

“Una buena salud es un deber para ti mismo, para tus contemporáneos, para tus herederos
y para el progreso del mundo” Gwendolyn Brooks

“Las fuerzas naturales dentro de nosotros son los verdaderos sanadores de la
enfermedad.” Hipócrates

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS

ANA MARÍA BARRETO PINILLA

Monografía presentada como requisito para optar al título de

ENFERMERA

Asesor temático

JENNY PAOLA BLANCO

Asesor Metodológico

DOLORES BOLAÑOS POSSO

UNIVERSIDAD ECCI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C
2017

Dedico esta tesis a mi padre, quien siempre me apoyo y me direccionó, porque aunque no estés, siempre estas presente en todas mis decisiones, porque gracias a todas tus enseñanzas nació en mi este deseo de superación personal y formación académica.

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos, a mis profesores: Jenny Paola Blanco y Dolores Bolaños, quienes me guiaron en toda la metodología de mi proyecto, logrando que pudiera cumplir con objetivos propuestos para este trabajo, y muy especialmente a Johana Bedoya, porque además de guiarme fue un apoyo fundamental en todo este proceso.

A mis profesores de carrera, por que depositaron en mí todas las herramientas necesarias para ejecutar este proyecto.

A mis amigas: Paola González, Tatiana Villalobos, Leidy Zambrano y Nancy Carreño que me acompañaron, me apoyaron en cada sustentación convirtiéndose en mis compañeras de tesis, cada vez que necesite o no supe responder, cada una de ustedes memorizo mi proyecto y lo defendió como si fuese suyo, proporcionándome confianza y seguridad, la que tanto necesite para mi proyecto. Gracias.

A mi hermano Carlos, que trasnocho conmigo escribiendo esta tesis y se apasiono tanto como yo en este proyecto.

A mi novio David, quien me apoyo y me alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

Y Finalmente quisiera agradecerle a toda mi familia, pero sobre todo a mi madre quien gracias a su confianza en mis capacidades me permitió lograr este gran sueño que sé que es tan mío como de ella.

RESUMEN

Al examinar la situación del adulto mayor en Colombia, se identifica que las enfermedades crónicas son un problema, ya que son las principales causas de morbi- mortalidad; pero el hecho de tener una enfermedad crónica requiere de una modificación importante de los hábitos cotidianos de adherirse a los tratamientos prescritos. Esta es una problemática que se da en todos los países de mundo, desarrollados o en vía de desarrollo, lo cual tiene repercusiones clínicas, económicas, psicológicas y sociales. Aunque la edad no es un factor predictivo para adherencia a los tratamientos, más del 75% de los medicamentos que consumen son de manera crónica, cerca de 50% de los adultos mayores; no siguen las prescripciones médicas correctamente (Palop & Martínez, 2004) y el 11% presentan una adherencia selectiva refiriendo no tomar por igual todos los fármacos. (Ibarra, Morillo, Rudi, Ventura & Navarro, 2015)

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento en un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas pertenecientes a un centro día.

Metodología: Cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado con un grupo de 50 adulto mayores con enfermedades crónicas, se utilizó escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas basada en comportamientos explícitos, el índice de fiabilidad alpha de Cronbach fue de .91 en general. Se realizó primero un pilotaje con 10 adultos mayores con enfermedades crónicas y se vio la necesidad determinar el entendimiento del instrumento, se evidencio que era necesario hacer la recolección dirigida para el correcto diligenciamiento de las preguntas.

Resultados: Los participantes del estudio en mayor proporción fueron mujeres con 74%; la media de edad fue de 76 para este estudio en ambos sexos, los adultos mayores ya no se encontraban laborando, sino que solo se dedicaban al hogar, con un 46%, el 81% no ha culminado el bachillerato, en mayor cantidad (40%) no tienen pareja, la principal morbilidad fue la hipertensión con 80%, los estratos más frecuentes fueron los bajos con 78%. La adherencia terapéutica descrita en este estudio fue alta con 74%.

Conclusión: Los adultos mayores con enfermedades crónicas de un centro de promoción social para personas mayores de modalidad diurna en Bogotá, que asistieron durante el periodo de 4 – 13 de junio del 2017, presentaron un nivel de adherencia alta con un 74% y tan solo un 6% presento adherencia baja para este estudio, además se identificó que el perfil del paciente adulto mayor incumplidor son: mujeres con primaria incompleta o sin estudios, entre los 60 a 69 años de edad, de nivel socioeconómico bajo, que se encuentran soltero(a)s o divorciado(a)s.

Palabras claves: adherencia, adulto mayor y enfermedades crónicas.

SUMMARY

When examining the situation of the elderly in Colombia, it is identified that chronic diseases are a problem, since they are the main causes of morbidity mortality; But the fact of having a chronic disease requires a significant modification of the daily habits of adhering to the prescribed treatments. This is a problem that occurs in all the countries of the world, developed in development, which has clinical, economic, psychological and social repercussions. Although age is not a predictive factor for adherence to treatments, about 50% of older adults; It does not follow medical prescriptions, and 11% have a selective adherence referring not to take all drugs equally.

Objective: To determine adherence to treatment in a group of older adults with chronic diseases belonging to a day center.

Methodology: Quantitative, descriptive, cross-sectional study of a group of 50 elderly patients with chronic diseases, used on the therapeutic adherence scale for patients with chronic diseases based on explicit behaviors, Cronbach's alpha reliability index was .91 in general . It was performed first with 10 older adults with chronic diseases and saw the need to determine the understanding of the instrument, it was evident that it was necessary to do the targeted collection for the correct questions.

Results: The study participants in the highest proportion were women with 74%; The mean age was 76 for this study in both sexes, the elderly and not found work, but only dedicated to the home, with 46%, 81% did not complete high school, in greater quantity (40 %) Have no partner, the main morbidity was hypertension with 80%, the most frequent strata were low with 78%. The therapeutic adherence described in this study was high with 74%.

Conclusion: Older adults with chronic diseases at a social promotion center for seniors of the daytime modality in Bogota, who attended during the period of June 4 - 13, 2017, presented a high level of adherence with 74% and so Only 6% presented low adherence for this study, in addition it was identified that the profile of the adult patient who is not a child: women with incomplete primary or without studies, between 60 and 69 years of age, of low socioeconomic level, who are single A) are divorced.

Key words: adherence, elderly and chronic diseases.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.....	12
Indicadores del proceso de envejecimiento demográfico para América Latina y el Caribe 2000, 2025 y 2050.....	12
Tabla 2:.....	14
Mortalidad y causas de defunciones en Adultos Mayores	14
Tabla 3.....	17
Causas de mortalidad en el adulto mayor en Colombia.....	17
Tabla 4.....	17
Indicadores región Bogotá	17
Tabla 5.....	22
Consecuencias del incumplimiento terapéutico	22
Tabla 6.....	39
Interpretación de los resultados de escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas.....	39
Tabla 7.....	40
Interpretación por dominios de escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas.....	40
Tabla 8.....	40
Variables	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Defunciones previstas por causas principales y por grupo de ingresos del Banco Mundial, todas las edades	13
Fuente OMS, 2014	13
Figura 2. Causas principales de defunción en el mundo 2000-2012.....	15
Figura 3. . Edades de los participantes	45
Figura 4. Sexo de los participantes.....	46
Figura 5. Ocupación de la población.....	47
Figura 6. Nivel estudio de los participantes	48
Figura 7. Estado civil de los participantes.....	49
Figura 8. Enfermedades de los participantes.....	51
Figura 9. Nivel socioeconómico	51
Figura 10 Nivel de adherencia en control sobre ingesta de medicamentos y alimentos...	53
Figura 11. Nivel de adherencia en el seguimiento médico conductual	54
Figura 12. Nivel de adherencia en la autoeficacia	55
Figura 13. Adherencia por dominios.....	55
Figura 14. Adherencia al tratamiento.....	59
Figura 15. Adherencia al tratamiento según el estrato.....	61
Figura 16. Adherencia al tratamiento según el sexo	61
Figura 17. Adherencia al tratamiento según la edad.....	62
Figura 18. Adherencia según el grado de escolaridad.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

La adherencia a los tratamientos es una problemática prevalente en todo el mundo, por este motivo se ha convertido en un problema de salud pública en la actualidad, porque sin importar que tanto se ha avanzado en los últimos años en los tratamientos tanto farmacológicos, como no farmacológicos, no sirven, si los paciente no cumplen los tratamientos prescritos por el personal de salud; por ende una gran parte de la responsabilidad de la eficacia de los tratamientos y mejoría del estado de salud corresponde al paciente.

La población adulto mayor suelen presentar una o varias enfermedades crónicas, como lo demuestra este proyecto. En el se aborda la importancia de enfermedades crónicas del adulto mayor (AM) su morbi- mortalidad y la importancia de la adherencia al tratamiento en estas enfermedades, ya que estas generan grandes consecuencias socioeconómicas a nivel familiar, clínico y para propio paciente.

El cumplimiento de los tratamientos prescritos por el personal sanitario producirá un importante ahorro del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de citas médicas para controlar las consecuencias de la adherencia tratamiento, por ende se ve reflejado en la reducción de medicamentos, reducción del personal involucrado en seguimiento, control y tratamiento de estas enfermedades, evitando así las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos. (Alfonso, 2006)

La presente investigación pretende identificar la frecuencia de la adherencia terapéutica en pacientes adulto mayores con enfermedades crónicas, con un análisis realizado en pacientes usuarios de un centro día de Bogotá.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Descripción del Problema

La vejez es una etapa de ciclo vital que al igual que las otras que le anteceden, tiene unas características propias de su ciclo. Existen múltiples definiciones de esta, desde diferentes áreas como científicas, biológicas, médicas, psicológicas, geriátricas entre otras; también cabe destacar que la concepción de vejez cambia de acuerdo con cada sociedad.

Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60 años de vida, otros a partir de los 65-70. En el caso de la Organización de Naciones Unidas, se considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de los 60 para países en desarrollo. (Pulido, 2016)

Para la denominación de este grupo poblacional, cuenta el profesor Juan Manuel Ribera Casado que los sinónimos de la palabra viejo son 22 y para el vocablo anciano; 33, pero estos han sido utilizados como insultos o expresiones peyorativas, (Trejos C ,2001) es por ello que ha surgido un nuevo concepto para la denominación de este grupo poblacional, el de Adulto Mayor (A.M), en tiempo reciente; ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. Haciendo referencia a individuos que se encuentran en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. (Definiciones ABC)

La etapa del adulto mayor trae consigo unos cambios producto del envejecimiento, con frecuencia experimenta fisiológicamente un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas, el cual está enmarcado por las características de lo que ha vivido a lo largo de sus

etapas, a nivel de estilo de vida, biología, ambiente y el sistema de salud. (Lalonde 1974). Este proceso es diferente en cada individuo.

En el mundo la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, este fenómeno debido al cual las personas de más edad representan una parte proporcionalmente mayor del total de la población, es inevitable ya que en los últimos años ha aumentado la esperanza de vida y la tasa de fecundidad es menor, haciendo que las pirámides poblacionales se estén invirtiendo, esto significa que el número de personas que tiene o sobrepasa los 60 años, se ha incrementado de 400 millones en 1950, a 600 millones en la actualidad, con un pronóstico de 1.200 millones para el 2025, es decir que entre los años 2015 y 2050, la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. (OMS, 2016) En lugares como Canadá esto ya es una realidad, debido a que los adultos mayores ya superan la población menor de 15 años, (OPS, 2012) teniendo 122 adultos mayores por cada 100 adolescentes, ¡una cifra alarmante! Otro dato importante respecto a este grupo poblacional es la tasa de crecimiento anual de la población de mayores de 60 años, casi triplicará la tasa de crecimiento de la población en su conjunto. (Organización de Naciones Unidas, 2014) En la tabla 1 se observa los indicadores de proceso de envejecimiento en lugares como América Latina y el Caribe, estos permiten analizar que la población adulta mayor va seguir creciendo a pasos acelerado, haciendo de este grupo poblacional el de mayor crecimiento anual.

Tabla 1.

Indicadores del proceso de envejecimiento demográfico para América Latina y el Caribe 2000, 2025 y 2050

Indicadores	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (en miles)	41.284,7	98.234,8	184.070,7
Porcentaje de personas de 60 años y más	8,0	14,1	23,4
Tasa de crecimiento anual (2000-2025 y 2025-2050)	3,5	2,5	...
Porcentaje de personas de 75 años y más	1,9	3,5	7,9
Edad mediana de la población	24,6	32,5	39,4
Índice de envejecimiento	25,2	60,7	128,2

Fuente: (División de Población de la CEPAL -CELADE-, 2003)

Aunque el aumento de vida puede considerarse también una victoria para este nuevo siglo, también es cierto que este cambio en la distribución de la población trae consigo retos para

la sociedad en aspectos económicos, organización de los sistemas de salud y políticas sociales. (Organización de Naciones Unidas, 2014)

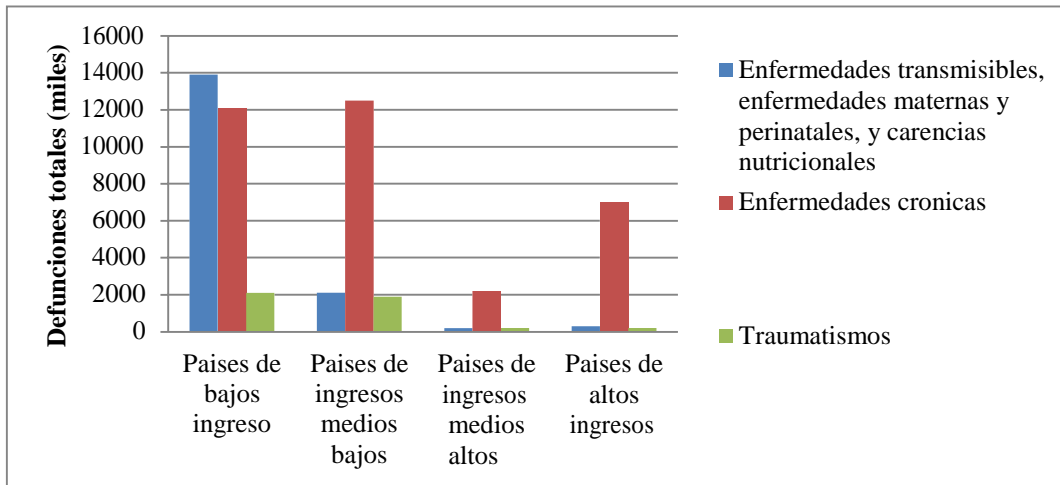


Figura 1: Defunciones previstas por causas principales y por grupo de ingresos del Banco Mundial, todas las edades

Fuente OMS, 2014

Figura 1 las enfermedades crónicas son una problemática en los países subdesarrollados, puesto que son estas las que causan mayor número de mortalidad; de 58 millones de muertes del 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, (OMS, 2014) que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas, el 80% de muertes se registran en países de bajos ingresos y solo 20% se produce en países de altos ingresos. (OMS, 2014)

Se hace evidente que los adultos mayores requieren del uso de servicios médicos, con mayor frecuencia que en otras etapas de ciclo vital, ya que son más vulnerables a enfermedades produciendo aumento de los gastos de salud, dirigidos al control de enfermedades crónicas debido a que afectan principalmente A.M. (OMS, 2005)

Tabla 2:

Mortalidad y causas de defunciones en Adultos Mayores

Causas	Porcentaje
Enfermedades isquémicas del corazón	12,36%
Enfermedades cerebrovasculares	6,32%
Diabetes Mellitus	4,62%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4,45%
Neoplasias malignas de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	4,39%
Demencia y enfermedad de Alzheimer	4,32%
Insuficiencia y neumonías	3,43%
Insuficiencia cardiaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón	3,12%
Enfermedades hipertensivas	
Enfermedades del sistema urinario	2,94%
	2,57%

Fuente: Modificado por investigador, Organización Mundial de la Salud.

Al observar la tabla 2 se evidencia las principales causas de mortalidad en el adulto mayor en el mundo, en ella se observan diez causas, de las cuales nueve corresponden a enfermedades crónicas. No se puede omitir el hecho de que las enfermedades crónicas causan grandes pérdidas económicas a nivel sanitario, y son las principales causas de incapacidad, es por ellos que OMS ha publicado gran número de artículos donde menciona como prevenir estas enfermedades; países de altos ingresos ya han tomado estas medidas y se ha evidenciado cambios significativos en la mortalidad por enfermedades crónicas.

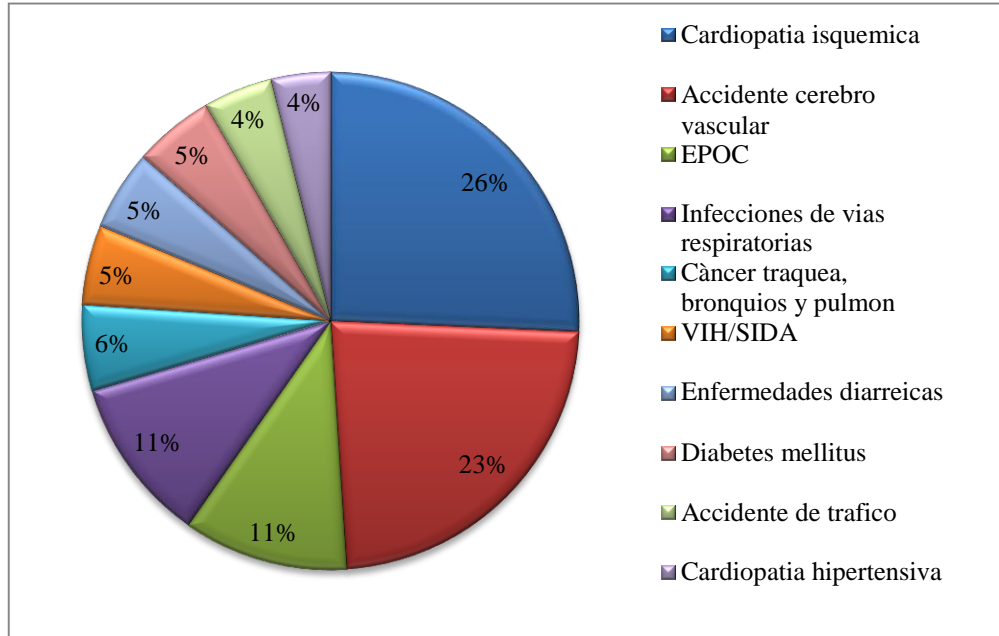


Figura 2. Causas principales de defunción en el mundo 2000-2012.

Fuentes Organización Mundial de la Salud, 2014

Con el crecimiento acelerado de la población adulta mayor, se genera, un reto para todos los sistemas de salud, para asegurar la oportunidad de brindar una buena atención en salud, para que la vida de las personas mayores sea no solo más larga, sino mejor su calidad de vida.

Los sistemas de salud y los sistemas sociales deben prepararse adecuadamente, siendo capaces de responder a nuevas y mayores demandas de estos grupos de población. (OMS, 2012)

En Colombia la realidad no es diferente en comparación con el resto del mundo, los adultos mayores son una población con aumento progresivo según las estadísticas del DANE del 2005, éstas indican que el 6.3% (2'612.508) de la población colombiana, tiene 65 o más años, de los cuales el 2.86% son hombres y el restante 3.45% (para completar el 6.31%) mujeres. Del total de la población adulta mayor el 63.12% se concentra en su mayoría en Boyacá, Tolima, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar; de ese total de la población el 28.8% vive en las principales ciudades Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín. (DANE, 2005)

El aumento de la población se ha dado en especial en los más viejos, ya que la población en general está creciendo un 1.9% anual, mientras la población mayor de 80 años crece el 4%, lo que evidencia una clara diferencia; este fenómeno se repite en otros países. En Colombia también aumentó la esperanza de vida y disminuyó la tasa de fecundidad; otras de las causas que contribuyeron a este cambio fue la disminución de la violencia, disminución de la mortalidad, el control de enfermedades infecciosas y parasitarias. Respecto a la esperanza de vida esta aumentó para la población en general, pero en especial para las mujeres que ahora viven 5.9 años más que antes, en general la población colombiana tiene una esperanza de vida hasta los 80 años de edad. (DANE, 2005)

Alguna diferencia dentro la población podría explicar parcialmente el incremento de la esperanza de vida en el adulto mayor, como, la población urbana, las personas con mayores ingresos económicos, y mayor nivel educativo ya que estas representan como beneficio un mejor acceso y utilización de los servicios de salud. (Censo, 2005) Además “más de la mitad de los mayores de 60 años son pobres, al igual que en el resto de América Latina. Sin embargo, se ha visto cómo los hogares que tienen adultos mayores están relativamente mejor que los que carecen de ellos. En 1997 en Colombia, uno de cada dos ancianos viviendo en zona rural, era pobre, principalmente las mujeres, a diferencia de la zona urbana donde la pobreza estaba igual en los dos géneros” (Arango & Ruiz)

Las inequidades sociales son factores que afectan en diferentes ámbitos de la vida del ser humano, en la salud se puede identificar esta relación debido a que se ha evidenciado como los más pobres presentan la peor salud, este es un fenómeno que ocurre en todo el mundo. En Colombia y en México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto. (OMS, 2012)

Respecto a la situación de salud de los adultos mayores en Colombia en el censo del 2005, se encontró que el 12.52% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3.35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.53% posee limitaciones para hablar; es decir que el 18.4% de la población adulta mayor presenta alguna limitación. (CENSO, 2005)

En cuanto la afiliación al Sistema de Seguridad Social también se observó un aumento en las afiliaciones de los adultos mayores después de la ley 100 de 1993. (Arango & Ruiz, 2014)

En la tabla 3 se evidencia la mortalidad de los adultos mayores según estadísticas del DANE de 2005, muestra que la principal causa de muerte de los adultos mayores colombianos son las enfermedades crónicas, como las cardiopatías isquémicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes Mellitus, neoplasias de tráquea, bronquios, pulmón, próstata y enfermedades hipertensivas.

Tabla 3.

Causas de mortalidad en el adulto mayor en Colombia

Causas de mortalidad en hombre	Muertes	%	Tasas
Enfermedades isquémicas del corazón	9770	20.5	969.5
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	4519	9.5	448.5
Enfermedades cerebrovasculares	4464	9.4	443
Enfermedades hipertensivas	2181	4.6	216.5
Diabetes mellitus	2018	4.2	200.3
Causas de mortalidad en mujeres	Muerte	%	Tasas
Enfermedades isquémicas del corazón	8803	18.8	690.6
Enfermedades cerebrovasculares	5643	12.1	442.7
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	3691	7.9	289.5
Diabetes mellitus	3108	6.6	243.8
Enfermedades hipertensivas	2493	5.3	195.6

Fuente: DANE. Registro de Estadísticas Vitales / Defunciones, 2004.

En la tabla 4, se presentan indicadores demográficos referentes a Bogotá donde se hizo la encuesta ENDS 2010 dirigida a personas adultas mayores, aunque en esta tabla se incluye a partir de los 59 años de edad, existen datos relevantes como que tan solo el 40,8 reciben pensiones.

Tabla 4.

Indicadores región Bogotá

Indicadores demográficos ENDS 2010* -DANE, 2010	BOGOTÁ, DNP, 2012; ASDI & CEPAL, 2011++ Distrito Capital
Población total (miles) 2010	7'363

18 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Población urbana	99,8
>15 años (%)	24,7
60 años Censo 2005 (%)	8,2
> 65 años (%)	6,3
Esperanza de vida al nacer (años)	77,1
Esperanza vida mujeres (años)	79,7
Esperanza vida hombres (años)	74,6
Esperanza de vida > 60 mujeres (años)	23,5
Esperanza de vida > 60 hombres	20,6
Índice envejecimiento(<15,>65)	25,5
Índice de dependencia (%)	44,9
Fecundidad global (%)	1,9
Jefatura femenina (%)	37
Pensión: Fuente ppal. de ingreso	45
Coefficiente de Gini+	53,0
Defunciones (x mil habitantes)	4,3
Tasa de mortalidad infantil (x mil)	19
Índice masculinidad >60 (x cien)	74,7
Indicadores calidad de vida (ENDS 2010) Educación >59 años (%)	92,6
Reciben pensión (%)	40,8
Trabajo >59 (%)	19,6
Afiliación RSSS contributivo (%)	70,4
Afiliación RSSS subsidiado (%)	20,7

Las modificaciones a lo largo de los últimos años en la distribución demográfica en Colombia en cuanto a los grupos poblaciones, ha hecho que se generen cambios en la organización social, preparándose a los nuevos retos y necesidades de las futuras generaciones; en concordancia a lo anterior, en la Constitución Política de 1991, sienta la base para actualizar las normas relativas al envejecimiento, la protección, respeto, garantía y promoción de los derechos de los personas mayores, pero es hasta el 2006 que se revisa la situación del adulto mayor y en el 2007 se consolida la política de envejecimiento y vejez la cual tiene por objetivo prevenir, mitigar y superar las condiciones sociales que impactan en forma negativa la calidad de vida de la población mayor y crear condiciones para un envejecimiento activo. (Ministerio de Protección Social, 2007)

Aunque esta se encuentra dirigida para toda la población tiene énfasis en las personas mayores de 60 años, se crean tres líneas estratégicas para el cumplimiento de esa política. De estas surgen los Centros de Promoción Social para personas mayores que son instituciones que prestan diferentes tipos de atención y cuidado a las personas mayores. Son espacios favorables para la capacitación, recreación y el desarrollo de proyectos de vida y productivos y destinados al bienestar de la persona mayor, existen cuatro modalidades de estos centros: (Ministerio de protección social, 2008)

1. Centros residenciales para personas mayores: Centros destinados al albergue permanente o temporal de personas mayores
2. Centros de día para personas mayores: Según la Ley 1315 del 2009, son instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas. Estos centros ofrecen al adulto mayor actividades sociales (recordar jugando, terapia de la risa, entre otras) y recreativas (danza, yoga, música, arte, etc.) destinadas a fomentar la autonomía, la formación, el entretenimiento y la relación con su entorno social. También, ofrecen el servicio de alimentación y nutrición y por último algunos servicios relacionados a la salud.
3. Centros de atención domiciliaria para personas mayores: servicios orientados al cuidado y bienestar de la persona mayor, en la residencia del usuario.
4. Centros de teleasistencia domiciliaria: servicios orientados a la asistencia telefónica en crisis personales, sociales o médicas de las personas mayores, para proporcionar seguridad y mejorar la calidad de vida, mediante el contacto inmediato con un centro de atención especializada. (Ministerio de Protección Social, 2008).

Al examinar la situación del adulto mayor en Colombia, se identifica que las enfermedades crónicas son un problema evidente en esta población; pero el hecho de tener una enfermedad crónica requiere de una modificación importante de los hábitos cotidianos tales como: cambios en la dieta, administración de medicamentos, ejercicio físico, seguimiento médico conductual etcétera. Lo cual con lleva al profesional a prescribir un tratamiento ya sea de tipo farmacológico o no farmacológico o la combinación entre estos, con el fin de mejorar la calidad de vida en los adultos mayores.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es un problema prevalente en la actualidad especialmente en las enfermedades crónicas (INFAC, 2011)

Uno de los países que más ha estudiado la adherencia al tratamiento en adultos mayores, es España, cuya población mayor de 65 años supera el 17% de 42,7 millones de personas (Cordero, 2006); el 86% de esta población padece al menos una enfermedad crónica que requiere medicación, por lo tanto consumen un porcentaje importante de medicamentos, generan el 75% del gasto farmacéutico y son los responsables del consumo de más del 30% de los medicamentos producidos en este país, (Núñez, et al, 2013) Otra característica de la población AM, es que generalmente son pacientes pluripatológicos y polimedicados; (Palop & Martínez, 2004) entendiendo los conceptos como aquellas personas que padecen dos o más enfermedades y que toman dos o más medicamentos, respectivamente.

Estudios realizados en diversos países: como Canadá (Lachaine, Yen, Beauchemin, & Hodgkins), USA(Grenard Et al, 2011), Cuba (Martín, Grau Ábalo, Espinosa, 2014), y Chile (Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez) entre otros, identifican en sus revisiones el mismo resultado de falta de adherencia terapéutica en las diferentes enfermedades crónicas del adulto mayor presentando las mismas dificultades farmacológicas. Algunos aportes relevantes que arrojan estas revisiones es la importancia de la relación los profesionales de salud (medico, enfermero, nutricionista entre otros) con respecto al contexto de cada paciente teniendo cuenta las creencias personales, el impacto que tiene en el grupo familiar; refieren que el tratamiento prescrito se debe centrar en la individualidad del paciente, teniendo en cuenta sus circunstancias socio económicas y con el fin de llegar a un acuerdo con el paciente y el profesional salud para obtener mejores resultados en la adherencia tratamiento en adulto mayores crónicos. (Duca, Gallegos, Col, y Noel, 2013), (Ramos, L, 2015) y (Ibarra, Morillo Verdugo, Sola, Ventura y Navarro, 2015)

Brasil es el país suramericano en el que se han realizado más estudios sobre adherencia terapéutica farmacológica en el adulto mayor; debido a que el 80% de los adultos mayores tienen al menos una enfermedad crónica no trasmisible que requieren del uso de medicamentos en forma continua, mostrando que la adherencia a nivel farmacológico es de 12% al 72% (Leão, et

al, 2013); es debido a esto que es importante conocer el perfil y las razones que llevan al AM a no seguir el tratamiento farmacológico y así formular estrategias. (Gautério, Costa, Tarouco, Ilha y Calcagno, 2015)

Aunque la edad no es un factor predictivo para adherencia a los tratamientos, cerca de 50% de los AM; no siguen las prescripciones médicas, y el 11% presentan una adherencia selectiva refiriendo no tomar por igual todos los fármacos (Sánchez, 2005). Según Haynes y Scakett, citado por Barris, (2012) un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace ocasionalmente o de forma incorrecta y, por último, otro tercio no lo toma nunca, por lo tanto no hay una correcta adherencia terapéutica.

Esto ha llevado a que la adherencia terapéutica sea un problema de salud pública, porque aunque la medicina y la industria farmacéutica han tenido un gran avance en los tratamientos tanto a nivel farmacológico, como no farmacológico para disminuir el impacto de las enfermedades, no se ha logrado el mismo en los pacientes para lograr la adherencia terapéutica, lo que aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es el responsable de complicaciones, secuelas o incluso la muerte, riesgos innecesarios que suponen un aumento de gasto sanitario; esta es una problemática que se da en todos los países de mundo, desarrollados o en vía de desarrollo, lo cual tiene repercusiones clínicas, económicas, psicológicas y sociales. (Alfonso, 2006). En cuanto a la repercusión clínica, la OMS señala los múltiples riesgos a los que se enfrentan, entre los que se destacan las recaídas más intensas, aumento el riesgo de dependencia, aumento el riesgo de efectos adversos y riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa. (OMS, 2004.)

A nivel económico la falta adherencia a los tratamientos genera grandes costos sanitarios en relación con complicaciones, secuelas, ingresos hospitalarios, incapacidades y tratamiento más costosos además de la productividad del trabajador. (Alfonso, 2006)

En el aspecto psicológico las complicaciones a las que se exponen los pacientes que no cumplen los tratamientos se encuentran, sufrimiento, cambios del rol familiar, estrés generado por parte de la enfermedad; de haber un buen resultado en la adherencia (Alfonso, 2006), esto se

manifiesta en el adulto mayor, mejorando su estado anímico, psicológico y por ende repercute en beneficio del tratamiento.

Como se mencionaba anteriormente la no adherencia a los tratamientos es un problema prevalente en las sociedades que trae consigo múltiples consecuencias en diferentes esferas del ser humano, algunas de ellas se pueden apreciar en la tabla 4.

Tabla 5

Consecuencias del incumplimiento terapéutico

Criterio	Consecuencia
Falta de respuesta terapéutica	Retrasos en la curación Recaídas o recidivas Creación de resistencias a antibióticos Aparición de nuevas patologías
Interferencia en la relación sanitario - paciente	Desconfianza
Valoración errónea de la efectividad real del tratamiento	Aumento innecesario de dosis Eliminación de fármacos seguros y eficaces Introducción de otros medicamentos más potentes con mayor toxicidad
Almacenamiento de los medicamentos no consumidos en los botiquines caseros	Intoxicaciones Automedicación irresponsable
Repercusiones económicas (los medicamentos se adquieren pero no se consumen)	Absentismo laboral Falta de productividad Aumento del gasto sanitario
Consecuencias sobre medicación Mayor riesgo de que aparezcan	Efectos secundarios – Toxicidad – Dependencia y tolerancia

Fuente: Miguel Basterra Gabarró, Pharmaceutical Care España

La literatura revisada sobre la adherencia terapéutica, en enfermedades crónicas de adulto mayor, evidencia que se ha tenido un enfoque farmacológico, incluso la OMS excluye partes

importantes del concepto en sí, de adherencia terapéutica. En cuanto la literatura internacional, se encuentra más estudios sobre la adherencia terapéutica, inclinada más a la parte farmacológica que a la parte no farmacológica; en Colombia la información es mucho más escasa y cae en la misma cotidianidad, las investigaciones sobre lo no farmacológico son mínimas.

Los profesionales de la salud, deben prepararse para lograr el éxito en la adherencia terapéutica, trabajando en conjunto o de lado de la familia, la comunidad y los cuidadores de los pacientes ya que estos son claves para lograr un tratamiento exitoso.

A continuación los aportes más relevantes de literatura revisada:

El nivel socioeconómico es un factor que influye en la salud de los individuos, son los niveles más altos los que tiene mejor estado de salud, además, estar casado, tener un alto nivel de estudios y estar trabajando son otros factores que influyen en la salud de los individuos, debido a que este actúa como medida protectora ante las enfermedades crónicas. Estas son algunas conclusiones a las que se llegó en un estudio con AM realizado en España en la Universidad de Granada. (Karlsdotter, 2011).

En el estudio realizado por Rincón en Colombia sobre la relación entre la adherencia terapéutica y la autoeficacia, no se encontró relaciones estadísticamente significativas entre la autoeficacia general y la adherencia terapéutica. (Rincón, 2016)

Organización Mundial de la Salud público en el 2005 el estudio de adherencia al tratamiento a largo plazo, centró la mayor parte de este en la adherencia farmacológica, concluyo cosas tan importantes como: la adherencia terapéutica es una problemática mundial que culmina en mayores costos sanitarios, que los profesionales de la salud deben adiestrarse para lograr la adherencia terapéutica y que la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes, son un factor clave para lograr el éxito de los tratamientos. (OMS, 2004)

En el estudio de Tapia (2005), realizada con 144 pacientes hipertensos encontró que más mitad de la población no tiene adecuada adherencia farmacológica.

En la investigación factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica, arrojó en los resultados que la adherencia al tratamiento

farmacológico no presentó diferencias significativas en función de la ansiedad, el deterioro cognitivo o el apoyo social. (Huertas et al, 2014)

En conclusión, la mayoría de los estudios se han basado en un solo ítem, “el concepto adherencia al tratamiento” excluyendo puntos tan importantes como es la dieta, ejercicio, seguimiento médico conductual y cambios de hábitos que forman posteriormente un estilo de vida (no farmacológico); como si fuera menos importante. Para estudiar la adherencia terapéutica en todas sus dimensiones, no podemos descartar la adherencia farmacológica y la no farmacológica, además se debe incluir la relación que tiene el nivel socioeconómico ya que está a mostrado en otro tipo de estudios descrito anteriormente como influye en la situación de salud del adulto mayor.

Teniendo en cuenta lo anterior para el presente estudio surge la pregunta de investigación de se plantea a continuación.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en adultos mayores con enfermedades crónicas que asisten a un centro día de la ciudad de Bogotá?

1.3 Justificación

1.3.1 Justificación Social.

Debido a como ha venido evolucionando la población en los últimos años, está a cambiado su estructura, uno de los cambios más significativo en los últimos años es, el aumento

de la esperanza de vida resultando en un aumento de la población adulto mayor (OMS, 2016) La población de adultos mayores, es una población bastante numerosa y su tasa de crecimiento anual a nivel mundial supera las demás poblaciones, generando nuevos retos a los sistemas de salud de los diferentes países, organizaciones como la Organización Panamericana de Salud (OPC) generó una serie de estrategias con el fin de garantizar la calidad de vida de los adultos mayores, entre una de sus estrategias se encuentra: lograr la idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados al envejecimiento de la población. (González, Borges, Ribera, y Rubio, 2015).

Los AM tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y son estas las principales causas de morbi-mortalidad en esta población, además que no solo padecen de una enfermedad sino varias, esto conlleva a que sean pacientes polimedcados, con comorbilidades, convirtiéndose en los usuarios con mayor demanda de los servicios profesionales y hospitalarios.

En el caso de Colombia la población mayor de 60 años equivale 6.3% (DANE, 2005) de la población y siguen apareciendo como principales causas de muerte las enfermedades crónicas, convirtiéndose en una problemática prevalentes en esta población. Es por lo anterior que es de vital importancia para el país este tema, por el impacto que tienen las enfermedades crónicas, la presencia de complicaciones o secuelas por la enfermedad, lo recursos invertidos, la carga de la enfermedad para el país y para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El bajo cumplimiento terapéutico dificulta a largo plazo la efectividad de los tratamientos, ocasionan el empeoramiento del estado de salud. Sin embargo, las enfermedades crónicas son enfermedades prevenibles y la mayoría de estas se pueden controlar mediante modificaciones en los estilos de vida encaminados a mejorar la salud.

Los resultados de esta investigación serán de interés para los pacientes con enfermedades crónicas porque éstas personas serán informadas de su comportamiento de adherencia y de los riesgos a los que se exponen a no seguir las recomendaciones terapéuticas, creando en ellos conciencia y logrando un cambio de esta conducta a tiempo, mejorando así la calidad de vida de esta población.

Además, la información obtenida por esta investigación servirá como guía para establecer programas de promoción y prevención, y actualizar los protocolos y guías de atención en pacientes crónicos, por lo tanto al identificar cuál es adherencia al tratamiento en adulto mayores con enfermedades crónicas permitirá generar estrategias de intervención frente a las poblaciones que se encuentren vulnerables, además de identificar la magnitud de la problemática para así crear estrategias para disminuir costos sanitarios, complicaciones, secuelas y posibles muertes a causa de enfermedades crónicas y por lo tanto mejorar la calidad de vida para esta población.

1.3.2 Justificación Teórica.

Esta investigación aporta al conocimiento de enfermería y en otras disciplinas de la área de la salud, debido a que el fenómeno de estudio es multidisciplinar, además contribuye a ampliar el conocimiento existente sobre adherencia en enfermedades crónicas en adultos mayores; se puede considerar novedosa porque se realizó en Bogotá D.C., con adultos mayores que padecen de las enfermedades crónicas de mayor impacto en la salud pública y aún no se ha documentado sobre esta conducta.

De la temática de la adherencia en los adultos mayores, se ha hablado bastante en todo el mundo y se ha observado desde diferentes puntos de vista (medico, farmacéutica, enfermería etc.), pero la gran mayoría de los estudios realizados se enfocan en la adherencia farmacológica, siendo España y Brasil quienes más han investigado sobre tema, han realizado estudios en diferentes enfermedades crónicas de las cuales se puede concluir que la adherencia al tratamiento es un problema de salud pública, puesto que el porcentaje de adherencia es bajo la población de estos países, sin embargo, no se puede concluir en detalle esta problemática en los adultos mayores. (OMS, 2004)

1.3.3 Justificación Disciplinar.

El profesional de enfermería tiene un papel clave en el ámbito de educación, orientación, e información al paciente, familia y comunidad, ya que sus intervenciones deben ir en forma integral al cuidado de los adultos mayores con enfermedades crónicas desde el punto de la

adherencia terapéutica, (farmacológica y no farmacológica), evitando así posibles complicaciones y secuelas, mejorando la calidad de vida del paciente, para disminuir los costos económicos y sociales.

La adherencia terapéutica es un fenómeno estudiado por diferentes disciplinas del área de la salud, por lo que en este proceso se involucran diferentes profesionales, es por ellos que enfermería debe apuntarle a una asistencia “activa” supone que el paciente crónico adulto mayor sea el centro de la atención, sea conocido por todo el equipo de su salud pero este ensamblaje debe estar dirigido por el profesional de Enfermería, con el fin de que este se adelante a las posibles descompensaciones para evitarlas o minimizarlas, evitando urgencias o ingresos hospitalarios, proporcionando asistencia coordinada entre los distintos niveles asistenciales que eviten el peregrinaje del enfermo, en este sentido se destaca el papel del profesional de enfermería como eje fundamental en el seguimiento de pacientes AM con enfermedades crónicas, buscando siempre el bienestar y mejorando su calidad de vida, no solo tratar al paciente, sino que tiene un compromiso con la comunidad y las familias para promover y prevenir a través de la implementación programas educativos, que faciliten a la comunidad un cambio de conducta (Alfonso, 2006).

Conocer la adherencia al tratamiento en un grupo de adultos mayores con enfermedad crónica, permitirá a los profesionales de enfermería contar con información actualizada de los pacientes crónicos y de esta forma plantear estrategias de intervención acorde a las necesidades de la comunidad que potencialicen la adherencia terapéutica de esta población para que estas personas puedan generar cambios en sus conductas.

1.4 Objetivos

1.4.1 General.

- Determinar la adherencia al tratamiento en un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas pertenecientes a un centro día de la ciudad de Bogotá

1.4.2 Específicos.

- Caracterizar un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas.
- Describir la adherencia al tratamiento en el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas pertenecientes a un centro día.
- Describir la adherencia al tratamiento en el seguimiento médico conductual en un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas pertenecientes a un centro día.
- Describir la adherencia al tratamiento en la autoeficacia en un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas pertenecientes a un centro día.

1.5 Definición de Conceptos

En esta investigación se van a tener en cuenta los siguientes conceptos:

1.5.1 Adherencia al tratamiento.

El presente estudio se tendrá en cuenta el concepto dado por Alonso en el que denomina la adherencia como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coincide con las indicaciones dadas por su prescriptor. (Alonso et al, 2006)

1.5.1.1 Adherencia al tratamiento farmacológico.

La adherencia al tratamiento farmacológica corresponden con la medida en que el paciente sigue las prescripciones en relación a los medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, y otros. (Ortega, 2010)

1.5.1.2 Adherencia al tratamiento no farmacológico.

“La adherencia al tratamiento no farmacológica corresponden a cambios de dieta, control de peso y regulación del ejercicio, supresión o disminución en el hábito de fumar o alcohol, seguimiento médico conductual entre otros”. (Ortega, 2010)

1.5.2 Adulto Mayor.

Según la OMS define adulto como personas mayores de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denominan grandes viejos” (OMS, s.f.).

1.5.3 Enfermedad Crónica.

El presente estudio se tendrá en cuenta el concepto dado por Beratarrechea en el que denomina la enfermedades crónicas como: Para “En esta actualización llamaremos enfermedades crónicas a aquéllas que comparten las siguientes características: a) curso prolongado o larga duración (tres meses o más); b) lenta progresión; c) posibilidad de ausencia de síntomas en su inicio; d) ausencia de curación en algunos casos; e) posibilidad de prevenirlas y/o controlarlas”. (Beratarrechea, 2010)

2. MARCO TEORICO

2.1 Adherencia Tratamiento

Hay varias definiciones de adherencia al tratamiento, la OMS define la adherencia al tratamiento como el grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (OMS, 2004)

Otra definición que se encuentra en la literatura la de Haynes y Sackett que la define como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coincide con las indicaciones dadas por su prescriptor. Este concepto incluye de manera activa al paciente en la participación para el mantenimiento de su salud, es por ello que esta definición que será de referencia a lo largo del trabajo. (Ramón, 2009)

Dentro de este concepto de adherencia al tratamiento, la OMS plantea la diferencia entre adherencia farmacológica y adherencia no farmacológica. La adherencia farmacológica se relaciona con medicamentos con el tipo de medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, y otros. La adherencia al tratamiento no farmacológico corresponden a los cambios de dieta, el control de peso y la regulación del ejercicio, supresión o disminución en el hábito de fumar o alcohol, seguimiento médico conductual entre otros. (Ortega, 2010)

Actualmente la adherencia tiene gran trascendencia por su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas ya que son estas las que requieren de tratamientos a largo plazo en los cuales tienen que modificar notoriamente sus hábitos cotidianos, al no cumplir estos son causantes de un aumento en la mortalidad y además de los costos sanitarios. Para el abordaje de adherencia al tratamiento Alfonso en 2006 propone algunas premisas que deben tenerse en cuenta:

1. Los grandes avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a escala mundial en las últimas décadas no resuelven la adherencia tratamiento.

2. La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma.
3. La OMS asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”.
4. Es un problema mundial, que se presenta en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo y de alarmante magnitud, sobre todo en las regiones más pobres.
5. Sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento.
6. La falta de adherencia al tratamiento tiene repercusiones económicas, psicosociales, médicas o clínicas entre otras. (Alfonso, 2006)

2.2 Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas

La falta de adherencia a al tratamiento en enfermedades crónicas es un problema prevalente a nivel mundial, convirtiéndose en un problema a nivel de salud pública; en cuanto a los estudios realizados frente al tema se puede evidenciar que la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica a escala mundial esto puede traer consigo repercusiones negativas como son: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento en costos sanitarios (OMS, 2004) además es importante resaltar las consecuencias psicosociales debido a que la falta de apego al tratamiento puede generar grandes pérdidas desde el punto de vista personal, las secuelas de las enfermedades crónicas pueden traer consigo cambios significativos a nivel de calidad de vida de los pacientes. (Alfonso, 2006)

Se estima que del 20 al 50% de los pacientes no toma medicación, a este fenómeno se le ha atribuido varios factores como lo son: complejidad del tratamiento, efectos adversos de la medicación, inadecuada relación médico-paciente, atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores, enfermedad asintomática, seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico al alta, inasistencia a las citas programadas, falta de confianza en el beneficio

del tratamiento por parte del paciente, falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, deterioro cognitivo, presencia de problemas psicológicos generalmente depresión, dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos y coste de la medicación. (INFAC, 2011)

2.3 Enfermedad Crónica

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (OMS, 2016)

2.3.1 Epidemiología y Problemática.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta; entre la enfermedades que cumplen estas características encontramos cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad. (Beratarreche, 2010)

Los determinantes de prevalencia en enfermedades crónicas se le han atribuido a la urbanización, globalización y cambios en el ambiente. La urbanización se ha producido de manera acelerada y no de acuerdo al desarrollo de infraestructura por lo tanto ha generado poblaciones marginales o periféricas llevado consigo a lugares que no cumple con los requerimientos básicos; la globalización ha traído la accesibilidad de muchos productos y hábitos que favorecen la aparición de enfermedades crónica y por ultimo determinante encontramos el ambiente el cual en los últimos años a cambiando ya que en la actualidad la

presencia de contaminantes en el agua y aire puede atribuirse a prevalencia en enfermedades crónicas. (Beratarreche, 2010)

Las enfermedades crónicas son un problema prevalente en todas las sociedades y suponen de un impacto importante por las graves consecuencias que pueden ocasionar, sin embargo aunque ya todos conocen de esta realidad y se han realizado innumerables estrategias para tratar esta problemática, aun encontramos que, de 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, 35 millones eran por enfermedades crónicas, (OMS, SSF) cifras impactantes que aún no se han podido corregir, además si se tiene en cuenta la mayor parte de enfermedades crónicas son prevenibles y con adecuado seguimiento de las indicaciones los prestadores de salud pueden ser controladas permitiéndole a estos individuos gozar de un buen estado de salud.

La realidad para los adultos mayores no es diferente siguen siendo las enfermedades crónicas la principal causa de mortalidad en esta población, Por ejemplo en México las principales causas de muertes en el AM son la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón, además de los tumores malignos. Para las mujeres, la primera causa es la diabetes y para los hombres las enfermedades del corazón. (Instituto Nacional de Mujeres, 2015)

2.5 Teoría de Auto- Eficacia Bárbara Resnick

Para el presente estudio se revisó la teoría de autoeficacia elaborada por la enfermera Bárbara Resnick, esta es una teoría de rango medio, basada en la teoría de Albert Bandura quien plantea la teoría del aprendizaje social.

Bandura fue el primero en definir la autoeficacia como el juicio individual sobre las capacidades propias para organizar y ejecutar cursos de acción. Es decir que la autoeficacia requiere habilidades y más que esto del interés del individuo para llevar a cabo con éxito la acción propuesta. (Bandura, 1997). En otras definiciones se enmarca como las creencias en las habilidades para tratar con las diferentes situaciones que se presentan las diversas situaciones.

El eje central de la teoría se fundamenta en que las personas pueden influir en lo que hagan, a través del pensamiento reflexivo, el uso generativo del conocimiento y las habilidades para desarrollar un comportamiento específico y otras herramientas de auto influencia, una persona decidirá cómo comportarse. (Bandura, 1997). La teoría sugiere que un individuo debe tener la oportunidad para auto evaluarse o la habilidad de comparar la producción individual con algún tipo de criterio evaluativo. Este es el proceso comparativo que le permite a un individuo juzgar sobre la capacidad de desarrollo y establecer la expectativa de auto eficacia. (Bandura, 1997)

El pensamiento cognitivo el cual es una dimensión crítica donde los pensamientos de los individuos sobre sí mismos son desarrollados y verificados, por medio de cuatro procesos diferentes: (Peterson, y Bredow, 2013)

1. Experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones, se basan en la comprobación del dominio real, aquellas experiencias propias que llevo al individuo en determinado momento a culminar una tarea con éxito.
 2. Experiencias vicarias, son todas las conductas aprendidas por medio de la observación de otras personas que llevaron a cumplir una tarea exitosamente, esta lleva al individuo a creer que posee las mismas capacidades para desempeñar con igual éxito.
 3. Juicios dichos por otros, se refiere al estímulo verbal de otras personas que pueden fortalecer la confianza para realizar con éxito la acción.
 4. Derivación de conocimiento adicional sobre lo que ya saben, usando reglas de inferencia.
- (Peterson, y Bredow, 2013)

La autoeficacia ha sido utilizada a conductas en el dominio de la salud, como en el manejo de enfermedades crónicas, debido a que en este tipo de enfermedades en el individuo requieren de la realización de modificaciones en sus estilos de vida, por lo tanto esto genera un desafío de adaptación a su nueva condición, por lo que el individuo requiere de la creencia de las habilidades propias para desempeñar la modificación de las conductas recomendadas por el personal de salud, es decir de autoeficacia.

Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grebowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hetcht, 1993); (Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005).

La autoeficacia ha sido tratada en distintas patologías y los resultados muestran hallazgos positivos en altos niveles, por lo tanto se puede observar que las personas que tienen mayor nivel autoeficacia esta le permite desarrollar a la persona un mayor interés sobre las actividades, que en el caso particular es conveniente porque retomando los pacientes crónicos, permite desarrollar conductas preventivas en salud, seguir con mayor facilidad los tratamientos. (Grebowski et al, 1993)

Por lo anterior es de vital importancia para enfermería conocer la autoeficacia de sus pacientes, porque esta proporciona una herramienta que permite determinar o predecir la intención de los individuos para realizar conductas para mantener la salud y evitar conductas de riesgo, si las enfermeras logran determinar la autoeficacia de los individuos a tiempo, se lograra mayor adherencia en tratamiento en las enfermedades crónicas, porque al determinar a tiempo los obstáculos que dificultan esta y puede realizar intervenciones educativas y asistenciales en las personas, promuevan la autoeficacia hacia su condición de enfermo.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en adultos mayores con enfermedades crónicas, pertenecientes a un centro día de Bogotá D. C. que asistieron al centro en el periodo comprendido del 4 – 13 de junio del 2017.

3.2 Población

Adultos mayores entre 60 y 99 años con enfermedades crónicas diagnosticadas hace doce meses o más.

3.3 Muestra

Muestra no probabilística, muestreo a conveniencia; hicieron parte de la muestra los adultos mayores con enfermedades crónicas que cumplían los criterios de inclusión y que estuvieron en el centro día en el periodo comprendido entre 4 – 13 de junio del 2017.

En el centro día en él se realizó la recolección de datos, se encuentra ubicada en la misma infraestructura una UPA en el primer piso, la cual tiene acceso los AM.

3.4 Criterios de Inclusión

- Hombres y mujeres mayores o iguales de 60 años.
- Diagnosticado con una enfermedad crónica hace más de doce meses.
- Que tengan prescriptos tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico.

3.5 Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con enfermedades mentales o pacientes con discapacidades físicas o mentales que no permitan dar respuesta al cuestionario aplicado.
- Adultos mayores que asistan al centro día días diferentes a las fechas al periodo comprendido entre 4 – 13 de junio del 2017.
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio.

3.6 Herramienta para la recolección de datos

Se utilizaron dos herramientas para la recolección de datos:

- Encuesta sociodemográfica que tiene en cuenta 8 variables (anexo 1) realizado por el investigador. (anexo 1)
- La escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos (anexo 2)

3.7 Descripción del Instrumento

Para la recolección de la información de la presente investigación se utilizó la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos creada en México por Trujano, Zaira y Nava en el 2009. Ha sido implementada en diferentes países latinoamericanos y europeos, contiene 21 ítems. Tres dominios con siete ítems cada uno, así:

1. Control de ingesta de medicamentos y alimentos, es la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos
2. Seguimiento médico conductual, evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo. Por ejemplo, asistir a consultas de seguimiento, realizar los análisis clínicos y consultas periódicamente, entre otras.

3. Autoeficacia, evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud.

El índice de fiabilidad alpha de Cronbach fue de .91 en general. La fiabilidad por dominio fue para el primer dominio de .887, los ítems resultaron en un rango de .872 a .785, en el segundo dominio se obtuvo .798 y para los ítems estuvieron entre .779 a .694 y en el tercer dominio obtuvo .850 como también para sus ítems .826 y .765

Para todos los ítems se presentó una escala de 0 a 100, en la que el paciente elige, en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que entre más cercano a 100 el paciente es más adherente.

3.8 Procedimiento de Recolección de Datos

Se evaluó el lenguaje de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, debido a que aún no se ha empleado en Colombia se vio la necesidad de realizar un pilotaje.

Se realizó un pilotaje para este se realizó un formato (anexo 2) de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos con 10 adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión, para determinar la comprensibilidad del instrumento, no se encontró necesidad de modificación de ningún ítems, pero se evidenció la necesidad de hacer la recolección dirigida para el correcto diligenciamiento de las preguntas, dado algunos ítems no eran totalmente claros por lo cual requería de una explicación por parte del investigador.

Se realizó la recolección de los datos los días 4 a 13 de junio del 2017, después de que los participantes salían de las actividades en que se encontraban, se les explico los objetivos del estudio y se les pidió diligenciar el consentimiento informado a los adultos mayores que deseaban participar en el estudio.

Se diligencio el instrumento de forma individual y dirigido.

3.9 Plan de análisis de datos

Se consolidó una base de datos en el programa Microsoft Excel, del cual se cuenta con la licencia para su uso y se realizó el análisis de los mismos mediante estadística descriptiva para las variables del estudio.

La determinación del grado de adherencia al tratamiento, se hizo a través de una escala de adherencia terapéutica, para pacientes con enfermedades crónicas; se realizó la sumatoria de la escala y de acuerdo a esta se le dio un porcentaje, siendo 100% el grado de mayor adherencia, se realizó una tabla de interpretación de los resultados, se tuvieron en cuenta los valores indicados por las autoras del instrumento, para cada una de las situaciones de adherencia.

Posterior a esto, se realizó el análisis de adherencia para los tres dominios, los cuales se dividen la escala, para cada uno de ellos se realizó un cuadro de interpretación.

Tabla 6

Interpretación de los resultados de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas.

Interpretación	Porcentaje
Adherencia alta	75-100%
Adherencia media	50-74%
Adherencia baja	0-49%

Nota: Del resultado obtenido en la escala se sacaron los porcentajes.

Fuente: autoría propia

Tabla 7

Interpretación por dominios de escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas.

Interpretación	Sumatoria
Adherencia alta	467-700
Adherencia media	234-466
Adherencia baja	0-233

Nota: el valor máximo por cada dominio es de 700 puntos, partiendo de esto se dividió en tres grupos iguales para su análisis.

Fuente: autoría propia

3.10 Operación de Variables

Tabla 8

Variables

Variables	Concepto	Ítem	Medición de respuesta	Puntuación	Nivel de medición

41 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Adherencias terapéutica	La medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coincide con las indicaciones dadas por su prescriptor.	9 a 12	Escala de 0-100	Total, de la puntuación entre 29. Mínimo 0, máximo 100. • De 0 a 33 puntos: baja adherencia al tratamiento. • De 34 a 67 puntos: moderada adherencia al tratamiento. • De 68 a 100 puntos: alta adherencia al tratamiento. ORDINAL 38 tratamiento.	Ordinal
Control sobre tratamiento	Evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para seguir las recomendaciones sobre la ingesta de medicamentos, alimentos, actividad física, alcohol y tabaco	9, 10, 12, 15, 16, 17	Escala de 0-100		Ordinal
Seguimiento médico conductual	Evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo.	3,5,6,10, 12,19	Escala de 0-100		Ordinal
Autoeficacia	Evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud.	11,13,14 ,15, 17,20,21	Escala de 0-100		Ordinal
Datos Sociodemográfico					
Concepto	Definición	Ítem	Medición de la respuesta	valor	Nivel de medición
Estratificación socioeconómico	Es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios son 6	Ítem 8	1. Bajo-bajo 2. Bajo 3. Medio-bajo 4. Medio 5. Medio-alto 6. Alto	1-6	Nominal

42 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Edad	Tiempo que ha vivido una persona a partir del nacimiento. Edad medida en años cumplidos.	Ítem 1	De 60-90 años		Ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombre de las mujeres	Ítem 2	Femenino= 1 Masculino=2	1-2	Nominal
Escolaridad	Grado más elevado de estudios realizados por una persona en educación formal. Años terminados de estudio formal de la persona	Ítem 3	Sin estudios = 1 Primaria incompleta = 2 Primaria completa = 3 Secundaria incompleta = 4 Secundaria completa = 5 Nivel medio superior incompleto = 6 Nivel medio superior completo = 7 Nivel superior incompleto = 8 Nivel superior completo = 9 Estudios de posgrado = 10	1-9	Ordinal
Estado civil	Atributo de la personalidad que define la situación jurídica	Ítem 4	Soltero=1 Casado = 2 Viudo = 3 Divorciado = 4 Unión libre = 5	1-5	Nominal
Ocupación	Actividad a la que se dedica actualmente la persona.	m 4 Íte	Hogar = 1 Empleado = 2 Comerciante = 3 Empresario = 4 Jubilado=5 Otro = 6	1-6	Nominal

3.11 Aspecto Éticos

Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, según esta resolución esta investigación se clasifica como investigación sin riesgo, debido a que no se realiza intervención o modificación intencionada de variables biológicas, psicológicas y sociales de las personas que participaron en el estudio.

En la presente investigación se tuvo en cuenta la protección de los derechos humanos, de intimidad, anonimato y confidencialidad, además de los principios éticos de enfermería contemplados en la Ley 266 de 1996 capítulo, artículo 2, de la siguiente manera.

Autonomía: La participación de los AM fue de forma libre y voluntaria, los adultos mayores se podían retirar del estudio aún después de haber iniciado la aplicación del instrumento, sin que ello afectara la atención del usuario en la institución. La investigación contó con el Consentimiento Informado (anexo 3) por escrito del sujeto participante.

Beneficencia y no maleficencia: la investigación se catalogada como investigación sin riesgo, además se priorizo el bienestar de los participantes.

Justicia: la investigación se les realizo a los participantes que cumplieron con criterios de inclusión en igualdad de condiciones.

Se contempló la declaración de Belmont donde se enmarcan los principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos.

La información obtenida de las personas que participaron en el estudio solo se utilizó con fines académicos para dar cumplimiento a los objetivos del presente estudio.

Se respetó la confidencialidad de los participantes en el estudio asignando un código identificación a cada instrumento diligenciado, la información de los datos de los participantes fue manejada únicamente por el investigador.

La honestidad intelectual también se tuvo en cuenta ya que se realizaron las citas y referencias de los autores y entidades consultadas en toda la investigación, teniendo en cuenta las normas APA exigidas por la institución, además se tuvo en cuenta la resolución rectoral No 05, 14 de septiembre de 2011 por la cual se establecen las políticas de propiedad intelectual de la ECCI.

4. RESULTADOS

El análisis e interpretación de los resultados se hace mediante técnicas de estadística descriptiva, como distribución de frecuencias, medidas de tendencia central como el promedio.

La presentación de los resultados comienza con una descripción socio-demográfica, posteriormente se presenta el resultado general sobre grado de adherencia por cada dominio en que se divide la escala.

4.1 Caracterización sociodemográfica

4.1.1 Edad

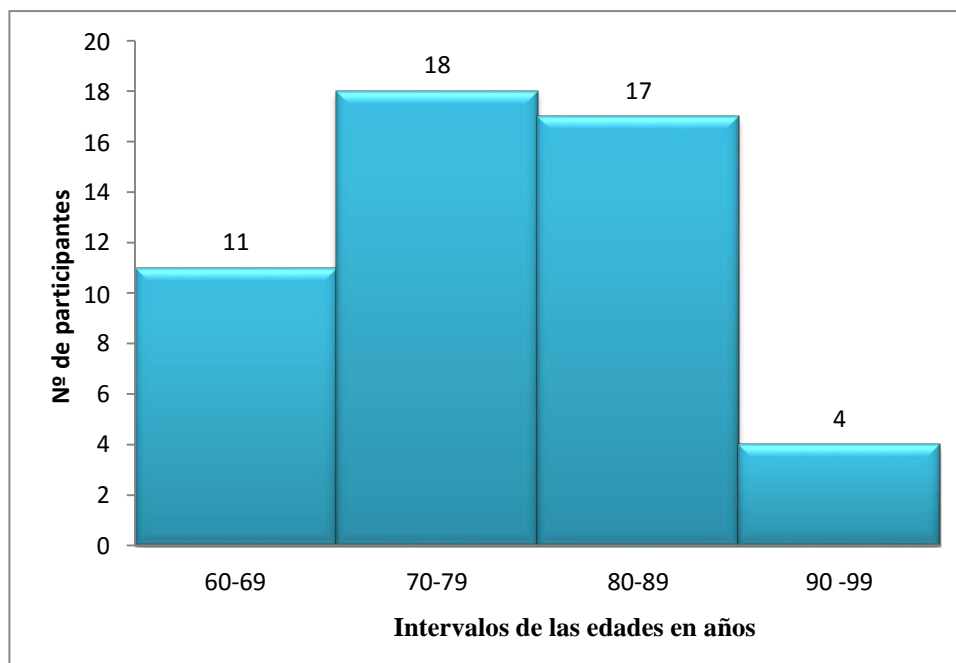


Figura 3. . Edades de los participantes

Fuente: Resultado se la investiga

En la figura 3, se observa que la mayor parte de la los participantes se encuentran entre los 70-79 años, que equivalen al 36 % de la población participante, seguido de los de 80-89 años con un 34%, 60-69 años con un 22% y por último se encuentran los de 90-99 años con un 8%.

El promedio de la edad de la población de este estudio fue de 76 años.

Como se describe en el Censo 2005, la población que más ha crecido de adulto mayores son los más viejos, es decir la población mayor de 80 años, están creciendo a una tasa promedio anual de 4%, en este estudio se puede evidenciar que equivalen al 42% de los participantes, una cifra bastante representativa.

Además a mayor edad, menor el índice de masculinidad que coincide con los resultados de este estudio, debido que de 8% de personas de AM grandes viejos son mujeres. (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2011)

4.1.2 Genero

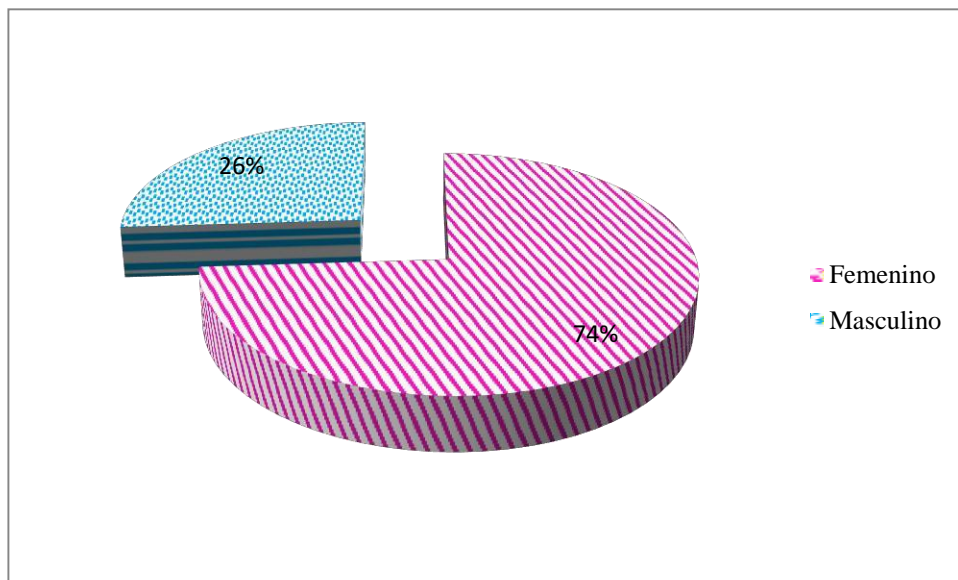


Figura 4. Sexo de los participantes.

Fuente: Resultado de la investigación

Como se observa en la figura 4, la mayor parte de la población del estudio fue de sexo femenino; es la misma situación en Colombia en este grupo poblacional, según el censo de 2005. (DANE 2005) la población femenina de 60 y más años crece en más altas proporciones que la población masculina de las mismas edades. (Encuesta Nacional, 2012)

4.1.3 Ocupación

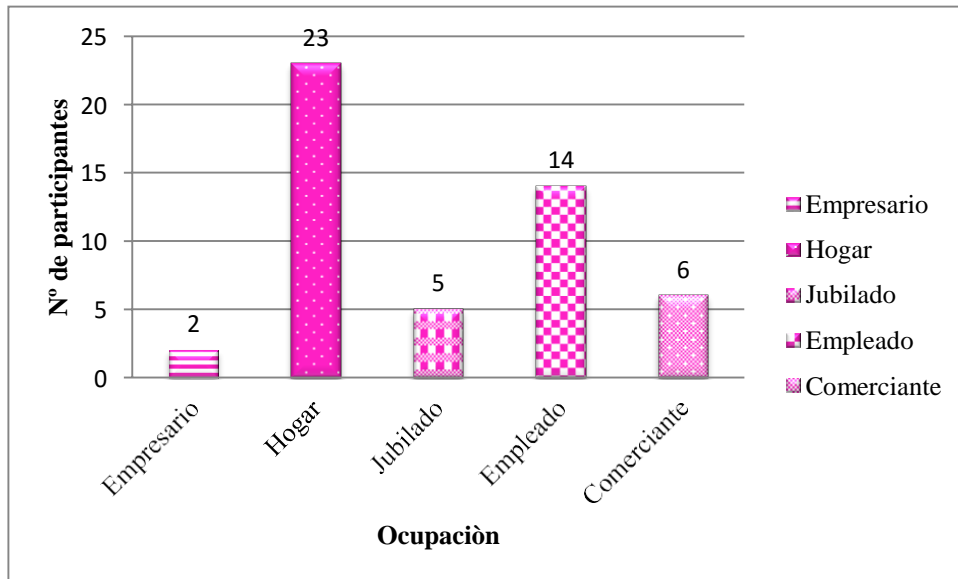


Figura 5. Ocupación de la población

Fuente: Resultado de la investigación

Como se evidencia en la figura 5, la mayor parte de los adultos mayores solo se encuentra en su hogar, no laboran y su porcentaje es de 46%, seguido de un 28% que son empleados, comerciantes con un 12%, jubilados, con un 10% y en menor medida los empresarios que corresponde a 4%. Estos datos coinciden con la situación del país y de Bogotá, debido a que la mayor parte de adultos mayores no alcanzaron a recibir una pensión y les toca seguir laborando en trabajos informales a esta edad para poder tener ingresos para subsistir, siendo Bogotá donde se encuentran mayores porcentajes de personas con alguna fuente de ingreso. (Ruiz, 2013)

4.1.4 Nivel estudios

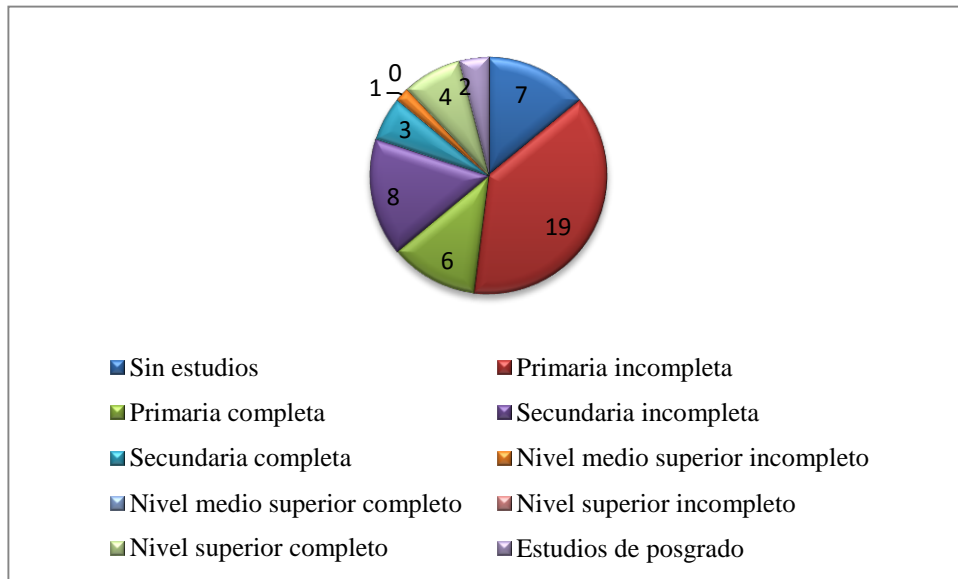


Figura 6. Nivel estudio de los participantes

Fuente: Resultado se la investiga

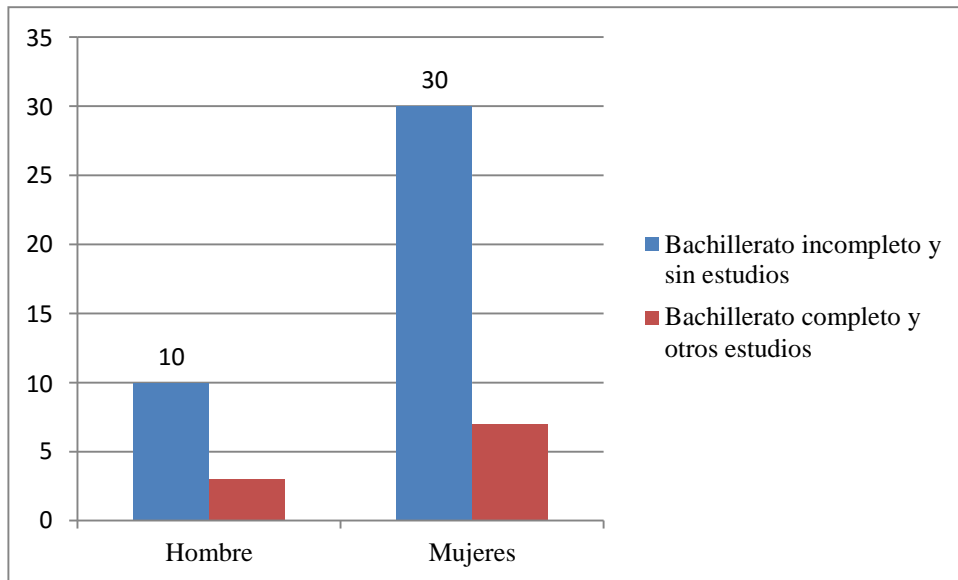


Figura 7. Nivel estudio de los participantes

Fuente: Resultado se la investiga

El Promedio de Educación de AM (hombres y mujeres), el último censo, evidenció que a partir de los 60 años, el promedio de años cursados corresponde a quinto de primaria aproximadamente, siendo menor en las mujeres, y descendiendo progresivamente hasta ser

alrededor de segundo de primaria en los más viejos. Resultados similares se obtuvieron en la Encuesta Nacional de calidad en adulto mayor (2010) donde se encontró que entre mayor es la edad de las personas, menores son los niveles de educación formal cursados, también en este estudio se demostró que es más alto el nivel de porcentaje de mujeres que no ha recibido educación formal. En el presente estudio se encuentra que tan solo el 13,5 % de las mujeres, tienen bachillerato completo y en algunos casos estudios superiores; el 81% de ellas no ha culminado el bachillerato, una cifra bastante significativa, además se puede identificar que el 52% de la población (hombre y mujeres), no tiene estudio o tiene primaria incompleta; es por ello que el AM tiene las tasas más altas de analfabetismo. (DANE 2005)

4.1.5 Estado civil

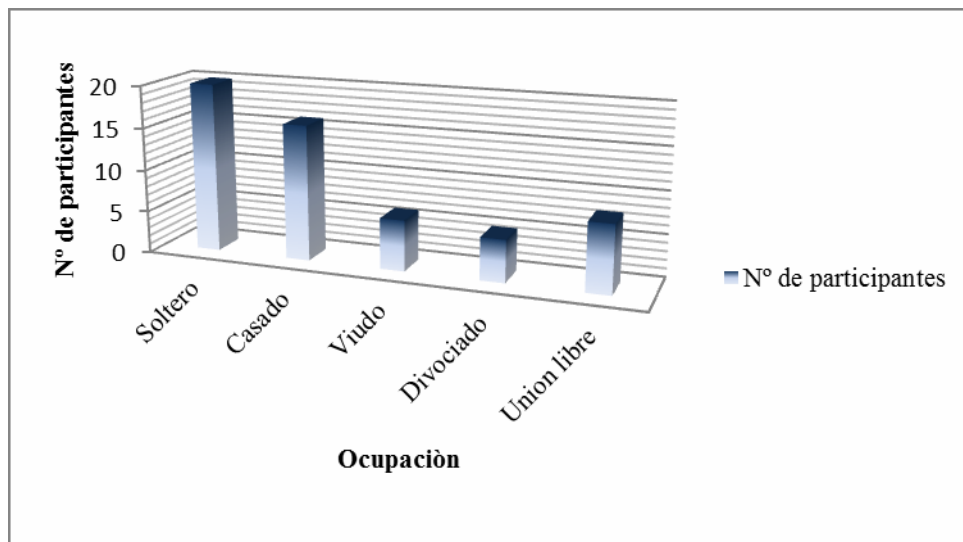


Figura 8. Estado civil de los participantes

Fuente: Resultado de la investigación

En la figura 7, se observa una cifra considerable de los adultos mayores con estado civil soltero, con un 40% de la población, seguido de un 32% de los casados, un 16% que se encuentran en unión libre, 12% viudos y por último un 10% divorciados.

Aunque estos datos no concuerdan con los datos dados por la encuesta nacional de salud de 2010 en la que más de la mitad de los adultos mayores son casados o viven en unión libre;

cerca de la cuarta parte son viuda(o)s, un 13 por ciento son personas separadas y 9 por ciento solteras. (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2011)

Se evidencia que los adultos mayores que no tiene ninguna relación civil (viudos, divorciados y solteros), corresponde a un 62 % y los que se encuentra en una relación civil (casados y unión libre) corresponde al 48% de la población estudiada. Ya que en este ciclo vital la tasa de defunciones es mayor provocando que cada se presente más viudos

4.1.6 Enfermedad

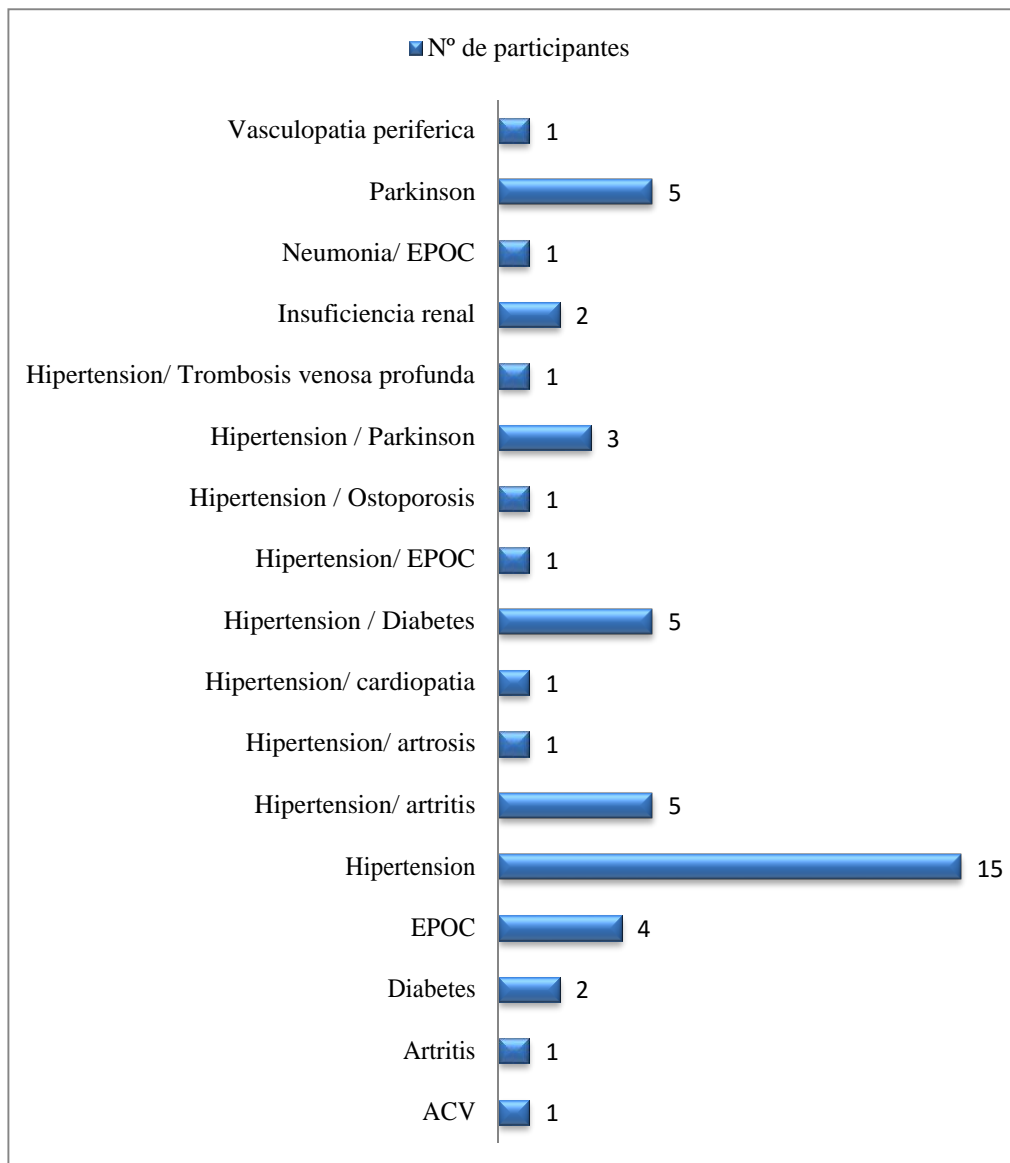


Figura 9. Enfermedades de los participantes

Fuente: Resultado se la investiga

Se observa en la figura No. 8, las enfermedades más comunes que tienen los adultos mayores, en primer lugar se encuentra la Hipertensión con un 30%, pero si se tiene en cuenta aquellos pacientes que presenta hipertensión y otra enfermedad (pluripatologicos) corresponde al 66% de la población, la segunda enfermedad más frecuente en el AM, es el Parkinson con un 16%.

4.1.7 Nivel socioeconómico

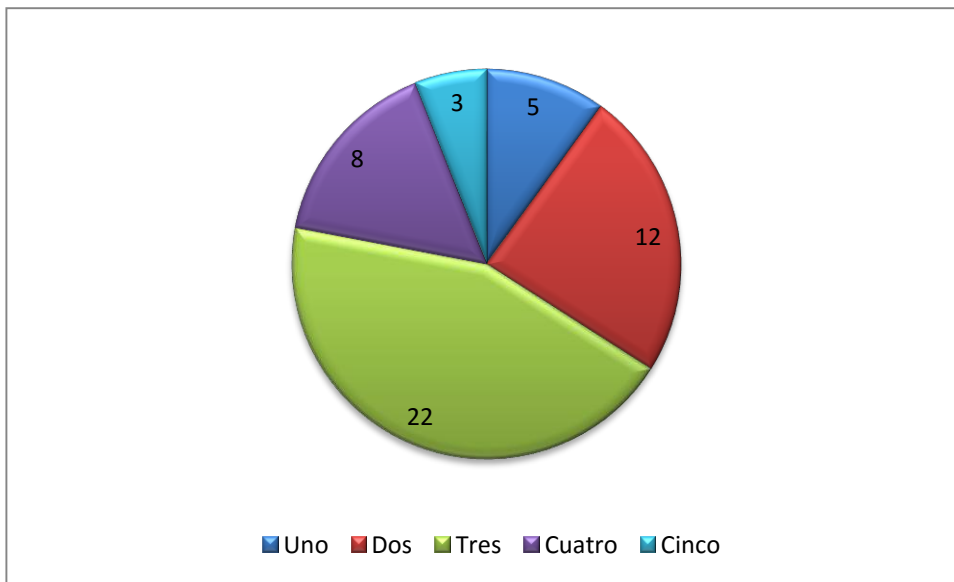


Figura 10. Nivel socioeconómico

Fuente: Resultado se la investiga

En la figura 9, se evidencia que la mayor parte de la población tiene niveles socioeconómicos bajos (1, 2 y 3), este corresponde a un 78%, seguido del nivel socioeconómico medio con un 16% y por ultimo nivel socioeconómico alto que representa un 6% de la población estudiada.

4.2 Adherencia al tratamiento

La determinación del grado de adherencia al tratamiento, se hizo a través escala de adherencia terapéutica, para pacientes con enfermedades crónicas y se analizo a través de dos cuadro de interpretación.

4.2.1 Dominio Control sobre ingesta de medicamentos y alimentos

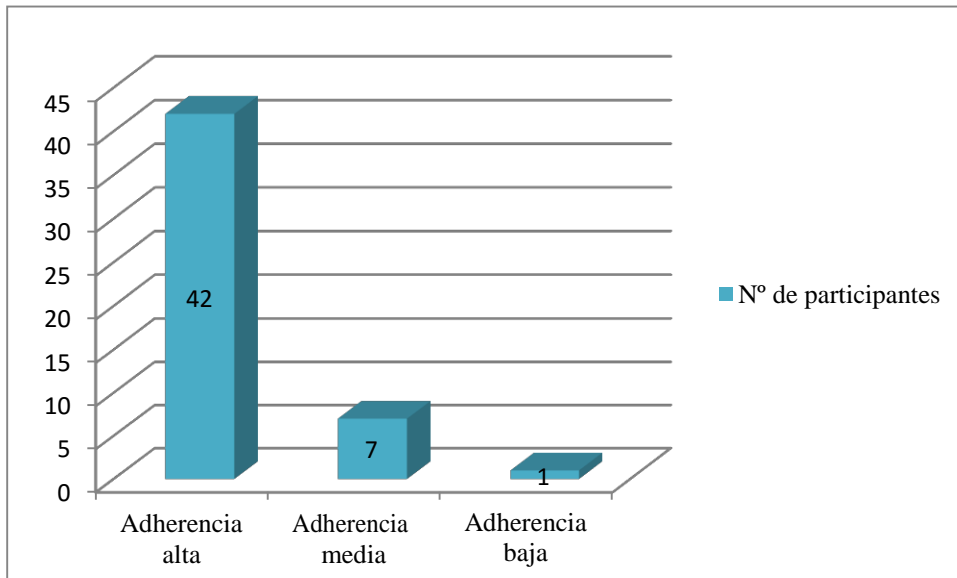


Figura 11 Nivel de adherencia en control sobre ingesta de medicamentos y alimentos

Fuente: Resultado se la investiga

La figura 10, destaca la adherencia en el control sobre ingesta de medicamentos y alimentos, donde predomina la adherencia alta para este dominio con un 84%, seguido de la adherencia media con un 14% y en menor medida la adherencia baja con un 2%. El promedio de adherencia de este dominio fue 588 que se interpreta como adherencia alta.

En otros estudio generalmente esta conducta reporta altas cifras de baja adherencia (Silva, CremoneseII, JaneiroII, MatsudaI, y Silva, 2010)

4.2.2 Dominio Adherencia en el seguimiento conductual

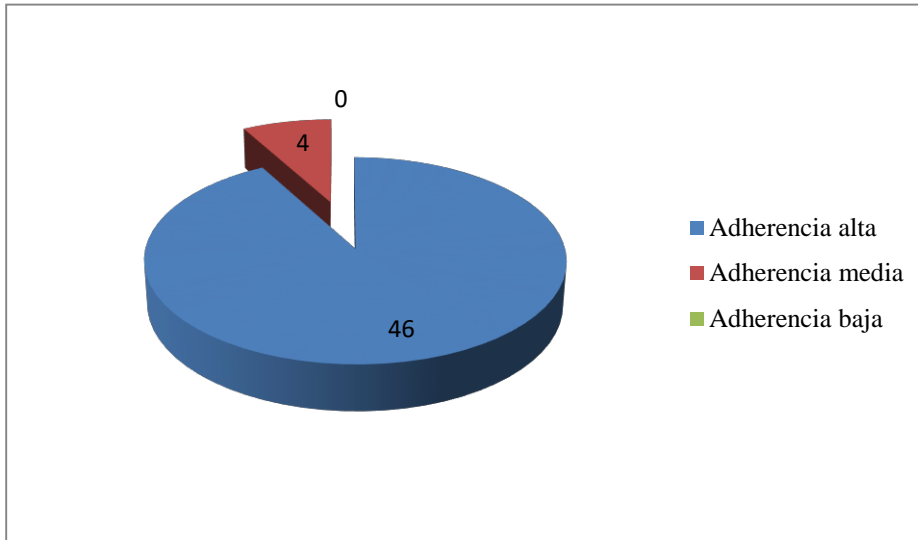


Figura 12. Nivel de adherencia en el seguimiento médico conductual

Fuente: Resultado se la investiga

En la figura 11, se observa que los adultos mayores con enfermedades crónicas, tienen adecuada adherencia al tratamiento conductual, ya que en este dominio no se encuentra baja adherencia en ninguno de los participantes, si no por el contrario el 92% de la muestra, presenta adherencia alta. Siendo el promedio para este dominio 672, que corresponde a una adherencia alta.

4.2.3 Adherencia en el dominio Autoeficacia

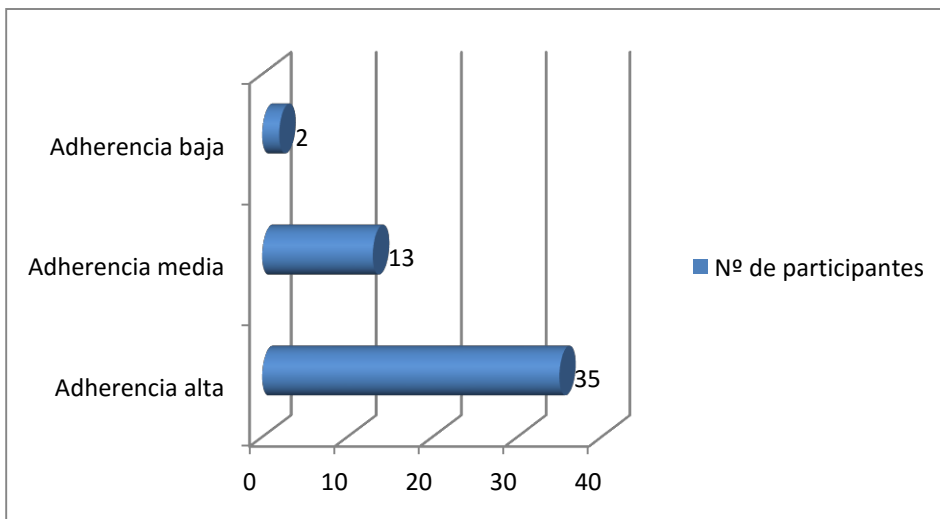


Figura 13. Nivel de adherencia en la autoeficacia

Fuente: Resultado se la investiga

La figura 12, muestra que los pacientes presentan en mayor medida adherencia alta, con un 70%, seguido de un 26% de la adherencia media y por ultimo un 4% de adherencia baja, lo que demuestra que los adultos mayores crónicos encuestados tienen adecuada adherencia a nivel de autoeficacia; igual como se evidencia en la teoría de Barbara Renicks, donde existen diferentes factores que pueden afectar con la capacidad de autoeficacia de las personas, al ser un grupo tan homogéneo en edades, experiencia, en las circunstancias en que se desenvuelven, se observa que la adherencia es similar en casi todos los adultos mayores.

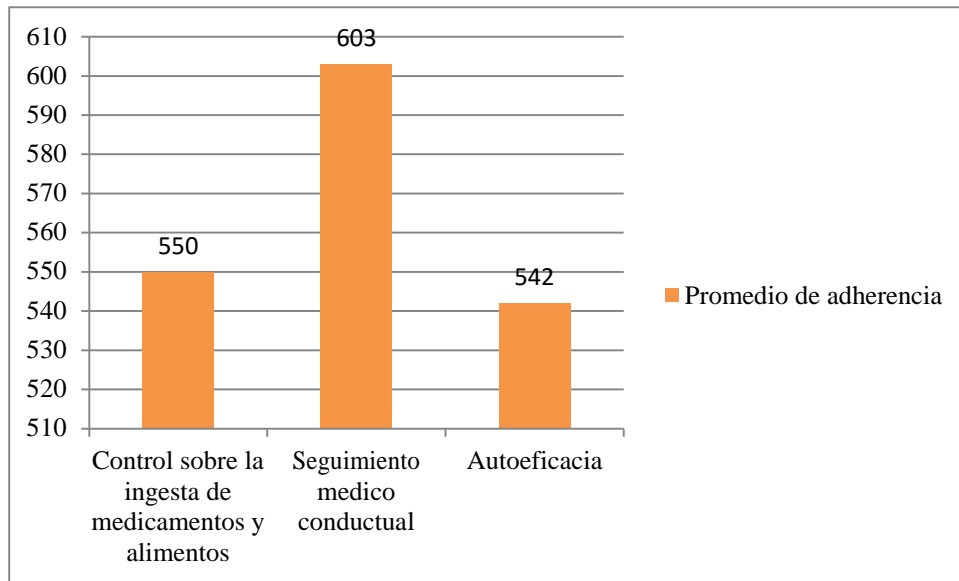


Figura 13. Adherencia por dominios

Fuente: Resultado se la investiga

En la figura 13, se encuentra la comparación de los tres dominios de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, donde se observa la mayor adherencia se encuentra en seguimiento médico conductual con un 86%.

4.2.4 Adherencia al tratamiento escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas

Tabla 5

Resultados por ítems

Indicaciones	N= (50) 100%				
Preguntas	Porcentaje				
	0	25	50	75	100
1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual	1= 2%	1= 2%	0	7= 14%	41= 82%
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiere mis medicamentos a la hora indicada	0	0	1= 2%	13= 26%	27= 54%
3. Me hago mis análisis en los períodos que el médico me indica	0	0	2= 4%	13= 26%	27= 57%
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto	0	0	10= 20%	13= 26%	27= 57%
5. Asisto a mis consultas de manera puntual	0	2= 4%	1= 2%	0	30= 60%
6. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud	0	2= 4%	1= 2%	0	47=94%
7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico	16= 32%	1= 2%	3= 6%	0	30= 60%

me lo ordena					
8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite	3= 6%	3= 6%	13= 26%	7= 14%	24= 48%
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento	1= 2%	1= 2%	2= 4%	3= 6%	43= 86%
10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	5= 10%	1= 2%	4= 8%	2= 4%	38= 76%
11. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento	1= 2%	0	1= 2%	4= 8%	44= 88%
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	22= 44%	4= 8%	7= 14%	4= 8%	13= 26%
13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos	3= 6%	3= 6%	6= 12%	4= 8%	34= 68%
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no	13= 26%	1= 2%	7= 14%	3= 6%	26= 52%

esté concluido					
15. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento	10= 20%	2= 4%	5= 10%	3= 6%	30= 60%
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	6= 12%	6= 12%	8= 16%	4= 8%	26= 52%
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos	15= 30%	2= 4%	1= 2%	2= 4%	30= 60%
18. Como me lo recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo	1= 2%	0	5= 10%	1= 2%	43= 86%
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad	1= 2%	0	1= 2%	1= 2%	47= 94%
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme	3= 6%	2= 4%	0	0	45=90%
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo	3= 6%	1= 2%	4= 8%	7= 14%	35= 70%

Fuente: (Barreto, A, 2017)

La tabla 4, muestra los resultados de escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas en adultos mayores. Los resultados más relevantes son los siguientes: en la pregunta 12 (Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento), el 52% presenta una adherencia casi nula a este ítem, esto quiere decir que los adultos mayores nunca o casi nunca ponen atención a enfermedades que para ellos no son peligrosas. En la pregunta 7 (Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena), el 32% (16) no están dispuesta a dejar de hacer algo placentero. En cuando la pregunta 17 (Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos), el 30% (15) de las pacientes encuestadas, les es necesario que otras personas les recuerden que tiene que seguir su tratamiento.

Por el contrario, las preguntas que más adherencia presentaron en los adultos mayores fueron el ítems 6 y 19 con un 94% (47) respectivamente.

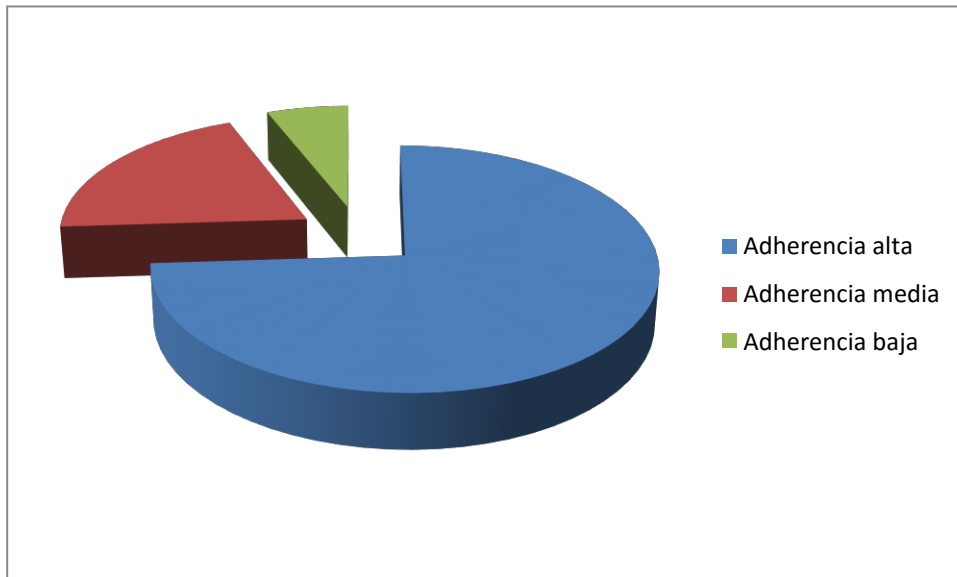


Figura 14. Adherencia al tratamiento

Fuente: Resultado se la investiga

En la figura 14, se observa que el 74% adultos mayores con enfermedades crónica, presentan una adherencia alta, el 20% presenta una adherencia media y tan solo un 6% presenta adherencia baja. Por lo que se puede decir que esta población cumple con las prescripciones dadas por el personal de salud.

Estos resultados pueden sustentarse a través de la teoría de autoeficacia de la enfermera Barbara Resnick, por medio de los cuatro procesos de verificación y desarrollo de conceptos: el primero, experiencias directas, todas aquellas experiencias de complicaciones de su enfermedad vividas por ellos o de adaptación del proceso de la enfermedad, ha formado en ellos unas lecciones de lo aprendido de cómo debe ser su adherencia tanto farmacológica, como adherencia no farmacológica en los tratamientos; el segundo proceso de experiencias vicarias, se puede observar que la participación en estos centros día hacen que ellos interactúen con otras personas en similares situaciones o vivencias con sus enfermedades, produciendo que estos individuos se vuelvan en diadas, esas experiencias compartidas de sus enfermedades en estos grupos, hace que la persona tome conciencia de que debe modificar sus hábitos mejorando por ende autoeficacia, el tercero, juicios dichos por otros, el compartir con una serie de individuos todos los días permiten que se generen fuertes relaciones entre los pares produciendo que ya sea por ellos o por el personal de la institución se emitan juicios verbales que motiven a los individuos a seguir los tratamientos, cuarto y último proceso, derivación de conocimiento adicional sobre lo que ya sabe, donde todas las experiencias que hayan impactado de forma negativamente en su enfermedad le permite al individuo emitir juicios de inferencia de lo que podría suceder, si no sigue adecuadamente su tratamiento.

Por lo anterior no encontramos que en este estudio no haya adherencia baja, porque el hecho de compartir en un centro de promoción social para el adulto mayor, hace que los cuatro juicios de valor propuestos por Resnick se puedan evidenciar en este grupo y por lo tanto se puede afirmar que cuentan con adecuado nivel de autoeficacia, ocasionando en ellos poder seguir con mayor facilidad los tratamientos prescritos.

4.3 Relaciones entre variables

A continuación se presentan las relaciones más significativas entre las diferentes variables que se tuvieron presentes en el estudio.

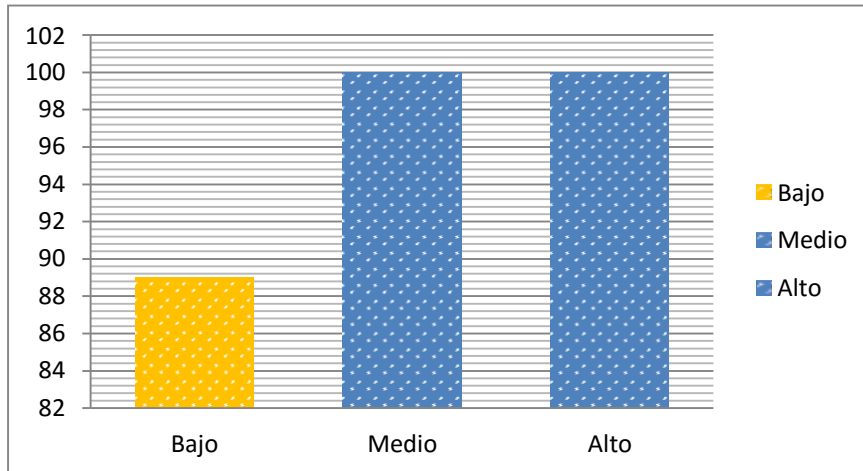


Figura 15. Adherencia al tratamiento según el estrato.

Fuente: Resultado se la investiga

En la figura 15, se observa que el adulto mayor, con enfermedades crónicas, de estratos bajos, es decir 1, 2 y 3 son menos adherentes que estratos medio y alto; su adherencia corresponde a un promedio de un 81%, en los estratos medio y alto el promedio de adherencia es del 100%.

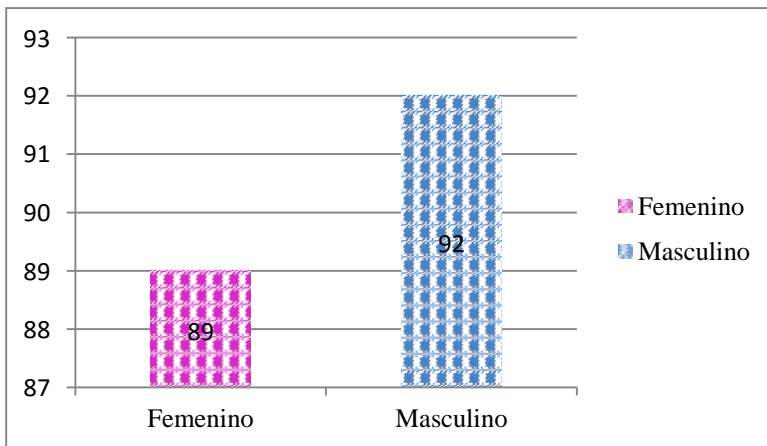


Figura 16. Adherencia al tratamiento según el sexo

Fuente: Resultado se la investiga

En la figura 16, se evidencia que 92% de los hombres adultos mayores, son adherentes a sus tratamientos, mientras, en las mujeres la adherencia es del 89%.

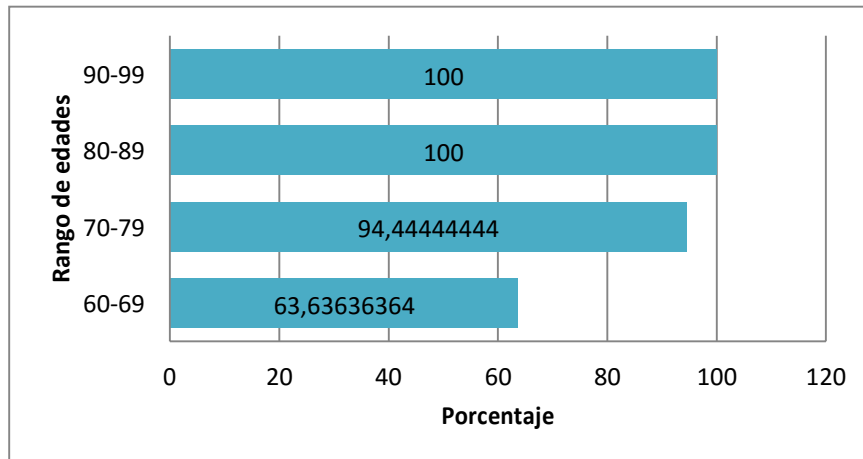


Figura 17. Adherencia al tratamiento según la edad.

Fuente: Resultado se la investiga

De la figura 17 se demuestra que entre mayor edad más adherencia se presenta, ya que las personas que se encuentran entre 80-99 años tienen un 100% de adherencia a los tratamientos prescritos por el personal de salud en contraposición vemos que los adultos mayores más jóvenes tienen menor adherencia con un 63%.

5. DISCUSIÓN

El presente estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, logro demostrar la situación de adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas de un centro día de Bogotá D. C, a través de la aplicación de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos aplicada entre 4 al 13 de junio de 2017.

El promedio de adherencia de la muestra fue de un 81,3% que corresponde a una adherencia alta, que concuerda con estudios realizado con la OMS, donde menciona que los adultos mayores son más adherentes que los más jóvenes (Bohigas, 2017), en concordancia a lo anterior en el estudio de Tapia (2006), donde se realizó una comparación entre la adherencia de adulto mayor y el adulto, encontró que los adultos mayores son más adherentes con 43.3%; en la investigación de Montenegro, Martín, Torres, Lara y González (2013), realizada en personas mayores de 65 años con hipertensión se concluyó que la adherencia al tratamiento era de 51,7%, en otros estudios que se incluyeron adultos mayores como, el estudio de adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados de estudio realizado por Morillo, Rudi, Ventura y Navarro, encontró dentro sus hallazgos que la adherencia de su muestra fue de 56,4%. Unas cifras bastantes menores a la adherencia presentada en el presente estudio, sin embargo siempre más de la mitad de la población es cumplidora de los tratamientos prescritos por el personal de salud.

El 74% de la población fueron mujeres y un 26% hombres, estos datos coinciden con la situación del AM en Colombia, debido a que según el censo de 2005, el 54.6% de personas mayores son mujeres. (DANE 2005) Además la población femenina crece a más altas proporciones que la población masculina de las mismas edades. (Arango & Ruiz, 2012). Al identificar la adherencia con relación al sexo en esta investigación se demostró que son más adherentes los hombre con un 92%, similares resultados fueron encontrados en el estudio de Montenegro J et al, (2013); donde existía también mayor predominio de sexo femenino en la muestra y los hombres tuvieron mayor porcentaje de adherencia al tratamiento con un 54,7%; en la investigación Tapia (2006) en resultados el 36,8% de la muestra correspondía a adultos mayores de los cuales se encontró mayor cantidad de mujeres.

Respecto a la escolaridad el 52% de la población de esta investigación no tiene estudio o tiene primaria incompleta, esta situación es congruente con situación de AM en Colombia debido a que es esta población quien tiene las tasas más alta de analfabetismo. (DANE 2005) siendo las mujeres las que menor grado de escolaridad alcanzan, en este estudio el 81% de la mujeres no ha culminado el bachillerato, una cifra bastante significativa, además el 52% de la muestra no tiene estudios o tiene primaria incompleta, en relación de estos hallazgos con la adherencia al tratamiento se encontró el 6% de la población que presento adherencia baja todos tenían primaria incompleta y el 80 eran mujeres. Sin embargo Bohiga afirma que las personas con un nivel de formación más bajo son las más adherentes. (Bohigas, 2017) lo que contradice los resultados de este estudio.

En relación a la edad, el promedio de la muestra fue de 76 años, el 36% se encuentra entre un rango de edad de 70-79 años, similar al estudio Montenegro J et al, (2013) que fue de 74 años, en otros trabajos como el de Garrido, que midió la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, el 73% de la población era mayor de 65 años, el mayor número de persona se sitúa entre los 66-75 años (Garrido, 2013). Otros datos relevante de este estudio es que un 8% de la muestra tiene edades comprendidas entre 90-99 años y 100% son mujeres, y el 42% tiene más de 80 años, congruente con los resultados del DANE de la población mayor de 80 años, tiene la mayor tasa de crecimiento, además de que cada vez se aumenta más la esperanza de vida en la sociedad Colombiana y que son las mujeres las que llegan a mayores edades que es el mismo fenómeno evidenciado en este estudio. La adherencia según la edad demostró que entre mayor grado de adherencia, en otros estudios no se encontró una relación significativa entre estas dos variables.

Un dato relevante del estudio es que el 78% de la población pertenece a estratos bajos, en concordancia con la situación del país ya que el 63.9% de los colombianos son estrato 1,2 y 3 y en menor medida la clase alta un 3,1%. En cuanto la relación con la adherencia se encontró que los estratos más bajos tienen menor adherencia, al igual que se presentó en el estudio de Antonio J et y en el de Stella Ortega (Ortega & Vargas, 2014)

Las enfermedades más comunes que se presentaron en los adultos mayores de este estudio, en primer lugar se encuentra la Hipertensión con un 30%, pero si se tiene en cuenta aquellos pacientes que presenta hipertensión y otra comorbilidades corresponde al 66% de la

población, que concuerda con que son las enfermedades cardiovasculares las que más afectan al AM (Arango & Ruiz, 2012); se han realizados varios estudios en diferentes enfermedades crónicas siendo las más frecuentes la hipertensión y la diabetes. (Silva, Cremonese, Janeiro, Matsuda, y Silva, 2010), (Garrido, 2013), (Ortega & Vargas, 2014) y (Leguizamón, 2008)

En el presente estudio el grado de adherencia para autoeficacia fue alta con un 70%, seguido de un 26% de la adherencia media, lo que demuestra que los adultos mayores crónicos encuestados tienen adecuada adherencia a nivel de autoeficacia, que tal como dice la teoría de Autoeficacia de Barbara Resnick, si las perspectiva de un paciente con una enfermedad crónica se deposita en que habrá una mejoría en su estado de salud, confía y entiende el tratamiento el paciente realizará cambios saludables en su estilo de vida y por ende será un paciente con una alta adherencia; en un estudio realizado por Escobar se observa que sólo se adherirán al tratamiento indicado aquellos pacientes que perciban sus beneficios; (Escobar, 2011) al igual como se evidencia en la teoría de Barbara Resnick, quien menciona que las experiencias y creencias se pueden afectar con la capacidad de autoeficacia de las personas; como se evidencia en el presente estudio donde se observa un grupo bastante homogéneo en relación a edades, experiencias, y en las circunstancias en las que se desenvuelven en este momento resultando en adherencias similares en casi todos los adultos mayores, Resultado similares se encontraron en la investigación de González quien identifico que la autoeficacia tenía una influencia positiva en la adherencia a los tratamientos de pacientes con Diabetes Mellitus 2; (González, González,, & Vázquez, Galán, 2015) Sin embargo en contra posición a lo anterior en la investigación de Rincón, no se encontraron relaciones estadísticamente significativa entre autoeficacia general percibida y adherencia terapéutica. (Rincón, 2016)

Al analizar individualmente las preguntas de la escala, se destaca en los hallazgos que en la pregunta 9 (Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento) y 19 (Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme) las cuales evalúan la relación entre el personal médico con el paciente, un dato relevante que se ha tenido en cuenta en numerosos estudios, incluso por la OMS ya que se ha demostrado que influye en adherencia terapéutica; Sánchez (2006) menciona que “Una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en la interacción profesional de la salud-enfermo son de gran

importancia y contribuyen a mejorar la adherencia”. En el presente estudio estos ítems tuvieron ponderaciones altas las cuales se ven reflejada con un alto grado de adherencia presentada en los AM por lo que confirma lo anterior.

Otro dato relevante del análisis individual por ítems, es la pregunta 7, que fue la que presento la menor adherencia en toda la escala, y demostró que los adultos mayores que tiene alguna conducta adictiva como el alcoholismo y el tabaquismo, que ya son considerados enfermedades crónicas por OMS; también se menciona que la mayoría de los fumadores que conocen los peligros del tabaco desean dejarlo, pero que la mayoría recaen de nuevo, además entre más años con la adicción menos probabilidad de dejarlo, por lo anterior en el adulto mayor resulta más difícil que estos individuos dejen estas conductas.

6. CONCLUSIONES

Los adultos mayores con enfermedades crónicas de un centro de promoción social para personas mayores de modalidad diurna en Bogotá, que asistieron durante el periodo de 4 – 13 de junio del 2017, presentaron un nivel de adherencia alta con un 74% y tan solo un 6% presento adherencia baja para este estudio, estos datos concuerdan con la literatura ya que los pacientes adultos mayores presentan alrededor de un 50% de adherencia a los tratamientos. Aunque la adherencia en este estudio fue mucho mayor en relación a la literatura consultada, una de las posibles razones que puede dar respuesta a este fenómeno, es las características de la muestra, ya que estos han pertenecido por varios años a un centro día y en estos lugares brindan atención y seguimiento individualizado proporcionando actividades programadas en función de las necesidades de cada AM, obtenidas antes una valoración por personal de salud, ofreciéndole actividades sociales y recreativas, además de servicios de alimentación y algunos servicios médicos, sin contar que constantemente se realizan sesiones educativas sobre autocuidado, recomendaciones a los familiares o enlace con diferentes redes de apoyo, lo que ha generado en esta población, como se ve reflejado en los resultados que cumplas con las prescripciones dadas por el personal de salud.

Del perfil sociodemográfico se concluyó que el perfil del paciente adultos mayores incumplidores o con baja adherencia del centro día son, mujeres con primaria incompleta o sin estudios, entre los 60 a 69 años de edad, de nivel socioeconómico bajo (estratos 1, 2 y 3) que se encuentran solteros o divorciados.

Según el dominio de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos se encontró que la mayoría (84%) de adultos mayores con enfermedades crónicas, ingiere sus medicamentos de manera puntual sin importa la duración de estos tratamientos, sigue las recomendaciones en cuanto la dieta y ejercicio dada por el prescriptor de asistencia sanitaria; sin embargo en este dominio se encuentra el ítem que más se les dificulta cumplir a los AM, debido a que no se encuentran dispuesto a dejar de hacer algo placentero como fumar o tomar si el medico se lo ordenara.

En el dominio seguimiento médico conductual se halló que el 92% de los AM mostraron una adherencia alta y el 8% una adherencia moderada, siendo la conducta más fácil para cumplir, ya que en la relación en los tres dominios de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos, fue la que presento mayor adherencia con un 86%; una de las posible explicación es que en el centro día cuenta con personal que incentiva a la familia o realiza este tipo de actividades, debido a que en la misma infraestructura se encuentra situado la Unidad Primaria de Atención (UPA), además uno de los requisitos para la permanencia en este centro es un control médico mensual para adecuar el programa de acuerdo a las necesidades del AM.

La adherencia como conducta de salud va a estar relacionada con las creencias generales de salud, la motivación que se tiene para salud, así como también va a estar afinada por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida por el individuo en experiencias anteriores, la percepción de severidad de la enfermedad, el grado de confianza que se tiene de sí mismo de lograr ejecutar una acción con éxito es decir contar con autoeficacia permitirá adherirse al tratamiento como lo menciona Barbara Resnick en su teoría. Esta conducta que es evaluada en el dominio tres de la escala en el que se evidenció que un 70% de los participantes tienen un alta autoeficacia por ende les es más fácil adherirse a un tratamiento.

Los resultados obtenidos en este estudio, permitió identificar y ahondar en el conocimiento y comprensión de este fenómeno de adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónicas, desde los cuales diferentes disciplinas del ámbito de la salud pueden dirigir o guiarse para la elaboración de planes de manejo, en el caso específico del profesional de enfermería, en la elaboración de planes de cuidado, en la implementación de estrategias de intervención orientadas a mejorar la calidad de vida de esta población, a través de mejoramiento de la adherencia a los tratamientos en los pacientes con enfermedades crónicas, además permitió al centro día donde se realizó el estudio, contar con información veraz sobre la adherencia al tratamiento de su institución, para poder reconocer los aspectos conductuales y sociodemográficos a tener en cuenta para mejorar la adherencia a tratamiento.

7 RECOMENDACIONES

El tamaño de la muestra pudo influir en la posibilidad de encontrar relaciones significativas entre las variables, sugiriéndose realizar investigaciones con muestras mayores, que permitan establecer de manera más clara las asociaciones y el posible valor predictivo de algunas variables para la adherencia terapéutica.

Como se observó en los resultados y en la conclusión el asistir a centros días influyó en los resultados de adherencia terapéutica de adulto mayor, por lo tanto se sugiere realizar estudios con población que no esté en programas de promoción de la salud.

La escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos, se encuentra validada en el contexto mexicano, aunque ha sido empleada en diferentes países de Latinoamérica y Europa, es necesario una validación transcultural para el contexto colombiano, debido a la dificultad que se presentó en las respuestas.

Para la interpretación de los resultados de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos, se realizó una tabla de interpretación de los resultados teniendo en cuenta las observaciones dadas por los autores, dado que el instrumento no cuenta con esto, por lo anterior se hace necesario validar la tabla de interpretación.

Para la interpretación de los resultados de la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos, se sugiere validar la escala de respuestas dada por el instrumento dado que no es tan clara para todos los participantes.

ANEXOS

Anexo 1 Caracterización de la población

Edad: _____ **Sexo:** F () M ()

Ocupación: Hogar () Empleado () Comerciante () Empresario () Jubilado () Otro _____

Escolaridad: Sin estudios () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Nivel medio superior incompleto () Nivel medio superior completo () Nivel superior incompleto () Nivel superior completo () Estudios de posgrado ()

Estado civil: soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre ()

Enfermedad: _____ **Tiempo de enfermedad:** _____

Nivel socioeconómico 1() 2() 3() 4() 5() 6()

Anexo 2 Escala

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE
ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**CARLOS NAVA QUIROZ, C. ZAIRA VEGA VALERO Y ROCÍO SORIA
TRUJANO**

Instrucciones: por favor exprese en qué porcentaje las siguientes afirmaciones
teniendo en cuenta que

0= nunca 25= casi nunca 50= hay veces 75 casi siempre 100= siempre

1.- Ingiero mis medicamentos de manera puntual

----- 0 25 50 75 100

2.- No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la
hora indicada

0 25 50 75 100

3.- Me hago mis análisis en los períodos que el médico me indica

0 25 50 75 100

4.- Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto

0 25 50 75 100

5.- Asisto a mis consultas de manera puntual

0 25 50 75 100

6.- Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud

0 25 50 75 100

7.- Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena

0 25 50 75 100

8.- Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite

0 25 50 75 100

9.- Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento

0 25 50 75 100

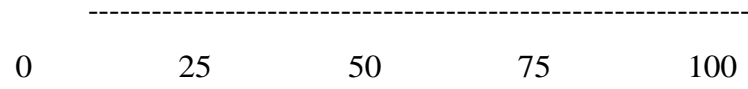
10.- Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud

0 25 50 75 100

11.- Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento

0 25 50 75 100

12.- Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento



13.- Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida toma

mis medicamentos

 0 25 50 75 100

14.- Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido

 0 25 50 75 100

15.- Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento

 0 25 50 75 100

16.- Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago

 0 25 50 75 100

17.- Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos

 0 25 50 75 100

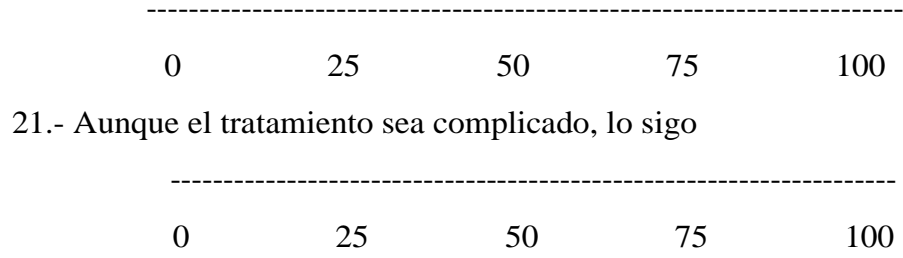
18.- Como me lo recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo

 0 25 50 75 100

19.- Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad

 0 25 50 75 100

20.- Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme



4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto														
5. Asisto a mis consultas de manera puntual														
6. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud														
7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena														
8. Como sólo aquellos alimentos que el														

médico me permite							
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento							
10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud							
11. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento							
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento							
13. Cuando tengo							

mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos											
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido											
15. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento											
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago											
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos											
18. Como me lo											

recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo								
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad								
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme								
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo								

Anexo 4 Consentimiento informado

 <p>The logo for Universidad ECCI features a stylized book icon on the left, composed of four colored squares (blue, red, yellow, blue) containing the letters E, C, C, and I. To the right of the icon, the word 'UNIVERSIDAD' is written in blue capital letters, and 'ECCI' is written in a larger, bold blue font.</p>	<p style="text-align: center;">Consentimiento informado</p> <p style="text-align: center;">Universidad E.C.C.I Facultad de ciencias de la salud Enfermería</p>
---	---

Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas del adulto mayor.

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas

Responsable:

Ana Maria Barreto Pinilla

Estudiante de la Universidad ECCI

Yo, _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____ manifiesto mi voluntad de participar en el estudio, titulado Relación entre el nivel socioeconómico y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en adultos mayores con enfermedades crónicas, además que fui informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, adicionalmente se me informó que mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento, de que no recibiré beneficio personal de ninguna clase por mi participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que

los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad ECCI bajo la responsabilidad de la institución. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Anexo 5 Permiso del instrumento:

Gmail 3 de 5

REDACTAR

Hasta pronto
Espero su respuesta

Recibidos (64)
Destacados
Enviados
Borradores (5)
Más

Usuarios (3)
Zaira Vega
Añadir a círculos
Mostrar detalles

C. Zaira Vega <vegavalero@hotmail.com> 21 feb. ☆

para mí

Hola Ana María:

No tengo inconveniente en que emplees la escala de adherencia terapéutica que ya te envié, si tu requieres una carta especial, hazla y yo la firmo, saludos

Dra. Cynthia Zaira Vega Valero
Profesora Titular de la Carrera de Psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
56231294

De: Ana María Barreto Pinilla <ani012419@gmail.com>
Enviado: lunes, 20 de febrero de 2017 08:16:21 p. m.
Para: canaji@unam.mx; Zaira Vega; maroc@campus.iztacala.unam.mx
Asunto: Permiso para escala

Llamar
Prueba también nuestras aplicaciones móviles [iOS](#) y [Android](#)

Haz clic aquí si quieres habilitar las notificaciones de escritorio para Gmail. Más información Ocultar

Adherencia Terap... **Detalles Técnicos...**

Zaira Vega
Añadir a círculos
Mostrar detalles

Destinatarios

Mensaje reenviado

De: C. Zaira Vega <vegavalero@hotmail.com>
Fecha: 27 de abril de 2016, 10:07
Asunto: Re: Escala de adherencia
Para: Ana María Barreto Pinilla <ani012419@gmail.com>

Hola ana: te adjunto el archivo dl instrumento y un archivo con detalles técnicos para su calificación saludos

Anexo 6 presupuesto de la investigación

PRESUPUESTO ESTIMADO			
ITEM	Dedicación tiempo (horas/día)	Costo	Financiación
Talento humano (Estudiantes, Asesores)	Estudiante: 4	\$1.656.000	U. ECCI
	horas/día	\$2.220.000	
	Asesor: 1 horas/día	\$2.220.000	
	Asesor Estadístico: 1 hora/día		
Materiales – Fotocopias y esferos		\$50.000	Investigador – Estudiante
Equipos		\$700.000	Investigador – Estudiante
Servicios – Transportes		\$100.000	Investigador – Estudiante
Divulgación		\$200.000	Investigador – Estudiante
Total		\$7.050.000	

8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ministerio de salud. (2005). *Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Recuperado de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de

https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1493/HUM5_Art8.pdf?sequence=1

Palop, L, y Martínez, M. (2004). *Adherencia al tratamiento en el paciente anciano*. Recuperado de

http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf

Cordero, P. (2006). *Situación social de las personas mayores en España*. Recuperado de

https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1493/HUM5_Art8.pdf?sequence=1

DANE, (2005) *Censo general 2005 república de Colombia población adulta mayor*.

Recuperado de

http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf

Montenegro, A, Moreno, L, González, J, Montiel, A, Martin, E, y Torres, B. (2013). *Adherencia al tratamiento en pacientes polimeditados mayores de 65 años con prescripción por principio activo*. Recuperado de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713002771>

Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Leguizamón, M, (2008). *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes post infarto agudo al miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de agosto*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis01.pdf>

Silva, M, Cremonese, I, Janeiro, V, Matsuda, L y Silva, S. (2010). *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, montería, 2010*. Recuperado de

<http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/>

Ara, J. (2009). *Adherencia en las enfermedades crónicas*. Recuperado de <https://www.sefh.es/54congresoInfo/documentos/ponencias/1030.pdf>

Ortega, S. (2010). *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, montería, 2010.*

Recuperado de

<http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/1/539502.2010.pdf>

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.* Recuperado de

<http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>

Alfonso, M. (2006). *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente.* Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>

Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa información Farmacoterapéutica de la Comarca INFAC. (2011). *Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas.* Recuperado de

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Santiago de Chile, (2003). *Las personas mayores en américa latina y el caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas.* Recuperado de

<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>

Instituto Nacional de Mujeres, México Gobierno de la Republica, estado unidos mexicanos (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Organización Mundial de la Salud, (SF). *Temas de salud. Enfermedades crónicas*. Recuperado de

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud, (2014). *Prevención de las enfermedades crónicas*. Recuperado de

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html

Duran, A, Valderrama, L, Uribe, A, González A y Molina, J. (2009). *Enfermedad crónica en adultos mayores*. Recuperado de

<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>

Organización Mundial de la Salud, (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Organización de Naciones Unidas, (2014). *La situación demográfica en el mundo*. Recuperado de

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Conci se%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas*. Recuperado de

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html

Arango, V & Ruiz, C, (S..F). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia*. Recuperado de

<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolitic as%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA32 9B4E040080A6C0A5D1C>

Alcaldía de Zipaquirá, (2010). *Perfil epidemiológico de 2010*. Recuperado de

http://zipaquirá-cundinamarca.gov.co/apc-aa-files/33383564656335333966393533336464/PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_ZIPAQUIR A_2010.pdf

Pulido, L. (2016). *¿A qué edad empieza la vejez? El heraldo*. Recuperado de:

<https://www.elheraldo.co/entretenimiento/que-edad-empieza-la-vejez-300011>

Trejos C, 2001. *El viejo en la historia*. Recuperado de

<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/viejo.pdf>

Beratarrechea, A. (2010). *Las enfermedades crónicas (Primera parte)*. Recuperado de

<http://www.foroaps.org/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf>

Gautério, D, Costa, S, Tarouco B, Ilha S, y Calcagno, G. (2014). *Elderly receiving outpatient care: reasons for adherence/ nonadherence to medication*. Recuperado de:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/0104-0707-tce-24-04-01094.pdf>

Duca, M, Gallegos, Y, Col, G, y Noel, M. (2013). *Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia*. Recuperado de:

http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf

Karlsdotter, K. (2011). *Influencia de la renta, la educación, la desigualdad de renta y el capital social en la salud de los mayores de 65 años en España en 2007*. Recuperado de

http://biotic.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-cientificas/2012/03/27/las-personas-con-un-nivel-socioeconomico-alto-y-casadas-tienen-un-mejor-estado-de-salud-2

DANE, (SF). *Metodología de estratificación urbana tipo 1*. Recuperado de:

<https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/estratificacion/Tipo1.pdf>

Huertas, P, Huertas M, Pérez, R, Albalated, M, Sequera, P, Ortega, M, Puerta, M, Corchete, E y Alcázar, R. (2014). *Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica*. Recuperado de:

<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-factores-psicosociales-adherencia-al-tratamiento-farmacologico-pacientes-hemodialisis-cronica-X0211699514054835>

Tapia, J. (2006). *Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten 2005*. (Tesis de grado inédita). Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina escuela de Enfermería, Valdivia, Chile. Recuperado de:

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>

OMS, (2012). *Capítulo 2. Determinantes e inequidades en salud*. Recuperado de:

http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=

Basterra, M, (1999). *El cumplimiento terapéutico*. Recuperado de:

<http://ftcfarmacia.xpg.uol.com.br/arquivos/atencao/coletaneas/cumprimento.pdf>

González, F, Borges, L, Ribera, L, y Rubio, D, (2015). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

DANE, (S.F). *La estratificación socioeconómica en el régimen de los servicios públicos domiciliarios*. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Estratificacion_en_SPD.pdf

Colombia. Congreso de la República. Ley 142 (11 julio del 1994). Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá.

Alfonso, L; Bayarre, & Héctor; (2007) Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista cubana de salud pública*. Recuperado de:

Sánchez, C. (2006) *Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica*. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en063d.pdf>

Ibarra, O, Morillo, R, Rudi, N, Ventura, J & Navarro, H. (2015) *Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del "Día de la Adherencia" del 2013*. Scielo. Recuperado de

http://www.sefh.es/fh/146_fhpdf006.pdf

OMS, (SF). *Prevención de las Enfermedades crónicas: una inversión vital*. Recuperado de

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf

González, J, González, M, Vázquez, J, Galán, S. (2015). *Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. Recuperado de:

<file:///C:/Users/casa/Downloads/11772-41051-1-PB.pdf>

Rincón, M. (2016). *Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Universidad Nacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia. Recuperado de:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/55613/1/1098674553.2016.pdf>

Escobar, C. (2011). *Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida*. Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de:

http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-escobar_c/pdfAmont/cs-escobar_c.pdf

Ministerio de Protección Social, (2007). *Política nacional de envejecimiento y vejez*, Colombia. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Ortiz, M, Ortiz, E, Gatica, A y Gómez, D. (2010). *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Recuperado de:

<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>

Alfonso, M, Grau, J y Espinosa A. (2014). *Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas*. Revista Cubana Salud Pública. 2014;40(2) Recuperado de:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>

Lachaine, J, Yen, L, Beauchemin, C, and Hodgkins, P. (2013). *Medication adherence and persistence in the treatment of Canadian ulcerative colitis patients: analyses with the RAMQ database*. RR. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570329/pdf/1471-230X-13-23.pdf>

Grenard, L, Munjas BA, Adams JL, Suttorp M, Maglione, M, McGlynn EA, & Gellad WF (2011). *Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis*. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533823>