta de adherencia, entre ellos se destaca la pobreza y el nivel de educación; factores relacionados con el paciente la edad y el olvido; factores relacionados con la enfermedad en el que se resalta la patología crónica y tiempo de evolución mínimo de 3 y máximo de 30 años e incluye el factor relacionado con el contexto actual de salud por pandemia Covid-19 evidenciando trastornos a nivel emocional que afectan la adherencia al tratamiento, y por el contrario podrían ayudar a desarrollar mejores niveles de adherencia, permitiendo mejorar la calidad de vida y afianzar las relaciones interpersonales.

RECOMENDACIONES

Para el estudio de la adherencia terapéutica, se recomienda continuar usando métodos indirectos, por su bajo costo, adecuado grado de comprensión por parte de los participantes, además de ser considerados como buenos métodos de evaluación.

Diseñar modelos de intervención para concientizar y mejorar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y trabajar en estos factores para conseguir una mayor adherencia.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema de Salud Pública de hace muchos años, dejando ver la deficiencia que existe en el sistema de salud y gobernanza en nuestro país, para ello es necesario un trabajo multidisciplinario e intersectorial que mejore la ejecución e implementación de intervenciones salubristas.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar Montejo, C., Zapata Vázquez, R., López Ramón, C., & Zurita Zarracino, E. (2018). Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. *Horizonte sanitario*, 17(3), 235-240. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n3.2007>
- Alfonso Príncipe, J. C., Salabert Tortoló, I., Alfonso Salabert, I., Morales Díaz, M., García Cruz, D., & Acosta Bouso, A. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Rev. medica electron*, 39(4), 987-994. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013
- Ángel, M., & Valdés, S. (2020). *Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19 Non-communicable Chronic Diseases and the COVID-19 Pandemic*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2020/fi202c.pdf>
- Aquino-Canchari, C. R., Quispe-Arrieta, R. del C., & Huaman Castillon, K. M. (2020). COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. *Rev. habanera cienc. méd*, 19. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400005
- Aránzazu-Meneses LM, Anarte-Ruiz C, Masoliver-Forés A, B.-F. E. (2019). Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón). *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(2), 27-38. <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/primavera>

2019/4_Diabetes V7 N2.pdf

Arete, N., Avila, L., Bianchi, J., & Cabrerizo, A. (2020).

RECOMENDACIONES PARA LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DIABETES. <https://www.saedyn.es/wp-content/uploads/2021/02/J-2020-Recomendaciones-farmacologicas-Diabetes-Mellitus-tipo-2.pdf>

Barcia Jimenez, C. E., & Carmen, L. C. A. del. (2018). *Perspectiva de uso de las teorías de enfermería en la no adherencia al tratamiento antiretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.*

<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4175/1/2>.

PERSPECTIVA DEL USO DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETRO.pdf

Barra Malig, S. F. (2018). Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la Costa de Perú.

Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3737>

Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas,

C. A., López-Olmedo, N., De la Cruz-Góngora, V., Rivera-Dommarco, J.,

Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barquera, S., López-Ridaura,

R., Hernández-Ávila, M., & Villalpando, S. (2020). Prevalencia de

diabetes y descontrol glucémico en México: Resultados de la Ensanut

2016. *Salud Publica de Mexico*, 62(1), 50-59.

<https://doi.org/10.21149/10752>

Bello Escamilla, N., & Montoya Caceres, P. A. (2016). Adherencia al

tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28(8), 73-77.

Bertha Itamar, D., & Campoverde, B. (2017). *UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA «Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa-El Oro, 2016»*.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18161/1/TESIS DRA. BERTHA BRAVO.pdf>

Bialo, S. (2018). *Diabetes tipo 2: ¿Qué es? (para Padres) - Nemours KidsHealth*. <https://kidshealth.org/es/parents/type2.html>

Bohigas, L. (2017). *Factores que influyen en la adherencia del paciente al tratamiento*. Aimfa. <https://aimfa.es/articulo/factores-influyen-la-adherencia-del-paciente-al-tratamiento/>

Brugere, D., Galarce, D., Gallegos, I., & Rojas, J. (2020). Nivel de adherencia farmacológica en adultos mayores de 60 años con patología HTA-DM : Una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia*, 3(2), 114-119.

Castro, R. (2019). *Diabetes de tipo 2 - {Diagnóstico} y tratamiento - {Mayo} {Clinic}*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20351199>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitucion de la republica del Ecuador 2008. Registro oficial 449 de 20 Oct. 2008, 449(20), 1-136*.
www.lexis.com.ec

Costa, R., Gutiérrez, A., Valdivieso, D., Carpio, L., & Parra, F. (2018).

Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>

Díaz Rentería, M., Díaz Díaz, G., Soto García, A., Campa Aguilera, K., Ulloa Ruvalcaba, N., Medina González, M., Rodríguez Hernández, J., & Sánchez González, V. (2020). Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco Artículo original Resumen. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 4, 31-37.

Domínguez Gallardo, L. A., & Ortega Filártiga, E. (2019). Factors associated with lack of adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1), 63-74. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)63-074](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)63-074)

Duarte, A. (2020). *¿Qué es la leche hidrolizada? - Mejor con Salud*. Mejor con salud. <https://mejorconsalud.as.com/que-es-la-adherencia-terapeutica/>

Escalada, J., & López de la Torre, M. (2020). Novedades del tratamiento farmacológico en las recomendaciones de la ADA 2020 para la diabetes mellitus. *Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Dm*. https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/986/060420_101837_8586629872.pdf

Flaño, J. (2018). *Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial esencial - Escuela de Medicina - Facultad de Medicina*. Escuela de Medicina. <https://medicina.uc.cl/publicacion/tratamiento-no-farmacologico-la-hipertension-arterial-esencial/>

- GAD Antonio Ante. (2020). Ordenamiento Territorial De La Parroquia. En *Actualización del Plan de desarrollo Territorial de la parroquia Imbaya* (pp. 1-171). http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1060013320001_DIAG,CHALTURA-DEFIN_15-05-2015_11-43-42.pdf
- Gafas González, C., Figueredo Villa, K., Salazar Granizo, Y. E., Brossard Peña, E., León Insuasti, M. C., & Pérez Columbié, R. L. (2019). Caracterización de pacientes hipertensos del Distrito de Salud Chambo-Riobamba. *Rev. cuba. enferm*, 35(3). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2611>
- García Zaragozá, E., Gil Girbau, M., Murillo Fernández, D., Prats Mas, R., & Vergoñós Tomàs, A. (2020). *Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y COVID-19 | Farmacéuticos Comunitarios*. Farmaceuticos comunitarios. <https://raco.cat/index.php/FC/article/view/372437/465931>
- González Manzana, E., & Feltrer García, J. (2020). *Aspectos éticos en la toma de decisiones de COVID-19 en Atención Primaria (AMF 2020)*. Actualización en Medicina Familiar. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2683
- Hernández Galdamez, D., Rivera Andrade, A., Morales Juárez, A., Ramirez Zea, M., & Mendoza Montano, C. (2020). *¿Qué consecuencias tiene la pandemia por COVID-19 en las enfermedades crónicas no transmisibles y como reducirlas?* https://nutricionistaspanama.com/wp-content/uploads/2020/08/ECNT_COVID19_3ago.pdf
- Huarcaya Victoria, J. (2020). Mental health considerations about the COVID-

19 pandemic. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334.

<https://doi.org/10.17843/RPMESP.2020.372.5419>

Ibarra, O., & Morillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento Medicina del comportamiento: una guía para la práctica clínica.*

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

INEC. (2017). *Causas_de enfermedad_y muerte.jpg (1000x1415)*. Cifras

Vitales. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2019/Causas_de enfermedad_y muerte.jpg)

[inec/Infografias-INEC/2019/Causas_de enfermedad_y muerte.jpg](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2019/Causas_de enfermedad_y muerte.jpg)

INEC. (2021). Nombre de la operación estadística Dirección/Departamento

Unidad Elaborado por: Revisado por: Aprobado por. En *Boletín Técnico*

IPC N°. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/2020/Diciembre-2020/Bolein_tecnico_12-2020-IPC.pdf)

[inec/Inflacion/2020/Diciembre-2020/Bolein_tecnico_12-2020-IPC.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/2020/Diciembre-2020/Bolein_tecnico_12-2020-IPC.pdf)

Leites Docío, A., García Rodríguez, P., Fernández Cordeiro, M., Tenorio

Salgueiro, L., Fornos Pérez, J. A., & Andrés Rodríguez, F. (2019).

Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la

farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 11(1), 5-13.

[https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.\(2019/vol11\).001.02](https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.(2019/vol11).001.02)

León Román Carlos. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de

importancia histórica. *Revista cubana de enfermería*, 33(4).

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>

Ley de Derecho y Amparo al paciente. (2014). Ley De Derechos Y Amparo

- Del Paciente. *Msp*, 4. www.lexis.com.ec
- Ley del Anciano. (2016). Honorable Consejo Nacional. *La Comisión De Legislación Y Codificación*, 1-6. www.lexis.com.ec
- Ley Órgánica de Salud. (2015). Ley organica de salud. *Plataforma Profesional de Investigacion Jurídica*, 13. www.lexis.com.ec
- Lizarzaburu-robles, J. C., Ariza, M., & Correa, R. (2021). RAEM REVISTA ARGENTINA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO Dieta vegana y equilibrio hormonal. *Revista Argentina Endocrinologia y Mrtabolismo*, 58(1), 65. <http://www.raem.org.ar/numeros/2021-vol58/numero-01/raem-58-1-10.pdf>
- Londoño, K. J., Galindez, J. C., Lerma, E. N., & Rivera, P. A. (2020). Assessment of pharmacological treatment adherence in diabetic patients from Jamundí (Valle), Colombia | Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos de Jamundí (Valle), Colombia. *Revista Cubana de Farmacia*, 53(2), 1-10.
- Luna Breceda, U., Haro Vázquez, S., Uriostegui Espíritu, L. C., Barajas Gómez, T., & Rosas Navarro, D. A. (2017). Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Familiar*, 24(3), 116-120. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.07.004>
- Machado, J. (2019). *Más de un millón de ecuatorianos recibe ayuda económica del Estado*. Primicias. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/bonos-pobreza-subsidios/>
- Martínez Fajardo, E. J., García Valdez, R., & Álvarez Villaseñor, A. S. (2019).

Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Medicina General y de Familia*, 8(2), 56-61. <https://doi.org/10.24038/mgyf.2019.018>

Mayo Clinic. (2017). *Diabetes tipo 1 - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-1-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20353017>

Megret Despaigne, R., & Calles Varona, D. (2018). Megret Despaigne y Calles Varona. *Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna*, 6(5), 350. <http://jppres.com/jppres>

Mejía, M. A., Gil, Y., Quintero, O., & Avila, M. C. D. (2018). Intervención Educativa En El Apego Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2. Trujillo. Venezuela. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 16(1), 34-46. https://www.redalyc.org/jatsRepo/3755/375555047005/html/index.html#redalyc_375555047005_ref12

Mena Roa, M. (2020). • *Gráfico: El 9% de la población mundial tiene más de 65 años / Statista*. El 9% de la población mundial tiene más de 65 años. <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total/>

Ministerio de Salud Publica. (2017). Diabetes mellitus tipo 2. ¿Cómo tratar la dislipemia diabética? *Diabetes mellitus tipo 2*, 17, 40-51. [https://doi.org/10.1016/s0214-9168\(05\)73369-6](https://doi.org/10.1016/s0214-9168(05)73369-6)

Ministerio de Salud Publica. (2019a). *Diabetes mellitus diagnostico y*

tratamiento (pp. 1-193).

https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00100_2020 ENE 08.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2019b). Hipertensión arterial. En *Guía de Práctica Clínica* (p. 13). www.salud.gob.ec

Ministerio de salud pública. (2019). Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial 2019. *Guía de Práctica Clínica de Hipertension Arterial, 1*, 1-70. www.salud.gob.ec

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Coronavirus COVID-19 – Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid-19/>

Molina-de Salazar, D. I., Botero-Baena, S. M., Esparza-Albornoz, A. S., Barrera, C., Morales, N., Holguin, M. C., Granada, E., & Chacón, J. A. (2016). Information and communication technologies as an educational tool in patients with non communicable chronic diseases in an outpatient health institution of Manizales. *Medicas UIS, 29*(2), 59-70. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192016000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=

Mora Marcial, G. R., Verdecia Tamallo, K., Rodríguez Vergara, T. de las M., Del Pino, B. N., & Guerra Cabrera, C. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 33*(3), 270-280. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252017000300001&script=sci_arttext&tlng=pt

Mota, B. A. M., Moura-Lanza, F., & Nogueira-Cortez, D. (2019).

Effectiveness of nursing appointments in adherence to hypertension treatment. *Revista de Salud Publica*, 21(3), 1-9.

<https://doi.org/10.15446/RSAP.V21N3.70291>

Musayón-Oblitas, F. Y., Cárcamo, C. P., Gimbel, S., Zarate, J. I. E., & Espinoza, A. B. G. (2020). Validation of a counseling guide for adherence to antiretroviral therapy using implementation science. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 3228. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3117.3228>

Navarrete Mejía, P. J., Lizaraso Soto, F. A., Velasco Guerrero, J. C., & Loro Chero, L. M. (2021). Diabetes mellitus e hipertensión arterial como factor de riesgo de mortalidad en pacientes con Covid-19. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 13(4), 361-365.

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.134.766>

Navarro Rubio, M., Gálvez Hernández, P., González de Paz, L., & Virumbrales Cansio, M. (2019). *Desarrollo Delaware materiales educativos paraca pacientes crónicos y familiares*. Educación Medica.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1575181318301256?token=0AF7AEAD8EB7D38C24945CA457BFDE55A266EA8DF7D740249EBB45C70BD0DBD15EDD7D7EC173511F504C285B8DF32F81&originRegion=us-east-1&originCreation=20210817060456>

OMS. (2017a). *Conferencia Mundial de la OMS sobre las Enfermedades No Transmisibles*. Centro de Prensa.

OMS, Conferencia Mundial de la OMS sobre las Enfermedades No

Transmisibles (2017). <https://apps.who.int/mediacentre/events/2017/ncd->

[global-conference/es/index.html](https://www.who.int/global-conference/es/index.html)

OMS. (2018). Salud de la mujer. *Nursing (Ed. española)*, 35(3), 17.

<https://doi.org/10.1016/j.nursi.2018.05.006>

OMS. (2021a). *Diabetes*. 13 de abril. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

OMS. (2021b). *Diabetes*. Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

OMS. (2021c). *Enfermedades no transmisibles*. 13 abril.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS. (2021d). *Enfermedades no transmisibles*. Datos y cifras.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS. (2021e). *Hipertensión*. Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

OPS/OMS. (2018). *Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. OPS.

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

OPS/OMS. (2021). *Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. OPS.

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. *Salud en las Américas*, 10,42. www.paho.org

- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, O. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2019). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Medica Grupo Angeles*, 16(3), 226.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica*. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2020). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(3), 163-172.
<https://doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
- Pagès Puigdemont, N., & Valverde Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4), 251-258.
<https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Parody Rúa, E., & Vásquez Vera, A. (2019). Prevalencia y factores asociados a la adherencia en un centro de atención primaria de Cali: comparación de 3 test de adherencia. *Fundación Pharmaceutical Care España*, 21(1), 23-40.
- Pascacio Vera, G. D., Ascencio Zarazua, G. E., Cruz León, A., & Guzmán Priego, C. G. (2016). Salud en Tabasco Salud en Tabasco. *Vascular*, 12(2), 423-426. <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges. *Revista Espanola de Geriatria y*

Gerontologia, 55(5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>

Pomares Avalos, J., Vázquez Núñez, M., Ruíz Domínguez, E., & Aldereguía

Lima, G. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*, 7(2), 8.

<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>

Ramírez García, M. C., Anlehu Tello, A., & Rodríguez León, A. (2019).

Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horizonte sanitario*, 18(3), 383-392.

<https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>

Ramírez Olivera, K. (2020). Factores Asociados A La Adherencia Al

Tratamiento Antihipertensivo En El Paciente Adulto Y Adulto Mayor Del Hospital Ilo 2018 [Universidad Señor de Sipán]. En *Repositorio Institucional - USS*.

<http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/5895>

Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A.,

Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., & Mazzoni-Chávez, L. (2016).

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

CONCEPTOS, DETERMINANTES Y NUEVAS ESTRATEGIAS

Therapeutic adherence: concepts, determinants and new strategies. *REV*

MED HONDUR, 84, 125,132.

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Reyes, J. R., & Loaiza, L. F. M. (2020). Adherence to treatment in people with

cardiovascular disorders: Nursing theoretical approaches. *Cultura de los*

Cuidados, 24(56), 256-270. <https://doi.org/10.14198/CUID.2020.56.18>

- Rincón Alarcón, A. C., Gusñay Ramírez, N. X., & Rodríguez Vinueza, V. I. (2020). Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. *An Real Acad Farm*, 125-131. https://analesranf.com/articulo/8602_04/
- Saavedra, J. E. (2020). Socio-demographic factors and early life events associated with happiness in adults of Metropolitan Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(1), 42-50. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4580>
- Salgado Jiménez, M. de los Á., Haddad Bello, J. M., Miranda Correa, B., Martínez Casarrubias, J. C., García Bahena, M., Joanico Morales, B., Cruz Cruz, M. D. R., & Balbuena Herrera, E. (2018). Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH. *Atención Familiar*, 25(4), 136. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67256>
- Sánchez Rodríguez, J. R., Escare Oviedo, C. A., Castro Olivares, V. E., Robles Molina, C. R., Vergara Martínez, M. I., & Jara Castillo, C. T. (2019). Polypharmacy in older adults and impact on their quality of life. Literature review. En *Revista de Salud Publica* (Vol. 21, Número 2, pp. 271-277). Instituto de Salud Publica, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76678>
- Toala de la Cruz, O. H., & SamadaGrasst, Y. (2019). Repercusion de la relaciones familiares en la autoestima de los adultos mayores. *Revista Cognosis*, 58(12), 7250-7257. <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Vargas Cárdenas, G., Balvin Yanes, L., Chaiña Meza, J. M., & Llanos Tejada,

F. (2020). Adherencia terapéutica al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* y sus factores asociados en un hospital público de Perú. *Revista de gastroenterología del Perú : organo oficial de la Sociedad de Gastroenterología del Perú*, 40(3), 224-229.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300224

Vintimilla Enderica, P. F., Giler Mendoza, Y. O., Motoche Apolo, K. E., & Ortega Flores, J. J. (2019). Diabetes Mellitus Tipo 2: Incidencias, Complicaciones y Tratamientos Actuales. *RECIMUNDO*, 3(1), 26-37.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.26-37](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.26-37)

APÉNDICE

Apéndice A. Solicitud del permiso para desarrollar el Proyecto de Grado

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 Coordinación Zona1 - Salud
 Dirección Distrital 10D02 Antonio Ante - Otavalo - Salud

Oficio Nro. MSP-CZ1-10D02-2021-0087-O

Ibarra, 04 de mayo de 2021

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD ACCESO A INFORMACION PROYECTO DE GRADO ANRANGO DIANA

Señora Magíster
 Lucía Cumandí Yépez Vázquez
 Directora del Instituto de Postgrado
 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 En su Despacho

En referencia al Memorando MSP-CZ1-10D02-VUACD-2021-0288-E el que textualmente cita:

"Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar se brinde acceso e información para el desarrollo de proyecto de grado para la Lic. ANRANGO SANTILLAN DIANA LUCIA".

Con este antecedente me permito Autorizar a Lic. Anrango Santillán Diana Lucía, estudiante de la Maestría en Salud Pública mención Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica del Norte y dar las facilidades del acceso a la información para el proyecto de grado "FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD IMBAYA DE ATUNTAQUI 2021", para lo cual se debe coordinar con el responsable de Provisión y Calidad de los servicios del Distrito 10D02 Antonio Ante Otavalo Salud y con la Líder del Centro de Salud Imbaya para su correcta ejecución.

Atentamente,

Obst. Gabriela Alejandra Mena Iza
DIRECTORA DISTRITAL 10D02 ANTONIO ANTE - OTAVALO & SALUD

Referencia:
 - MSP-CZ1-10D02-VUACD-2021-0288-E

Copia:
 Señor Doctor
 Leslie Michelle Gordillo Vivero
Líder CS Imbaya-10D02

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Coordinación Zona1 - Salud
Dirección Distrital 10D02 Antonio Ante - Otavalo - Salud



Oficio Nro. MSP-CZ1-10D02-2021-0087-0

Ibarra, 04 de mayo de 2021

Señor Doctor
William Antonio Chavez Jacentillo
Líder de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud(E) -10D02

WC



SISTEMAS
Salud

Lenin



Apéndice B. Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Encuesta

Instrucciones

Lea y conteste cada una de las preguntas.

Consentimiento informado

Yo:estoy de acuerdo en participar en la presente investigación sobre, “Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de enfermedades crónicas en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021”, se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio, su importancia y la repercusión que tendrá en el orden personal y para la comunidad, además se me comunico que todos los datos expuestos serán utilizados solo con fines de investigación, por lo tanto mi incorporación será voluntaria. Para que así conste firmo la presente, autorizando se me incluya en la investigación.

Firma: **Huella:** **Código:**.....

Fecha de aplicación: **Fecha de nacimiento:**

Lugar:.....

Encuesta maestría de salud pública con mención en enfermería familiar y comunitaria

Edad	Edad avanzada: 65-74	
	Ancianos: 75-90	
	Longevos: >90	
Genero	Masculino	
	Femenino	
Estado civil	Soltera/o	
	Casada/o	
	Divorciado	
	Viudo	
	Unión libre	
Etnia	Mestizo	
	Blanco	
	Indígena	
	Afrodescendiente	
	Cholo/a	
	Otros	
Procedencia		
Idioma	Español	
	Quichua	
Educación	Primaria completa	
	Primaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Superior completa	
	Superior incompleta	
Religión	Ninguna	
	Católico	
	Cristiano	
	Evangélico	
	Otros	
	Sus costumbres y creencias limitan en sus decisiones	
Transporte	Dificultad de acceder al servicio	
	Costo elevado	
	Distancia a la parada del bus	
	Debido a las constantes lluvias ud no puede salir	
	A que ciudad acude frecuentemente a Ibarra, Atuntaqui, otro	
	La frecuencia del transporte es adecuada	
	Otra dificultad	

Situación laboral /ocupación	Empleada/o (publico-privado)	
	Desempleada/o, sin buscar trabajo	
	Desempleada/o, busca trabajo	
	Subempleado/a	
	Trabaja por su propia cuenta	
	
	Jubilado	
	Otros	
	Especifique:	
Ingresos	Ingresos bajos <51\$	
	Ingresos medios bajos<104\$	
	Ingresos medios<160\$	
	Ingresos medios altos<254\$	
	Ingresos altos<637\$	
	Bono	
	Ninguno	
Familia	N° convivientes (parentesco)	
	
	Sin convivientes	
	Número de familias	
	Migración	
	Rol en la familia:	
	Relación Buena.....mala.....regular.....	
	Nuclear...Extensa...Mononuclear...Solo...otro...	
Apoyo	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? Casi Siempre...Algunas Veces...Casi nunca.....	
Participación	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? Casi Siempre.....Algunas Veces.....Casi nunca...	
Crecimiento	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? Casi Siempre.....Algunas Veces.....Casi nunca.....	
Afecto	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos? Casi Siempre.....Algunas Veces.....Casi nunca.....	
Recreación	¿Siente que su familia le quiere? Casi Siempre.....Algunas Veces.....Casi nunca.....	
	F. normo funcional: 7-10 p.; F. moderadamente disfuncional: 4-6 p.; F. Gravemente disfuncional: 0-3 p.	

Menores a cargo/parentesco	1	
	2 o mas	
	Ninguno	
Discapacidad	Si (especifique cuál y si recibe ayuda de alguna entidad Pública/privada)	
	No	
Vivienda	Propia	
	Arrendada	
	Prestada	
	Servicios básicos (agua, luz, internet, teléfono)	
	Cuantos cuartos	
	Animales dentro del hogar	
Salud/Paciente	Problemas psicológicos/psiquiátricos	
	Vergüenza por el estigma social	
	Abuso de cigarrillo/alcohol/ drogas	
Enfermedad	Hipertensión arterial/diabetes mellitus	
	Tiempo de evolución (>6 mese)	
	Expectativas de curación	
	Aceptación de la enfermedad	
	Gravedad	
Tratamiento	Disponibilidad del tratamiento para la HTA/DM	
	Tratamiento farmacológico.....	
	Lo adquiere del Centro de Salud	
	Lo adquiere de la Farmacia	
	Otro lugar:	
	Tto adicional para HTA/DM (medicina natural)	
	Centro naturista u otro	
	Tratamiento no farmacológico para la HTA/DM	
	Cambios en estilos de vida	
	¿Qué hábitos y conductas ha cambiado por su enfermedad?	
	Reducción del consumo de sal/ azúcar	
	Actividad física: bailo terapia, caminar, trotar, correr, bailar otros.....	
	Tiempo	
	Frecuencia	
	Higiene personal	
Equipo de salud	Atención en el Centro de Salud	
	Atención particular	
	Tiene dificultad para acercarse al Centro de salud.....	
	Relación con el personal de salud	

Equipo de salud	1.Trato digno (respeto, interés, empatía)	
	2. Información veraz/ 4 principios éticos (confianza y veracidad)	
	3.Comunicación clara y coordinada	
	4.Sufrió alguna caída durante su atención #	
	Centro de salud le presta todos los servicios (contesta no diga porque)	
	Seguimiento y recordatorio del tratamiento para la HTA/DM	
	Realiza talleres dinámicos sobre alimentación, actividad física, ¿cómo se sentía?	
	Para mejorar su salud emocional y afectiva realizan terapias asistidas con mascotas (peros, gatos, etc.) ¿Cómo se sentía? ...	
	Terapias recreativas: bailar, jardinería, yoga, pintar, juegos, música, bingo, manualidades	
	Frecuencia	
	Cuidador: brindan educación para la HTA/DM y entrenamiento para mejorar la calidad de los cuidados y reducir sus consecuencias negativas	
	¿Cree que si existiera un nutricionista mejoraría su alimentación y la gravedad de la DM/HTA disminuiría?	
	¿Cree que es necesario médicos especialistas? como nutricionista y psicólogo en el centro de salud	
	Sabe que alimentos debe consumir para fortalecer su organismo/cuerpo	
	Covid -19	¿Qué problemas tuvo en su salud durante la pandemia, agravo su enfermedad física y emocional?
¿Ud tuvo dificultad para adquirir la medicación para la HTA/DM e ir a los controles médicos debido a la pandemia		
1.Dinero		
2.Dificultad para movilizarse		
3.Apoyo familiar		
4.Lejanía del Centro de salud		
5.Estado de animo		
6.No tiene empleo		
7.Otros		
¿Cree que se respeta sus derechos en cuanto a la atención en salud?		
¿Desde su experiencia considera que el gobierno durante la emergencia sanitaria ha tomado en cuenta a los adultos mayores como grupo de atención prioritaria?		
¿Ud. se ha vacunado y registrado en el plan de vacunación? Responde no pregunte porque		
¿Ud. realiza algún tipo de actividad durante la pandemia? ¿Cómo se ha sentido?		
¿Ud. cree que ha subido de peso, cuál fue su alimentación durante la pandemia?		
¿Cree Ud. que por tener HTA/DM, obesidad pueda contraer más fácilmente la enfermedad? ¿Conoce a alguien que haya fallecido por covid-19?		

	¿Qué le ha enseñado el personal de salud para protegerse y alimentarse?	
--	---	--

Test de Batalla (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)		
¿Es la presión alta /diabetes una enfermedad para toda la vida?	
¿Se puede controlar con una alimentación sana y medicación?	
Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión alta/diabetes	

Test de Morisky de Morisky-Green-Levine (causas del incumplimiento)		
¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?	
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	
¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación?	
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	

Test Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación- creencias de los pacientes sobre la medicación y que pueden influir en la adherencia terapéutica.)						
1. Por favor, enumere todos los medicamentos que tomó la semana pasada. Para cada medicamento enumerado, por favor responda a las siguientes preguntas (a-g)						
a. Nombre del medicamento						
b. ¿Cuántos días lo tomó usted?						
c. ¿Cuántas veces al día lo tomó?						
d. ¿Cuántas pastillas tomó cada vez?						
e. ¿Cuántas veces dejó de tomar una pastilla?						
f. ¿Por qué razón la tomaba usted?						
g. ¿Cómo le funcionan los medicamentos? (1= bien, 2= normal, 3= mal)						
a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)
.....
.....
.....
2. ¿Le molesta de algún modo alguno de sus medicamentos? Sí No a. SI RESPONDE SÍ, por favor indique debajo el nombre del medicamento y cuánto le molesta						
¿Cuánto le molesta? Medicamento	Mucho	Algo	Un poco	Nada	¿De qué modo le molesta?	
.....	
.....	
.....	
3. Debajo hay una lista de problemas que la gente puede tener a veces con sus medicamentos. Por favor, indique cómo le afecta cada uno de los siguientes:						


	Mucho	Algo	Nada	¿Qué medicamento?
a. Abrir o cerrar el bote/caja de medicamentos
b. Leer la letra impresa en el bote/caja
c. Recordar tomar todas las pastillas
d. Conseguir sus medicamentos a tiempo
e. Tomar tantas pastillas al mismo tiempo

Análisis del régimen terapéutico (preguntas 1a-1e)	
¿El paciente falló en enumerar su medicación en la pregunta inicial?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente paró o interrumpió el tratamiento debido a una reposición tardía de la medicación o por alguna otra razón?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente manifestó alguna omisión de dosis en un día o en una toma?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente disminuyó la cantidad prescrita por dosis?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente tomó alguna dosis extra o más medicación de la prescrita?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente respondió «no sé» en alguna pregunta?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente rechazó contestar alguna pregunta?	1 = Sí; 0 = No
<i>NOTA: resultados ≥ 1 indican una potencial falta de adherencia terapéutica</i>	
Análisis de las creencias (preguntas 1g y 2-2a)	
¿El paciente contestó «mal» o «no sé» en la pregunta 1g?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente indicó el nombre de algún medicamento que le molestara?	1 = Sí; 0 = No
<i>NOTA: resultados ≥ 1 indican posibles barreras en las creencias</i>	
Análisis de la memoria (preguntas 1c y 3c)	
¿El paciente recibe un régimen multidosis (dos o más veces al día)?	1 = Sí; 0 = No
¿El paciente respondió «mucho» o «algo» en la pregunta 3c?	1 = Sí; 0 = No
<i>NOTA: resultados ≥ 1 indican posibles barreras en la memoria</i>	

Apéndice C. Cronograma de trabajo

Cronograma de trabajo																
Objetivo general: Identificar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021.																
N°	Actividad	Periodo														
		Marzo				Abril				Mayo				Junio		
Objetivo específico 1.	1.Aprobación del protocolo por el comité de ética de la Universidad Técnica del Norte	■	■	■	■											
	2. Autorización para el trabajo de investigación por el director del Distrito 10D02 Antonio Ante. Otavalo-Salud.	■	■	■	■											
	3.Reunión con el líder del Centro de Salud para fomentar las estrategias y el objetivo de la investigación					■	■									
	4.Visitas domiciliarias junto al equipo EAIS para la ubicación geográfica de los adultos mayores					■	■	■								
Objetivo específico 2	5.Aplicación de encuestas y aprobación del consentimiento informado					■	■	■								
	6.Revisión de historias clínicas					■	■	■								
	7.Recolectar y organizar información							■	■	■						
	8.Tabulación de resultados									■	■	■	■			
	9.Redacción de informe									■	■	■	■			
Objetivo específico 3	10.Entrega de informe final													■	■	
	11.Reunión participativa para presentar los resultados de la investigación														■	


Apéndice D. Libreta/ Diario Integral de Salud



Ministerio de Salud Pública

Centro de Salud Imbaya Distrito 10D02

Diario de control del tratamiento para pacientes crónicos y cuidador



Domicilio	
Teléfono	
N° HCL	
Nombre del paciente	
Nombre del cuidador	
Fecha de nacimiento	
Diagnostico	
Fecha de diagnostico	
Tratamiento	

CALENDARIO 2021

ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL						
Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá
					1	2	7	8	9	10	11	12	13	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10
3	4	5	6	7	8	9	14	15	16	17	18	19	20	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
10	11	12	13	14	15	16	21	22	23	24	25	26	27	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
17	18	19	20	21	22	23	28							28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
24	25	26	27	28	29	30																					
31																											

MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO						
Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá
						1	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
2	3	4	5	6	7	8	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	8	9	10	11	12	13	14
9	10	11	12	13	14	15	20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	15	16	17	18	19	20	21
16	17	18	19	20	21	22	27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	22	23	24	25	26	27	28
23	24	25	26	27	28	29															29	30	31				
30	31																										

SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá
			1	2	3	4	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25
23	24	25	26	27	28	29	24	25	26	27	28	29	30	28	29	30					26	27	28	29	30	31	
30							31																				

CÓMO REDUCIR EL RIESGO DE hipertensión

1. Reduce el consumo de sal
2. Haz actividad física a diario
3. Mantén un peso saludable
4. Come alimentos frescos y naturales

OPS #ConoceTusNúmeros

Diabetes tipo 1

10%

El cuerpo no produce insulina

NO

Diabetes tipo 2

90%

El cuerpo produce insulina pero no la usa eficientemente

SE PUEDE PREVENIR

ALIMENTACIÓN SANA Y EQUILIBRADA

PESO SALUDABLE

ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA

(P.EJ. CAMINAR 30 MIN. AL DÍA)

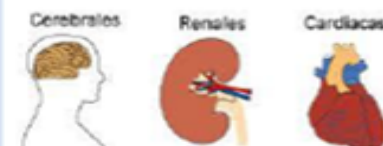
¿CÓMO PREVENIR?

SÍ

FUENTES: W

Fecha de control	Nombre profesional	Tratamiento	Fecha del próximo control	Valor P/A-DM	Exámenes complementarios	Observaciones
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						
Indicaciones						
Medicamento	Hora					

Complicaciones que se pueden presentar si la hipertensión arterial NO ES CONTROLADA:



¿CÓMO ESTA TU PRESIÓN?



Conoce Tus Números



La Diabetes afecta:



70-100 Normal 101-125 Prediabetes 126+ Diabetes

