



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA A LA TERAPIA
FARMACOLÓGICA Y FACTORES DEL USUARIO, SU
ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES
AUTOVALENTES POLIMEDICADOS DEL CESFAM FEDERICO
PUGA, CHILLÁN VIEJO, 2011**

AUTORES:

Abarzúa Ibañez Florencia
Jara Royer Katherine
López Sandoval Estefanía
Pardo Zúñiga Daniela

DOCENTE GUÍA:

Molina Escalona Carmen Gloria

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLAN – CHILE
JULIO 2011

AGRADECIMIENTOS

En especial a las personas que contribuyeron directamente con el desarrollo de nuestra investigación.

Sra. Carmen Gloria Molina, Docente guía de la investigación, por su apoyo permanente y su inagotable paciencia.

A los adultos mayores pertenecientes al CESFAM Federico Puga, que con disposición y de forma voluntaria participaron en nuestro estudio.

A las autoridades y funcionarios del CESFAM Los Volcanes, por permitirnos desarrollar nuestra prueba piloto.

A las autoridades y funcionarios del CESFAM Federico Puga por permitirnos desarrollar nuestra investigación.

A las docentes de nuestra Escuela, en especial a la Sra. Juana Cortés y Sra. Patricia Letelier por guiar el diseño de nuestra investigación.

A las funcionarias de la biblioteca, Sra. Nelly Rubilar y Sra. Maritza Leiva, por su incondicional apoyo y disposición.

A la Sr. Miguel Ángel López estadístico guía para el procesamiento de datos durante la investigación.

A la Sra. Soledad Salazar secretaria de Escuela de Enfermería por su excelente disposición y colaboración.

DEDICATORIA

En especial está dedicado a nuestras familias y amigos que durante este proceso nos apoyaron y motivaron incansablemente.

A los futuros investigadores, entregándoles un aporte más para el desarrollo de próximos estudios en el área, cuya finalidad principal sea la búsqueda de salud en las personas y la calidad de vida.

RESUMEN

La adherencia a la terapia farmacológica es una conducta en la cual el usuario participa racionalmente en la toma de decisiones y recomendaciones entregadas por el equipo de salud. Al entenderse como un fenómeno multidimensional, es de gran utilidad determinar los factores que pudiesen asociarse, principalmente en los adultos mayores.

Estudio cuantitativo, de tipo correlacional y corte transversal. Cuyo propósito fue relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con factores del usuario, enfermedad y tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedcados pertenecientes al CESFAM Federico Puga de Chillán Viejo.

El universo constó de 1571 adultos mayores pertenecientes al CESFAM Federico Puga, la muestra fue de 109 adultos mayores seleccionados por medio de muestreo probabilístico aleatorio sistemático. La prueba piloto fue realizada 10 adultos mayores pertenecientes al CESFAM Los Volcanes que cumplían con los criterios. La fundamentación teórica de enfermería se basó en el “Modelo de Sistema Conductual” de Dorothy Johson.

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento elaborado por las autoras que incluyó la Escala de estimación de nivel socioeconómico en Chile de Adimark y el Test de Morisky Green Levine para medir la adherencia a la terapia farmacológica, se aplicó como entrevista estructurada.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 17,0. Las variables fueron asociadas por la prueba Chi cuadrado o el Coeficiente V de Cramer según fuese necesario.

Los resultados obtenidos a través de análisis bivariado no mostraron asociación estadísticamente significativa entre la adherencia a la terapia farmacológica y las variables del usuario, su enfermedad y tratamiento, sin embargo un modelo de regresión logística múltiple indicó relación significativa entre la adherencia a la terapia farmacológica y el nivel socioeconómico, siendo los estratos más vulnerables los que presentaron menos adherencia.

Palabras Claves: Adherencia a la terapia farmacológica, Adulto Mayor, Polifarmacia.

INDICE

RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Presentación y Fundamentación del Problema.....	8
1.1.1 Problema de Investigación.....	8
1.1.2 Fundamentación del Problema.....	8
1.1.3 Importancia para la Profesión.....	10
1.2 Problematización.....	12
1.3 Marco Referencial.....	14
1.3.1 Marco Teórico.....	14
1.3.2 Marco Empírico.....	25
1.4 Propósito de la Investigación.....	28
1.5 Objetivos Generales y Específicos.....	28
1.6 Hipótesis.....	31
1.7 Listado de Variables.....	32
II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1 Tipo de diseño.....	32
2.2 Universo y Muestra.....	32
2.2.1 Universo.....	32
2.2.2 Muestra.....	32
2.2.3 Criterios de inclusión.....	33
2.3 Unidad de Análisis.....	33
2.4 Aspectos Éticos.....	35
2.5 Procedimiento para recolección de datos	35
2.6 Descripción del Instrumento Recolector.....	35
2.7 Prueba Piloto.....	36
2.8 Procesamiento de los Datos.....	37

III. RESULTADOS	
3.1 Análisis de resultados	
3.1.1 Caracterización de la muestra.....	38
3.1.2 Análisis Bivariado.....	40
3.1.3 Análisis Multivariado.....	52
3.2 Discusión de resultados	53
IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	
4.1 Conclusiones.....	57
4.2 Sugerencias.....	60
4.3 Limitaciones.....	61
V. BIBLIOGRAFÍA.....	62
VI. ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La adherencia a la terapia farmacológica es un fenómeno complejo que involucra múltiples factores, entre ellos, los que derivan del paciente, la influencia de su medio psicosocial, familia, comunidad, factores educacionales, su tipo de patología, historia de la enfermedad, ambiente, medicamentos e interacción médico-paciente, entre otros.

La adhesión al régimen terapéutico y en forma específica, a la terapia farmacológica es un problema relevante que debe ser entendido como una necesidad y responsabilidad social (1).

Dicho tema cobra gran importancia en el tratamiento de las enfermedades crónicas, debido a que el incumplimiento de la terapia no solo hace ineficaz el tratamiento prescrito, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, generando grandes pérdidas en lo personal, familiar y social, así mismo, aumenta los costos de la asistencia sanitaria.

Un aspecto a considerar al enfrentar esta problemática, son los cambios demográficos y epidemiológicos que ha experimentado el país, es decir, que han ocurrido cambios significativos en la composición de la morbi-mortalidad por sexo y edades. Si bien en los años 60' las enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, tenían una alta incidencia y se concentraban preferentemente en los menores de 15 años, a comienzo del siglo XXI predominan las causas crónicas, degenerativas, tumores malignos y accidentes, que afectan principalmente a los adultos mayores (2).

Es así como, la prevalencia de enfermedades crónicas, resulta determinante en el aumento de pacientes que deben mantener un régimen terapéutico permanente para controlar su enfermedad. Así mismo, para hacer frente a estas realidades, es importante saber que “en la actualidad el 92,2% de los hombres mayores de 65 y el 93% de las mujeres mayores de 65 años están adscritos a FONASA” (3) por lo que la mayoría de los adultos mayores dependen del sistema público de salud.

Ahora bien, bajo la premisa de que salud y enfermedad no son estados dicotómicos, y considerando que la relación entre profesionales y usuarios debe desenvolverse en un modelo proactivo, que promueva la participación de los pacientes en la toma de decisiones respecto a las prácticas terapéuticas y reconociendo el rol protagonista que desempeña el usuario y su familias en el manejo y control de los problemas, cabe preguntarse cuáles son los factores que se relacionan con la adherencia a la terapia farmacológica y cuál es el rol de los profesionales de enfermería en dicho proceso. Se plantea así un reto para los equipos de profesionales, con el fin de ofrecer a los pacientes prácticas eficaces basadas en pruebas fehacientes, que favorezcan la recuperación o mantención de la salud, a través del logro de la adherencia a la terapia farmacológica, que involucre no sólo el acceso y disponibilidad de insumos sino que la comprensión de este.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Problema de la investigación

¿Qué relación existirá entre la adherencia a la terapia farmacológica y los factores del usuario, su enfermedad y tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?

1.1.2 Fundamentación del problema

Tanto a nivel mundial como nacional se ha desarrollado una transición demográfica y epidemiológica importante, caracterizada por el envejecimiento de la población y el cambio de las enfermedades que la aquejan. Estudios del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), concluyen que en 1960 las personas mayores de 60 años correspondían al 6,8 % de la población, mientras que en 1992 este porcentaje aumento a un 9,8%, alcanzando esta cifra en el año 2002 un valor de 11,4%. Según estimaciones del mismo organismo, para el año 2050 el porcentaje de personas mayores de 60 años, alcanzará el 28,2%. En base a dicha tendencia cuantitativa, es que la Organización de las Naciones Unidas, ONU, considera a Chile como un país demográficamente envejecido (4).

El aumento en el número de personas mayores de 60 años se debe, entre otros factores, al incremento de la esperanza de vida, los avances médicos y tecnológicos existentes, la disminución de la tasa de natalidad en nuestro país, las consiguientes repercusiones en las políticas de salud existentes y los cambios asociados a éstas.

El envejecimiento es un proceso natural dentro del ciclo vital del ser humano, que conlleva una serie de cambios que, habitualmente, hacen necesario que el adulto mayor deba consultar en forma frecuente respecto a su salud, realizar ajustes a su plan terapéutico y así alcanzar el “estado de completo bienestar físico, psíquico y social.” Definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1994 al concepto de salud.

Es necesario considerar que los adultos mayores habitualmente presentan más de una enfermedad, por lo que su terapia farmacológica incluye el consumo de varios medicamentos al día, lo que es conocido como polifarmacia. Dicho fenómeno aumenta el riesgo de las reacciones adversas a los medicamentos, y a la vez, las interacciones entre ellos podrían disminuir o aumentar los efectos deseados, influyendo en el cumplimiento de la terapia (5). Otro factor a considerar, es la influencia de la automedicación como agente de incumplimiento de la terapia farmacológica. Es sabido que, para lograr la máxima eficacia en un tratamiento medicamentoso se requiere una indicación, administración y seguimiento adecuado. Sin embargo, el cumplimiento de éstos tres aspectos podrían verse seriamente comprometidos en adultos mayores, debido no sólo a la polifarmacia y las limitaciones inherentes a ésta etapa de la vida, sino que a las modificaciones fisiológicas y metabólicas de las personas mayores, que contribuyen a aumentar el riesgo de intoxicaciones y efectos adversos que podrían llevar al incumplimiento o abandono del tratamiento.

La no-adherencia es un problema real que conduce a la pérdida del control de la enfermedad, lo que conlleva altos costos, tanto en el sistema de salud, por incremento en ingresos y readmisiones hospitalarias, como también costos familiares debido a la pérdida de calidad de vida.

Por lo mencionado anteriormente, es de gran utilidad determinar los factores relacionados con el cumplimiento de la terapia farmacológica en el adulto mayor, a fin de realizar ajustes a las consejerías e indicaciones desarrolladas por los profesionales de enfermería, lo que beneficia la adherencia a la terapia farmacológica y calidad de vida del paciente.

1.1.3 Importancia para la profesión.

La adherencia a la terapia farmacológica debe ser entendida como un fenómeno multidimensional sobre el cual influyen diversos factores, siendo una conducta en la que el paciente participa racionalmente en la toma de decisiones y recomendaciones dadas por el equipo de salud para tratar su enfermedad.

En este contexto, el desempeño del profesional de enfermería, amparado en la filosofía de responsabilidad y los principios bioéticos, se encargará de la gestión de los cuidados, contribuyendo así, a que el hombre obtenga bienestar en forma integral, es decir, en su dimensión física, mental, emocional, social y espiritual.

La función de los profesionales de enfermería será intervenir para que los usuarios, no tan sólo entiendan, si no que adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida, beneficiosas para su salud, entendiendo que la atención debe ser un proceso continuo, centrado en el cuidado integral de los individuos y sus familias. Además, como parte del equipo de atención, el profesional debe impulsar estrategias de intervención que se orienten a la obtención de objetivos terapéuticos mediante el diseño o desarrollo de planes ajustados a las características personales de los usuarios, familias o comunidades, bajo el marco conceptual de la Reforma de la Salud, que ha introducido cambios progresivos en el Sistema de Salud Chileno, que en esencia, reconocen el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa.

Si bien el énfasis del nuevo modelo de atención es la promoción de estilos de vida saludables, el fomento de la acción multisectorial y el fortalecimiento de la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud, éste modelo también propone que, en caso de enfermar, las personas deben ser atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, controlando su avance y evitando su progresión a fases de mayor daño y tratamientos más complejos. Una de las herramientas más importantes para el logro de dicho objetivo, es el plan terapéutico, que relaciona la terapia farmacológica y la no farmacológica. Actualmente, la falta de adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas representan un grave problema de salud a nivel mundial, implicando un aumento en los costos de cuidados en salud, reingresos hospitalarios y

descompensaciones en pacientes crónicos principalmente adultos mayores, por lo que, para obtener los resultados esperados será fundamental lograr que el usuario se adhiera al tratamiento. De igual forma, los profesionales de salud deberán tener presente una serie de premisas que facilitarán la comprensión y percepción de su importancia, considerando que la adherencia es un proceso dinámico que requiere seguimiento y que, al lograr mejorar la efectividad de las intervenciones en adherencia se puede alcanzar un impacto mayor en la salud de la población.

La adherencia es un indicador importante de la efectividad del sistema de salud que debe evolucionar para enfrentar el reto que implica el aumento de la esperanza de vida y la alta prevalencia de enfermedades crónicas.

El profesional de enfermería debe tener presente que las barreras entre salud y enfermedad no son claras, la salud no es un producto ni un estado; sino un proceso multidimensional, en el que permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales.

El proceso salud-enfermedad, necesariamente debe traducirse en la búsqueda de respuestas innovadoras e integrales, tanto desde el individuo y su familia, como desde el equipo de salud.

1.2 PROBLEMATIZACIÓN

¿Qué relación existe entre la adherencia a la terapia farmacológica y los factores del usuario, su enfermedad y tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?

1. ¿Se relaciona la edad con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
2. ¿Se relaciona el sexo con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
3. ¿Se relaciona la escolaridad con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
4. ¿Se relaciona el nivel socioeconómico con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
5. ¿Se relaciona la creencia religiosa con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
6. ¿Se relaciona la cohabitación con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
7. ¿Se relaciona la limitación auditiva con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
8. ¿Se relaciona el nivel de memoria con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
9. ¿Se relaciona el nivel de autovalencia con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?

10. ¿Se relaciona la cantidad de medicamentos consumidos al día con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
11. ¿Se relacionan los efectos adversos de los medicamentos con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?
12. ¿Se relaciona la asistencia a controles con la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga?

1.3 MARCO REFERENCIAL

1.3.1 Marco Teórico

“Chile ha tenido uno de los más notables procesos de transición demográfica y epidemiológica de América Latina” (6). Dicho fenómeno es atribuible no sólo al control de enfermedades infecciosas, sino también a los cambios en el estilo de vida de la población, relacionados profundamente con las condiciones socio-económicas y culturales, destacando factores como el crecimiento económico, la mejora de las condiciones de saneamiento, la urbanización y la globalización que han modificado el modo de vivir de los chilenos y, por ende, la epidemiología de las enfermedades que les aquejan.

Uno de los indicadores biodemográficos más importantes, es el acelerado incremento de la población adulto mayor del país. Según el último informe demográfico entregado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (año 2010), “la población adulto mayor de Chile es de 1.550.000 habitantes lo que corresponde a un 9,1% de la población total” (7). En base a ésta tendencia cuantitativa, la Organización de las Naciones Unidas considera a Chile como un país demográficamente envejecido. Dicho fenómeno es similar en América Latina y el mundo, en donde además es necesario que los profesionales del área de la salud consideren las particularidades sociales, culturales y médicas de cada región geográfica, las cuales determinan los estilos de vida y nivel de salud en las distintas etapas del ciclo vital.

“El proceso de envejecimiento comienza en el ser humano desde el momento de nacer; ésta condición se manifiesta a lo largo de la vida por una serie de cambios físicos, psicológicos, sociales y mentales” (8). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta serie de cambios se representan en la “Teoría del Curso de la Vida” de Kalache y Kickbush, que divide el ciclo vital en tres períodos continuos, el período de aprendizaje, crecimiento y desarrollo; período de máximo potencial y mayor funcionalidad y finalmente el período de ancianidad. El concepto de adulto mayor surge para denominar a aquellos individuos que dentro de su

ciclo vital se encuentran en el período de ancianidad. La OMS define como adulto mayor a toda persona de 60 años o más, sin importar su sexo.

“Los adultos mayores presentan una serie de cambios naturales que conllevan a una disminución de los procesos y funciones del organismo, lo que precipita la aparición de patologías crónicas y degenerativas, que requieren de tratamientos farmacológicos y de apoyo para evitar disminuir el nivel de salud. Además, los cambios propios del envejecimiento también se deben considerar al establecer el régimen terapéutico, debido a la serie de modificaciones en la farmacodinamia propia del adulto mayor” (9). Para enfrentar los desafíos derivados de la transición demográfica y el envejecimiento poblacional del país, el estado de Chile ha puesto en marcha estrategias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, a través de la implementación de programas de salud y de apoyo social, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad hacia condiciones de riesgo, teniendo asimismo en Chile, bajo el régimen de Garantías Explicitas de Salud (GES), acceso a un diagnóstico preciso y certero.

Ahora bien, las enfermedades crónicas han sido definidas por el Center for Disease Control de Atlanta (CDC) como las "enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo" (10). Estas constituyen un problema de salud creciente a nivel mundial y nacional, siendo actualmente la principal causa de morbilidad en nuestro país.

En Chile, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNTS) producen más del 50% de las defunciones, “son una importante causa de muerte prematura y morbilidad con una tendencia creciente, existe capacidad limitada del sistema de salud para abordarlas y generan altos costos para la sociedad y el sector salud.” (11). Es común en los adultos mayores, la pluripatología e incremento del número de problemas de salud, de hecho “se ha estimado que cerca de un 61% de los hombres y 65% de las mujeres mayores de 60 años de edad, sufren de dos o más enfermedades, influyendo en la funcionalidad y calidad de vida” (12). Dicha situación, conlleva a desarrollar múltiples síntomas, consultas a diferentes

especialistas y acúmulo de tratamientos, a veces sólo sintomáticos, siendo uno de los principales factores causantes de lo que en la actualidad se conoce como polifarmacia en el anciano, la que se define como “el uso de dos o más drogas durante un mínimo de 240 días del año y polifarmacia mayor, más de 5 drogas, durante el mismo periodo de tiempo” (13) ya sea por medicamentos prescritos, automedicados, por uso de medicamentos indicados mayor que los clínicamente justificados, o que todos los medicamentos recetados sean clínicamente los indicados.

Cabe destacar que la conducta terapéutica, como estrategia en el control de las enfermedades, implica el seguimiento de una terapia farmacológica y no farmacológica, siendo los fármacos una de las principales herramientas que posee la medicina. Su inmenso impacto en el control de las enfermedades, fruto de la investigación de siglos, hace de ellos, también en Geriatría, un elemento central de la terapéutica. Sin embargo, las particularidades médicas y sociales que presentan las personas mayores, obligan al uso racional y óptima utilización de los tratamientos por parte del usuario. Es así como surge la problemática de la adherencia al tratamiento, definida como la “implicación activa y voluntaria del consultante en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (14). En salud, se prefiere el uso del término adherencia, en lugar a cumplimiento terapéutico, debido a que este último, definido como “la coincidencia de la conducta del consultante con la prescripción médica” (15), se refiere a una obligación que no contempla factores propios del paciente, implicando una relación paternalista entre el usuario y el profesional de salud, esperando solo obediencia del consultante, sin considerar sus opiniones o expectativas. La adherencia, por su parte, se basa en la participación activa del usuario en la toma de decisiones, aceptando y comprometiéndose con el plan terapéutico y realizando cambios de conducta, transformándose así en un agente activo en el mantenimiento y cuidado de su salud. La adherencia a la terapia farmacológica, incluirá la capacidad del usuario para tomar los medicamentos en la dosis, horario y vía prescrita, determinando así la efectividad del tratamiento,

implicando que el usuario adquiriera el medicamento, inicie el tratamiento, lo mantenga y siga según prescripción.

Como sinónimo de adherencia, igualmente se ha utilizado el concepto de concordancia, basado en la noción que el trabajo del prescriptor y paciente en la consulta es una negociación entre iguales y que por esto, el objetivo es una alianza terapéutica entre ellos, la cual puede incluir un acuerdo (16).

La adhesión a los tratamientos en las enfermedades, se ha descrito como un fenómeno complejo, que está lejos de ser resuelto, “no más del 50% de los pacientes hipertensos mantienen el tratamiento indicado y de éstos, un tercio lo aplican incorrectamente, impidiendo así que se produzca el efecto esperado. Por lo tanto, el problema actual no radica en la eficacia ni en la disponibilidad de los medicamentos, sino más bien en la escasa adherencia a estos” (17), lo que se ha abordado desde distintas perspectivas, describiéndose numerosos factores asociados.

Para determinar el grado de adherencia a la terapia, se han elaborado métodos directos e indirectos. Los métodos directos contemplan exámenes para determinar metabolitos de medicamentos en la sangre del paciente, lo que aporta una medida objetiva y real de la adherencia a la terapia. En cambio, los métodos indirectos incluyen test para que el paciente relate su adherencia al tratamiento, algunos ejemplos de estos son: el Test de Batalla, Test de Morisky-Green, Test de Haynes-Sackett o Cumplimiento Autocomunicado (18). Así mismo, se han explicitado las razones de los usuarios para el incumplimiento intencional y no intencional del tratamiento, resumidos en la tabla que a continuación se presenta (12).

Motivos en Incumplimiento intencional
Efectos negativos que provocan los medicamentos.
Posibles conflictos que aparecen con el estilo de vida del paciente.
Desconfianza o falta de fe en el sistema sanitario.
Ajuste de la dosis del tratamiento prescrito o indicado.

Motivos en incumplimiento no intencional
Falta de conocimiento o información sobre el tratamiento.
Régimen terapéutico demasiado complejo.
Fallos de memoria a la hora de tomar los medicamentos.
Incapacidad para autoadministrarse los medicamentos.
Dificultades con el envase.

Por esta razón, es trascendental conocer los factores que se relacionan con la adherencia a la terapia o con su incumplimiento, que por motivos de este estudio se han resumido en 3 categorías:

1.- Factores del usuario: inicialmente, la adherencia a la terapia farmacológica se relacionaba con factores sociodemográficos simples como la edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y creencia religiosa. A partir de dicha premisa se debe considerar que la edad es un factor fundamental en la adherencia a la terapia, “a medida que aumenta la edad, se incrementa el riesgo de incumplimiento de las indicaciones médicas. Esto se debe a un descenso de la capacidad cognitiva que puede afectar el grado de asimilación de las indicaciones médicas” (19). Sin embargo, las personas mayores tienen un mayor grado de conciencia de la importancia del cumplimiento de su terapia, por lo que tienden a presentar mayor motivación en el seguimiento de esta.

En relación al sexo, en la población adulto mayor de Chile, predomina el sexo femenino presentando dicha condición una mayor expectativa de vida, la cual se estima en 81, 5 años en mujeres y 75,4 en hombres (20). Igualmente, en la actualidad, se evidencia una marcada inequidad social ligada a las mujeres, esto radica en el menor grado de escolaridad e ingresos, lo que se traduce en vulnerabilidad.

Otro factor socio-demográfico relevante es la escolaridad que presenta la población adulto mayor. Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) indican que “un 87% de la población mayor sabe leer y escribir, proporción

significativamente más alta en hombres, quienes presentan mayor cantidad de años de estudios aprobados” (20). El grado de instrucción que actualmente tienen los adultos mayores se relaciona con las políticas y costumbres desarrolladas en el pasado, siendo este un factor protector de la salud que facilita la comunicación entre el paciente y el profesional de salud, evidenciado en una mejor comprensión de las indicaciones y mayor adherencia a las terapias prescritas (21).

El Nivel Socioeconómico (NSE) de la población chilena se clasifica según Adimark en 5 estratos, ABC1 (Alto-Muy Alto), C2 (Medio Alto), C3 (Medio), D (Medio Bajo), y E (Bajo); concentrándose principalmente en el estrato D o medio bajo con un 34,8 % de la población total según el mapa socioeconómico de Chile realizado por la misma organización, basado en los datos del censo del año 2002. Esta tendencia nacional concuerda con las cifras regionales correspondientes al 33,4 % equivalente a 1.442.228 hogares chilenos, con ingresos promedios de \$300.000, siendo las comunas más representativas de este segmento Recoleta, Conchalí, Curicó y Chillán (22).

En relación a la creencia religiosa, ésta podría actuar como un determinante en la adhesión a la terapia farmacológica, a pesar que no existen estudios previos que así lo demuestren. Su relevancia radica en que “el 98% de los adultos mayores posee algún tipo de creencia religiosa, mientras que el 81% la utiliza como recurso al momento de padecer una enfermedad” (23).

Respecto a la cohabitación, comúnmente al llegar a edades avanzadas, el grupo social se reduce debido a la muerte de amigos y alejamiento de personas con las que se convive, aislándose igualmente de las redes sociales externas, lo que los conduce a vivir solos. Por esta razón, es primordial promover la adaptación, considerando aspectos relevantes que favorezcan su independencia (24). Cuando el individuo no es capaz de cuidar de sí mismo, la familia se constituye como el primer recurso, en ocasiones son los hijos adultos los que cuidan a sus padres; en los casos en que no hay hijos, los matrimonios se cuidan entre sí o bien los amigos u otros núcleos no siempre con lazos consanguíneos, se convierten en cuidadores.

2.- Características de la enfermedad, una de las alteraciones más frecuentes en la vejez es la limitación auditiva, definida según la OMS como la falta o disminución en la capacidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del aparato auditivo. Dichos problemas aumentan con la edad; más del 30% de los mayores de 65 años presentan una pérdida auditiva demostrable por audiograma. La limitación auditiva más frecuente es la presbiacusia, definida como la pérdida de audición producida por el envejecimiento natural (25).

Otro aspecto a considerar en la adherencia a la terapia farmacológica en el adulto mayor es el nivel de memoria, siendo frecuentes los reportes sobre disminución de dicha capacidad. “Cerca del 70% de los ancianos, de 70 años o más, refiere deterioro en la capacidad de memoria. Entre los sujetos que consultan espontáneamente por pérdida de memoria, el 60% tiene un rendimiento normal en la evaluación neuropsicológica. Del 40% restante, un 20% presenta un deterioro leve de memoria asociado a trastornos de ansiedad o depresión y sólo un 20% de los adultos mayores consultantes presenta un deterioro cognitivo real en su mayoría causado por la enfermedad de Alzheimer” (26). Además, el déficit en el nivel de memoria afecta la asimilación y comprensión de las indicaciones médicas que, en la mayoría de los casos conlleva a errores en la administración por olvido y abandono de la terapia debido a la falta de comprensión sobre dosis y horarios (19).

El nivel de autovalencia también debe ser estudiado en la adherencia a la terapia farmacológica en adultos mayores, actuando como un factor predictor de la calidad de vida. La autonomía funcional se define como la “capacidad del adulto mayor para realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir que le permitan mantenerse activo y funcionar en forma independiente y autónoma” (27). La relación entre autovalencia y adherencia a la terapia farmacológica, está determinada por el autocuidado que desarrollan las personas mayores, la cual se asocia a una mejor práctica de las terapias prescritas (28). Por esta razón, las personas mayores autovalentes presentan mayor adherencia a terapias farmacológicas y no farmacológicas, en relación a adultos mayores frágiles o dependientes, los cuales requieren de un cuidador que los asesore en el

cumplimiento de su tratamiento. Su evaluación se realiza a través del Examen de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) cuyo objetivo es discriminar entre personas adultas mayores autovalentes y dependientes (29). El método consiste en la “aplicación de la Parte A del EFAM que evalúa las 4 áreas siguientes: Actividades instrumentales de la vida diaria: capacidad para ducharse o bañarse, manejar dinero, tomar sus medicamentos, preparar la comida, hacer las tareas de la casa; Función cognitiva: aplicación del Minimental Abreviado; Escolaridad y años de vida cumplidos; Evaluación funcional del sistema músculoesquelético: tren superior e inferior. Sumar el puntaje y referir a aquellas personas dependientes, puntaje igual o menor a 42.” (29). Su aplicación es anual, siendo el profesional responsable, un miembro del equipo de salud debidamente capacitado.

3.- Características de la terapia farmacológica: contempla factores como la cantidad de medicamentos consumidos al día, existiendo una relación inversamente proporcional entre la adhesión a la terapia farmacológica y la cantidad de medicamentos consumidos al día y su posología, especificando que existe mayor incumplimiento en la polifarmacia (30).

Respecto a la relación entre los efectos adversos de los medicamentos y la adherencia a la terapia farmacológica de los adultos mayores, se señala que ante el riesgo de efectos adversos a las drogas, los usuarios tienden al abandono de los tratamientos.(30).Se debe considerar que la polifarmacia aumenta el riesgo de las reacciones adversas de los medicamentos, elevando el riesgo de interacciones, lo que podría disminuir o aumentar los efectos deseados, contribuyendo al cumplimiento inadecuado del tratamiento (30).

Finalmente, en relación a la asistencia a controles como factor relacionado con las características de la estructura sanitaria, se concluye que los cambios del equipo médico y profesionales a los que consulta el usuario, junto con las dificultades de acceso al sistema, influyen negativamente en la adherencia a la terapia.

Ahora bien, la adhesión a la terapia farmacológica constituye un fenómeno que no admite ser analizado aislándolo de su contexto social. La enfermería como ciencia y filosofía, permite utilizar conceptos con el fin de obtener una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo relaciones entre estos pudiendo así describir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. Por esta razón es fundamental el uso de una teoría de enfermería, que oriente la comprensión contextual de los fenómenos.

El “Modelo de Sistema Conductual” de Dorothy Johnson, se basa en una visión del individuo como sistema abierto, que se encuentra en constante adaptación con su entorno y responde a estímulos provenientes de éste a través de su comportamiento, lo cual se traduce en una estrecha relación entre el conjunto de conductas, su entorno y el nivel de salud o enfermedad que presenta. Los fundamentos en los cuales está basado este modelo, permiten al profesional de enfermería intervenir en el individuo a través de acciones tanto preventivas como recuperativas de la salud, identificando aquellas conductas o características que se asocian con la adherencia a la terapia farmacológica en el adulto mayor, lo cual ofrece una guía en el proceso de enfermería hacia la solución del problema de salud, enfocando las intervenciones hacia la disminución de los factores que intervienen en el bienestar del individuo a través de la entrega de refuerzos y recursos para favorecer los factores protectores de la salud.

Los fundamentos del modelo de Sistema Conductual, definen a la persona como un sistema compuesto por un conjunto de partes independientes, que interactúan y determinan su conducta. Cuando las partes que lo componen pierden el equilibrio, se deteriora la adaptación al entorno, surgiendo la enfermedad, siendo necesario que el individuo disponga una cantidad mayor de energía a la habitual para restablecer el equilibrio de su sistema conductual, y de este modo, recuperar su salud. Es durante este proceso cuando el rol del profesional de enfermería es trascendental, el cual, basándose en la teoría, debe contribuir a facilitar un funcionamiento conductual eficaz en el usuario antes, durante y después del proceso de enfermedad a través del aporte de mecanismos

reguladores o recursos para enfrentar las situaciones de estrés que pudiese vivir durante el transcurso de la vida.

Se deben estudiar los conceptos básicos de Modelo del Sistema Conductual, que incluirán:

- **Persona:** es un sistema conductual resultante de procesos intraorgánicos coordinados como respuesta a estímulos sensoriales. La conducta de la persona es influida estrechamente por el contacto con seres sociales durante el proceso de adaptación con su entorno.
- **Sistema conductual:** está formado por distintos modos de conducta definidos y repetitivos, que determinan la interacción de la persona con su entorno y que a su vez, ayuda a predecir la conducta de una persona frente a un determinado estímulo. El sistema conductual está compuesto por 7 subsistemas abiertos: afiliación, dependencia, ingestión, eliminación, sexual, realización, y agresión / protección.
- **Equilibrio:** estado de reposo estable y transitorio, durante el cual el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con todo el entorno. Se manifiesta cuando el individuo demuestra constancia en sus patrones de funcionamiento interno e interpersonal.
- **Tensión:** es un período en el cual el individuo desarrolla grandes esfuerzos a causa de una alteración en el equilibrio de su sistema.
- **Elemento estresante:** son los estímulos externos o internos que provocan tensión y una cierta desestabilización del sistema. Pueden ser de tipos positivos (favorecen la adaptación) o negativos (propician desequilibrios en el sistema).
- **Enfermería:** es una fuerza de actuación externa para organizar la conducta del paciente a través de mecanismos reguladores o proporcionando recursos en situaciones de estrés.
- **Salud:** es un estado dinámico difícil de alcanzar, que es influido por factores físicos, psicológicos y sociales. En esta teoría, la salud se ve reflejada por el funcionamiento equilibrado de los subsistemas que componen el sistema conductual. Por esta razón cuando hay un desequilibrio entre los subsistemas,

surge la enfermedad, y es necesario que el individuo utilice energía para recobrar el funcionamiento óptimo de sus partes.

- Entorno: corresponde a todos los factores que no son parte del sistema conductual del individuo, pero que influye en él. Algunos pueden ser manipulados por la enfermera para conseguir el estado óptimo de salud en el paciente (31).

1.3.2 Marco Empírico

L.C Fernández Lisón. et al., en su estudio “Errores de medicación, incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados”, España, 2006, refiere que el porcentaje de adultos mayores no cumplidores corresponde al 44%, estimando a la vez la adherencia en un 56%. En su mismo estudio indica que dentro del rango etario correspondiente a la condición de adulto mayor, las edades comprendidas entre los 75 y 84 años, presentan un mayor grado de adherencia a la terapia farmacológica (32).

Sara Mendoza P .et al., en su estudio “Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos”, realizado en Concepción, Chile en el año 2006, investigó la relación entre cumplimiento terapéutico y 24 factores de tipo socio-demográficos y de salud, obteniéndose en sus resultados que el 78,4% de la población estudiada no cumplía con terapia farmacológica prescrita. Al analizar los factores determinantes de dicho incumplimiento, se obtuvo un perfil de población en donde predominaba el sexo femenino y un nivel educacional bajo (30).

César Martínez Querol .et al., en su estudio “Polifarmacia en los adultos mayores” realizado en Cuba en el año 2005 y publicado en la revista cubana “Med Gen Integral”, describe que los factores económicos, son aspectos fundamentales en la población geriátrica, la cual es el segmento con menos ingresos económicos y con mayores gastos en salud y medicamentos, lo que puede influir negativamente en la adhesión al tratamiento (33). Finalmente Jon J. Vlasnik .et al., en el año 2005, describen que “la pobre adherencia involucra al paciente y el bajo estatus socioeconómico” (34).

Otro factor relacionado con la adherencia a la terapia farmacológica es la creencia religiosa estudiada por Carlos Reyes Ortiz en su publicación “Importancia de la religión en los ancianos” realizada en México en 1998, señala que las orientaciones religiosas se relacionan con el nivel salud en los ancianos a través del efecto positivo en la calidad de vida disminuyendo los niveles de estrés, depresión y ansiedad hacia la muerte. El autor agrega que la religión representa

un factor protector en el aspecto social y emocional de las personas mayores, al propiciar instancias de sociabilización, comunicación y catarsis. Cabe mencionar que el enfoque holístico utilizado en la atención en salud, tanto en el área médica, como de enfermería, incluye a la religión como un factor a considerar al momento de abordar a un paciente. Esto se debe a que la religiosidad promueve conductas positivas para la salud y estilos de vida saludables, lo cual se manifiesta en un mayor interés por la vida, mejor recepción de consejerías y apoyo terapéutico (23).

Ahora bien, Germán Enrique Silva .et al., en su investigación “Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia”, realizada en Colombia, el año 2005, afirma que la adherencia a la terapia farmacológica frecuentemente falla en pacientes que viven solos (en su mayoría mujeres). Asimismo menciona que la no adherencia a la terapia farmacológica puede estar influida por algún tipo de limitación auditiva, la cual puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas (35).

En el estudio “Adherencia al tratamiento en el anciano”, realizado por Palop Larrea V y Martínez Mir I en el año 2003, Uruguay, se obtuvo entre sus resultados que factores como la disminución del nivel de memoria y el deterioro funcional, condicionan la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores (19). Así mismo, Benjamin Schüza .et al., en su estudio “Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses” realizado en Berlín, Alemania en el año 2010, explicitan que la mala adherencia no intencional implica que la persona no tome la medicina que le fue prescrita debido a factores que están fuera de su control, en las personas mayores multimorbidas, uno de esos factores podría ser el olvido (12).

YB Saab, Hachem A y S Simo en Líbano entre el año 2004 y 2005 en su estudio “Uso inapropiado de medicamentos en pacientes ambulatorios adultos mayores libaneses: Prevalencia y factores de riesgo”, concluye que a mayor número de medicamentos, mayor es el riesgo de no cumplir con la adherencia (36). Así mismo Rafael Tuesca-Molin .et al., en su estudio “Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años” realizado en España el año 2006 publica que el incumplimiento terapéutico en ancianos se relaciona

con la ingesta de múltiples fármacos. Las razones para argumentar esta situación sugieren que tomar más de 3 medicamentos al día y el olvido repercuten en un peor cumplimiento (37). Finalmente Benjamin Schüza, en julio del año 2010, describe que con un creciente número de condiciones, el número de medicinas y la complejidad de los régimen terapéuticos pueden contribuir a la no adherencia. Otros estudios han mostrado que el incremento del número o prescripciones médicas de dos o más fármacos trae menos problemas que el de cuatro o cinco (12).

El estudio de tipo trasversal desarrollado el año 2007 en China, por Lam PW, Lum CM y Leung MF sobre “Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes geriátricos de Hong Kong, China”, fue posible evidenciar en sus resultados que la percepción de efectos adversos de los medicamentos en el paciente influye de forma inversamente proporcional en la adherencia al tratamiento (38).

Finalmente, Guillausseau, en su investigación “Influence of oral antidiabetic drugs compliance on metabolic control in type 2 diabetes”, realizado en Francia en el año 2003, afirma que la revisión periódica de la medicación y la continuidad en la provisión de cuidados en los ancianos, influyen positivamente en la adhesión a la terapia farmacológica (39). De igual forma Maggi Banning, en su estudio “Revisión de intervenciones usadas para mejorar la adherencia a la medicación en personas mayores en el año 2009” realizado en Reino Unido, describe que entre los factores atribuibles a la adherencia se encuentra la deficiente relación con el proveedor de cuidados de salud y la deficiente comunicación entre prescriptor y paciente (40).

1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con los factores del usuario, su enfermedad y tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL NÚMERO 1:

Conocer la adherencia a la terapia farmacológica y las características del usuario, enfermedad y tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la adhesión a la terapia farmacológica en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Identificar la edad, el sexo, la escolaridad, el nivel socioeconómico, la creencia religiosa y cohabitación de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Identificar la presencia de limitación auditiva, nivel de memoria, y nivel de autovalencia de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Determinar el número de medicamentos consumidos al día, la presencia de efectos adversos de los medicamentos y la asistencia a controles de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

OBJETIVO GENERAL NÚMERO 2:

Asociar la adherencia a la terapia farmacológica con los factores de los usuarios adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con la edad de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con el sexo de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con la escolaridad de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con el nivel socioeconómico de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con la creencia religiosa de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con la cohabitación de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

OBJETIVO GENERAL NÚMERO 3:

Asociar la adherencia a la terapia farmacológica con los factores de la enfermedad de los usuarios adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con la presencia de limitación auditiva de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con el nivel de memoria de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con el nivel de autovalencia de los adultos mayores autovalentes polimedicado del CESFAM Federico Puga.

OBJETIVO GENERAL NÚMERO 4:

Asociar la adherencia a la terapia farmacológica con los factores del tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con la cantidad de medicamentos consumidos al día en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con los efectos adversos de los medicamentos en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.
- Relacionar la adherencia a la terapia farmacológica con la asistencia a controles en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

1.6 HIPÓTESIS

La adherencia a la terapia farmacológica se relaciona con los factores del usuario, de la enfermedad y del tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

1.7 LISTADO DE VARIABLES

1.- Variable dependiente

1.1 Adherencia a la terapia farmacológica.

2.- Variables independientes

VARIABLES RELACIONADAS AL USUARIO	Edad Sexo Escolaridad Nivel socioeconómico Creencia religiosa Cohabitación
VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD	Limitación auditiva.
VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO	Nivel de memoria Nivel de autovalencia. Cantidad de medicamentos consumidos al día Efectos adversos de los medicamentos.
	Asistencia a controles.

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio cuantitativo, de tipo correlacional y corte transversal.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

2.2.1 Universo

Conformado por 1571 adultos mayores inscritos en el Centro de Salud Familiar Federico Puga, Chillán Viejo, Chile, registrados a Diciembre del 2010 (41).

2.2.2 Muestra

Se calculó una muestra de 109 adultos mayores, considerando un 95% de confianza, un error muestral del 9% y una proporción del 56% de adherencia a la terapia farmacológica (32). Al mismo tiempo, con el fin de asegurar una suficiente muestra en el caso de pérdidas durante la recolección de datos, se valoró un 20% por sobre el cálculo inicial ($n \times 1,20$).

$$n \geq \frac{z^2 \cdot N \cdot p(1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p(1-p)}, \text{ reemplazando, se tiene:}$$

$$n \geq \frac{1,96^2 \cdot 1571 \cdot 0,56(1-0,56)}{0,09^2 \cdot (1571-1) + 1,96^2 \cdot 0,56(1-0,56)} = 108,83 \approx 109$$

Los sujetos de estudio fueron seleccionados por medio de un muestreo probabilístico aleatorio sistemático sin reposición cada 15 individuos en registro de realización de EFAM.

2.2.3 Criterios de inclusión

Se consideró como sujeto de estudio a aquel adulto mayor que cumpliera con los siguientes criterios:

- Sujetos de ambos sexos.
- Mayor de 65 años de edad.
- Con un nivel de autovalencia según EFAM mayor o igual a 43 puntos.
- Cuya terapia farmacológica incluya 3 o más medicamentos.
- Perteneciente al área urbana de la comuna.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Adulto mayor inscrito en el CESFAM Federico Puga.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó autorización por escrito a la Directora del CESFAM Federico Puga, con copia a la Enfermera Coordinadora del CESFAM, mediante carta firmada por la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, indicando el propósito y las actividades a realizar para el desarrollo del estudio.

Una vez autorizada la aplicación de los instrumentos a los adultos mayores inscritos en el CESFAM, a cada sujeto seleccionado aleatoriamente se le informó del objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación, anonimato y garantía de confidencialidad de los datos aportados. Luego de haber comprendido y aceptado participar en este estudio, se solicitó su firma o huella dactilar, si fuese necesario.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisó el libro de registro de EFAM del establecimiento y se seleccionó aleatoriamente al sujeto de estudio. Una vez seleccionado, se recolectó el nivel de memoria y nivel funcionalidad del usuario, además de la dirección para realizar las visitas domiciliarias. Posteriormente, se ordenaron las direcciones según proximidad geográfica con objeto de planificar las visitas. Una vez ubicado el domicilio, se verificó la existencia del usuario y con ello el inicio de la entrevista con la lectura del protocolo de consentimiento informado y aplicación del instrumento de aquellas personas que hayan aceptado participar del estudio guiado por la investigadora a cargo de la visita.

2.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

El instrumento recolector constó de 21 ítems, agrupados en cuatro dimensiones, denominadas Antecedentes personales y Sociodemográficos, Antecedentes de Salud del Usuario, Antecedentes de la Terapia Farmacológica y Adherencia la Terapia Farmacológica.

La dimensión Antecedentes Personales y Sociodemográficos fue constituida por 7 ítems de respuesta cerrada (dicotómicas y politómicas) que recogió información de: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, años cursados en educación formal, creencia religiosa y cohabitación. Se adicionó a esta dimensión la Escala de Estimación del Nivel Socioeconómico por hogar en Chile, diseñada por ADIMARK, que concluyó que dos variables permiten estimar adecuadamente el N.S.E de un hogar “nivel de educación jefe de hogar” y “tenencia de un conjunto de bienes”, respondiendo al concepto tradicional de nivel socioeconómico, la validación de éste en Chile se realizó mediante análisis multivariado y comprobación en terreno (22).

La dimensión Antecedentes de Salud del Usuario fue compuesta por 4 ítems, de los cuales 2 fueron extraídas de la ficha clínica del usuario (nivel de autovalencia y nivel de memoria). El primer ítem midió alteración auditiva y el

segundo ítem correspondió a un *screening* relacionado con consumo de medicamentos y su horario, con respuesta abierta, ítem modificado por las autoras a partir de una pregunta del EFAM-Chile.

La dimensión antecedentes de la terapia farmacológica, fue constituida por 3 ítems de respuesta cerrada, (dicotómica y politómica), en las que se recolectó información como el número de medicamentos consumidos al día, el grado de adherencia a la totalidad de los controles citados y la cantidad de efectos adversos de los medicamentos, preguntados a través de una lista de los efectos adversos más comunes, creada por las autoras.

La dimensión adherencia a la terapia farmacológica, se midió a través de la escala de Adherencia a la Terapia Farmacología Test de Morisky- Green Levine, validado en su versión española por Val Jiménez y cols. Según los autores y sus validaciones publicadas, se consideran adherentes (ADH) a quienes contestan correctamente las cuatro preguntas y no-adherentes (NAD) a quienes contestan una o más preguntas con respuesta no esperada (42).

El instrumento elaborado por las autoras fue validado a través de juicio de expertos, en el cual se recogió la opinión de 6 profesionales del área de la Enfermería y la Farmacología.

2.7 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se aplicó durante el mes de Abril del año 2011 a 10 adultos mayores autovalantes del CESFAM Los Volcanes de Chillán, previa autorización de las autoridades correspondientes y firma de consentimiento informado por parte de los usuarios.

Por medio de esta prueba se identificó la necesidad de agregar una pregunta de tipo screening para corroborar la variable de autovalencia, junto con mejorar la tabla de efectos adversos. De igual modo, se realizó el cálculo de tiempo estimado para la aplicación de la prueba.

2.8 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información, los datos fueron tabulados en una planilla en el programa Microsoft Excel, luego dicha base fue exportada e ingresada al programa SPSS versión 17.0 en donde se calculó la frecuencia observada, relativa y porcentual, la media y desviación estándar de las variables en estudio y posteriormente se correlacionaron las variables independientes con la variable dependiente. Para dicha asociación se utilizó la prueba de Chi 2, siempre que no hubiera ninguna casilla con frecuencia esperada menor a 5. En caso contrario, se utilizó el coeficiente de V de Cramer.

Con el fin de estudiar multivariadamente las variables de estudio, se realizó un modelo de regresión logística, pues la variable dependiente fue definida como dicotómica. Se consideró la mala adherencia como la categoría de interés (código uno) y buena adherencia como categoría de comparación (código cero) y se ingresaron todas las variables independientes en estudio. Utilizando la técnica *stepwise* (paso a paso), entra como variable que se relaciona con mala adherencia al tratamiento farmacológico, toda variable que haya cumplido con el criterio de entrada de 0,05 ($\alpha=0,05$) y que al mismo tiempo, haya cumplido el criterio de salida de 0,1 ($\alpha=0,1$), en la ecuación logística.

III. RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Se estudió a 109 usuarios adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga, quienes contestaron todos los ítems del cuestionario, sin abandonar la entrevista durante el desarrollo del cuestionario.

Tabla 3.1.1

Distribución de los factores del usuario, su enfermedad y tratamiento de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga (n=109)

VARIABLES	N	%
Adherencia a terapia farmacológica:		
Buena	51	46,8
Mala	58	53,2
Edad		
Entre 65 y 74 años	71	65,1
Entre 75 y 84 años	32	29,4
85 años y mas	6	5,5
Sexo		
Femenino	70	64,2
Masculino	39	35,8
Nivel de escolaridad		
Sin estudios	6	5,5
1 a 8 años	67	61,5
9 a 12 años	31	28,4
Más de 12 años	5	4,6
Nivel socioeconómico		
ABC1	5	4,6
C2	14	12,8
C3	15	13,8
D	54	49,5
E	21	19,3

Creencia religiosa		
Si	103	94,5
No	6	5,5
Cohabitación		
Solo	19	17,4
Acompañado	90	82,6
Limitación auditiva		
Si	41	37,6
No	68	62,4
Nivel de memoria		
Normal	79	72,5
Alterado	30	27,5
Nivel de autovalencia		
Autovalente sin riesgo	55	50,5
Autovalente con riesgo	54	49,5
Cantidad de medicamentos		
3 a 5 medicamentos	93	85,3
Más de 5 medicamentos	16	14,7
Efectos adversos de los medicamentos		
Menor a 2	57	52,3
Mayor a 2	52	47,7
Asistencia a controles		
Siempre	75	68,8
Casi siempre	19	17,4
A veces	13	11,9
Nunca	2	1,8

FUENTE: Relación entre la adherencia a la terapia farmacológica y factores del usuario, su enfermedad y tratamiento en adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga, Chillan Viejo, 2011.

La tabla 3.1.1, muestra que del total de adultos mayores estudiados, el 53,2% presentó mala adherencia. El 65,1% se encontró en el rango de edad de 65 a 74 años. El 64,2% correspondió a mujeres. El 61,5% cursó 1 a 8 años de estudio. El 49,5% pertenecía al estrato D de nivel socioeconómico (Medio Bajo) y el 19,3% al estrato E, (nivel socioeconómico bajo). El 94,5% tenía alguna creencia religiosa. El 82,6% vivía acompañado. El 72,5% presentó un nivel de memoria

normal. El 50,5% clasificó como autovalente sin riesgo. El 85,3% consumía entre 3 a 5 medicamentos al día. El 52,3% presentó más de 2 efectos adversos de los medicamentos. El 68,8% asistía siempre a controles.

3.2 ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 3.2.1

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y edad de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga. (n= 109)

TRAMOS DE EDAD	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
65 – 74 años	36 (70,6)	35 (60,3)	71 (65,1)
75 – 84 años	12 (23,5)	20 (34,5)	32 (29,4)
85 y más	3 (5,9)	3 (5,2)	6 (5,5)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

Coeficiente V de Cramer=0,120, p=0,456 Fuente: Ídem Tabla 1

n (%)

La tabla 3.2.1 muestra que del total de adultos mayores entre 65 y 74 años, el 70,6% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 60,3% mala adherencia. En el grupo de 85 años y más, se observó un 5,9% de adultos mayores con buena adherencia y un 5,2% con mala adherencia. No existiendo asociación estadísticamente significativa ($p=0,456$).

Tabla 3.2.2

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y sexo de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga. (n= 109)

SEXO	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Femenino	34 (66,7)	36 (62,1)	70 (64,2)
Masculino	17 (33,3)	22 (37,9)	39 (35,8)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

$\chi^2=0,250$ (1 gl), $p=0,617$

Fuente: Ídem Tabla 1

n (%)

La tabla 3.2.2 señala que de los adultos mayores de sexo femenino, el 66,7% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 62,1% mala adherencia. Respecto a los hombres en estudio, el 33,3% presentó buena adherencia y el 37,9% mala adherencia. No existiendo significancia estadística en tal asociación ($p=0,617$).

Tabla 3.2.3

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y escolaridad de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga. (n= 109)

ESCOLARIDAD	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Sin estudios	3 (5,9)	3 (5,2)	6 (5,5)
1 – 8 años	28 (54,9)	39 (67,2)	67 (61,5)
9 – 12 años	18 (35,3)	13 (22,4)	31 (28,4)
Más de 12 años.	2(3,9)	3 (5,2)	5 (4,6)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

Coeficiente V de Cramer= 0,148; p=0,499 Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 3.2.3 indica que de los adultos mayores con escolaridad entre 1 a 8 años, el 54,9% presentó buena adherencia y el 67,2 % mala adherencia; en el tramo de más de 12 años de estudio, el 3,9% presentó buena adherencia y el 5,2% mala adherencia. No siendo estadísticamente significativa tal asociación (p= 0,499).

Tabla 3.2.4

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y nivel socioeconómico de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

NIVEL SOCIOECONÓMICO	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
ABC1	4 (7,8)	1 (1,7)	5 (4,6)
C2	10 (19,6)	4 (6,9)	14 (12,8)
C3	5 (9,8)	10 (17,2)	15 (13,8)
D	23 (45,1)	31 (53,4)	54 (49,5)
E	9 (17,6)	12 (20,7)	21 (19,3)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100) TOTAL

Coeficiente V de Cramer=0,258; p=0,124 Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 3.2.4 señala que de los adultos mayores con nivel socioeconómico ABC1(Alto–Muy Alto) el 7,8% presentó buena adherencia y el 1,7% una mala adherencia; aquellos clasificados en los grupos C2 (Medio Alto) y C3 (Medio), el 29,4% presentó buena adherencia y el 23,1% mala adherencia; los adultos mayores con nivel socioeconómico D (Medio Bajo), el 45,1% fueron adherentes y el 53,4% no fueron adherentes, en tanto, los adultos mayores con nivel socioeconómico E(Bajo), el 17,6% presentó buena adherencia y el 20,7% mala adherencia. No existiendo una asociación significativa estadísticamente (p= 0,499).

Tabla 3.2.5

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y creencia religiosa de los adultos mayores autovalentes polimedcados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

CREENCIA RELIGIOSA	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Si	47 (92,2)	56 (96,6)	103 (94,5)
No	4 (7,8)	2 (3,4)	6 (5,5)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

Coeficiente V de Cramer=0,096; p=0,315 Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 3.2.5 muestra que de los adultos mayores que poseen una creencia religiosa, el 92,2% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 96,6% mala adherencia. De los adultos mayores que no poseen creencia religiosa, el 7,8% mostró buena adherencia y 3,4% mala adherencia. No existiendo significancia estadística en dicha asociación (p= 0,315).

Tabla 3.2.6

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y cohabitación en adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

COHABITACIÓN	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Solo	7(13,7)	12 (20,7)	19 (17,4)
Acompañado	44(86,3)	46 (79,3)	90 (82,6)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

$\chi^2=0,914$ (1 gl), $p=0,339$ Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 3.2.6 señala que de los adultos mayores que viven solos, el 13,7% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 20,7% mala adherencia. En el grupo de adultos mayores que viven acompañados, el 86,3% presentó buena adherencia y un 79,3% mala adherencia. No habiendo una asociación estadísticamente significativa ($p= 0,339$).

Tabla 3.2.7

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y limitación auditiva en los adultos mayores autovalentes polimedcados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

LIMITACIÓN AUDITIVA	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Si	17 (33,3)	24 (41,4)	41 (37,6)
No	34 (66,7)	34 (58,6)	68 (62,4)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

$\chi^2=0,749$ (1 gl), $p=0,387$

Fuente: Ídem Tabla 1

n (%)

La tabla 3.2.7 indica que de los adultos mayores que poseen limitación auditiva, el 33,3% mostró buena adherencia a la terapia farmacológica y el 41,4% mala adherencia. De los adultos mayores que no poseen limitación auditiva, el 66,7% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 58,6% mala adherencia. No habiendo una asociación estadísticamente significativa ($p= 0,387$).

Tabla 3.2.8

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y nivel de memoria de los adultos mayores autovalentes polimedcados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

NIVEL DE MEMORIA	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Normal	40 (78,4)	39 (67,2)	79 (72,5)
Alterado	11 (21,6)	19 (32,8)	30 (27,5)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

$\chi^2=1,703$ (1 gl), $p=0,192$ Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 3.2.8 muestra que del total de adultos mayores con un nivel de memoria normal, el 78,4% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 67,2% mala adherencia. De los adultos mayores con un nivel de memoria alterado, el 21,6% mostró buena adherencia a la terapia y el 32,8% mala adherencia. No siendo estadísticamente significativa tal asociación ($p= 0,192$).

Tabla 3.2.9

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y nivel de autovalencia de los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga.

(n= 109).

NIVEL DE AUTOVALENCIA	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Con riesgo	28 (54,9)	27 (46,6)	55 (50,5)
Sin riesgo	23 (45,1)	31 (53,4)	54 (49,5)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

$\chi^2=0,757$ (1 gl), $p=0,384$

Fuente: Ídem Tabla 1

n (%)

La tabla 3.2.9, señala que de los adultos mayores autovalentes con riesgo, el 54,9% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 46,6% mala adherencia. En tanto, de los adultos mayores autovalentes sin riesgo, el 45,1% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 53,4% mala adherencia. No existiendo una asociación estadísticamente significativa ($p=0,456$).

Tabla 3.2.10

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y cantidad de medicamentos consumidos al día en los adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
3-5	43 (84,3)	50 (86,2)	93 (85,3)
>5	8 (15,7)	8 (13,8)	16 (14,7)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

$\chi^2=0,078$ (1 gl), $p=0,780$

Fuente: Ídem Tabla 1

n (%)

La tabla 3.2.10 indica que de los adultos mayores que consumen entre 3 a 5 medicamentos al día, el 84,3% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 86,2% mala adherencia. En el grupo de adultos mayores que consumen más de 5 medicamentos al día, el 15,7% mostró buena adherencia a la terapia y el 13,8%, una mala adherencia. No existiendo significancia estadística en tal asociación ($p=0,780$).

Tabla 3.2.11

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y efectos adversos de los medicamentos en los adultos mayores autovalentes polimedcados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

EFECTOS ADVERSOS	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
< ó = 2	28 (54,9)	29 (50)	57 (52,3)
> de 2	23 (45,1)	29 (50)	52 (47,7)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

$\chi^2=0,261$ (1 gl), $p=0.609$ Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 3.2.11 señala que de los adultos mayores que presentan 2 ó menos efectos adversos, el 54,9% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 50% mala adherencia. En el grupo de adultos mayores con más de 2 efectos adversos, el 45,1% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 50% mala adherencia. No existiendo significancia estadística en tal asociación. ($p=0,609$).

Tabla 3.2.12

Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y asistencia a controles de los adultos mayores autovalentes polimedcados del CESFAM Federico Puga. (n=109)

ASISTENCIA A CONTROLES	ADHERENCIA A TERAPIA FARMACOLÓGICA		TOTAL
	Buena adherencia	Mala adherencia	
Siempre	37 (72,5)	38 (65,5)	75 (68,8)
Casi siempre	6 (11,8)	13 (22,4)	19 (17,4)
A veces	6 (11,8)	7 (12,1)	13 (11,9)
Nunca	2 (3,9)	0	2 (1,8)
TOTAL	51 (100)	58 (100)	109 (100)

Coeficiente V de Cramer=0,197; p=0,237 Fuente: Ídem Tabla 1

La tabla 3.2.12 señala que de los adultos mayores que asistían siempre a controles, el 72,5% presentó buena adherencia a la terapia farmacológica y el 65,5% mala adherencia. Del grupo de adultos mayores que nunca asistía a controles, el 3,9% mostro buena adherencia y ningún usuario presentó mala adherencia. No siendo estadísticamente significativa tal asociación (p=0,237).

3.3 ANÁLISIS MULTIVARIADO

Tabla 3.3.1

Modelo logístico múltiple para los factores asociados a mal adhesión al tratamiento. (n=109)

Variables	Parámetro	OR	Error Estándar	Puntaje z	P	Intervalo de Confianza (95%)
dummyse3	β_1	12,00	11.2783	2,64	0,008	[1.90 - 75.72]
dummyse4	β_2	8,09	6.56524	2,57	0,010	[1.65 - 39.70]
dummyse5	β_8	8,00	7.05533	2,36	0,018	[1.42 - 45.06]

$R^2=0,0758$; $p=0,0123$ Fuente: Ídem Tabla1

La tabla 3.3.1 muestra un modelo de regresión logística múltiple que asocia las variables que mejor se relacionan con la mala adherencia a la terapia farmacológica, en que sólo se consideró a sujetos con menos de 12 años de estudio.

El modelo arrojó que los niveles socioeconómicos C3 (dummyse3), D (dummyse4) y E (dummyse5) se asociaron significativamente con mala adherencia, presentando valores de OR=12 (IC 95% 1,90 – 75,72), un 8,09 (IC 95% 1,65 – 39,70) y un 8,00 (IC 95 1,42 – 45,06) respectivamente.

3.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio “Relación entre adherencia a la terapia farmacológica y factores del usuario, su enfermedad y tratamiento en adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga, indicaron que el 46,8% de los adultos mayores presentó buena adherencia a la terapia farmacológica, mientras que el 53,2% presentó mala adherencia. En relación a la edad, en todos los tramos existió similitud de porcentajes de adultos mayores adherentes y no adherentes. Estos resultados no son concordantes con el estudio de L. C. Fernández Lisón. et al., llamado “Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados”, en donde el porcentaje de adherencia es de 56% y en el cual los adultos mayores con edades comprendidas entre los 75 y 84 años, presentan un mayor grado de adherencia a la terapia farmacológica.

Respecto al sexo, tanto en hombres como en mujeres los porcentajes de adultos mayores adherentes y no adherentes a la terapia farmacológica fueron similares. En cuanto a la variable escolaridad, el 61,5% de la población poseía 1 a 8 años de estudio. Sin embargo, en todos los niveles de escolaridad no hubo diferencias significativas entre los porcentajes de adultos mayores adherentes y no adherentes, lo cual difiere del estudio de Sara Mendoza P. et al., “Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos” en donde la adherencia a la terapia farmacológica es menor en sujetos de sexo femenino y con un nivel de escolaridad bajo.

En relación al nivel socioeconómico, al realizar un análisis bivariado no se observó una relación estadísticamente significativa entre la adherencia a la terapia farmacológica y el nivel socioeconómico de los sujetos en estudio, no obstante, desde el enfoque multivariado, al excluir aquellos sujetos con más de 12 años de estudios y considerar cada categoría de nivel socioeconómico como una variable independiente, a través de un modelo de regresión logística, se obtuvo que los tramos C3, D y E de nivel socioeconómico se relacionan significativamente con la adherencia a la terapia farmacológica. A pesar que este modelo no sirve para

explicar el hecho en estudio, dado que el Coeficiente de Determinación (R^2) es bajo (aunque resultó ser significativo, desde un punto de vista estadístico, pero clínica y socialmente la literatura reporta otras variables asociadas a mala adherencia al tratamiento), sirve para indicar que, de todas las variables estudiadas en este trabajo, estas tres en específico resultaron ser significativas, desde un punto de vista multivariado. ($p=0,0123$). Estos resultados son concordantes con el estudio de César Martínez Querol. et al., “Polifarmacia en los adultos mayores”, el cual relaciona la escasa adherencia a la terapia farmacológica con un nivel socioeconómico bajo. Así mismo, Jon J. Vlasnik. et al., describen que la pobre adherencia involucra el bajo estatus socioeconómico.

En cuanto a la creencia religiosa, en el grupo de adultos mayores creyentes, el 92,2% presentó buena adherencia y el 96,6% mala. Del grupo de adultos mayores no creyentes el 7,8% tenía buena adherencia y el 3,4% mala. En ambos grupos los porcentajes de adherentes y no adherentes fueron similares, lo cual difiere con el estudio de Carlos Reyes Ortiz “Importancia de la religión en los ancianos”, el cual señala que las orientaciones religiosas promueven conductas positivas para la salud, lo que se manifiesta en un mayor interés por la vida y mejor recepción de consejerías y apoyo terapéutico.

En las variables cohabitación y presencia de limitación auditiva, los porcentajes de adultos mayores adherentes y no adherentes fueron similares, lo cual difiere con el estudio “Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia” de Germán Silva. et al., el cual describe que la adherencia a la terapia farmacológica frecuentemente falla en pacientes que viven solos y en aquellos que poseen alguna limitación auditiva, la cual puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas.

Respecto al nivel de memoria, el 72,5% de los adultos mayores presentó un nivel de memoria normal, y sólo el 27,5% presentó un nivel alterado. Sin embargo no existen diferencias importantes entre el porcentaje de adultos mayores adherentes y no adherentes de ambas categorías, lo cual no es concordante con el estudio de Benjamín Schüza .et al., “Medication beliefs predict medication

adherence in older adults with multiple illnesses”, el cual concluye que la no adherencia está influenciada por el olvido.

En relación al nivel de autovalencia, en el grupo clasificado como autovalentes sin riesgo el 45,1% presentó buena adherencia y el 53,4% mala, en tanto en aquellos clasificados como autovalentes con riesgo el 54,9% fue adherente y el 46,6% no adherente. Al ser similares los porcentajes en ambos grupos no existe concordancia con el estudio “Adherencia al tratamiento en el anciano” de Palop Larrea V y Martínez Mir, el cual indica que un menor nivel de autovalencia condiciona la adherencia a la terapia farmacológica en los adultos mayores.

En relación al número de medicamentos, el 85,3% de los adultos mayores consumían entre 3 a 5 medicamentos y sólo el 14,7% consumía más de 5 medicamentos. Sin embargo, la adherencia no presentó diferencias relevantes entre los adultos mayores de ambas categorías. Estos resultados no concuerdan con el estudio de Rafael Tuesca-Molin. et al., “Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años”, el cual argumenta que el incumplimiento terapéutico en ancianos se relaciona con la ingesta de múltiples fármacos explicitando que tomar más de 3 medicamentos al día y el olvido repercuten en un peor cumplimiento”. Finalmente Benjamin Schüza, describe que un creciente número de medicinas puede contribuir a la no adherencia.

En relación a los efectos adversos, el 52,3% de los adultos mayores presentó 2 ó menos efectos adversos, mientras que el 47,7% presentó más de 2 efectos adversos. Sin embargo, en ambos grupos, los porcentajes de adultos mayores adherentes y no adherentes fueron similares, lo cual no concuerda con el estudio de Lam PW, Lum CM y Leung MF “Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes geriátricos de Hong Kong”, el cual evidencia que la percepción de efectos adversos de los medicamentos en el paciente influye de forma inversamente proporcional en la adherencia a la terapia farmacológica.

En cuanto a la asistencia a controles, el 68,8% de los adultos mayores asistía siempre, mientras que sólo el 2% contestó nunca asistir a sus controles. En

todas las frecuencias de asistencia, los porcentajes de adultos mayores adherentes y no adherentes fueron similares, lo cual no concuerda con el estudio de, Guillausseau, "Influence of oral antidiabetic drugs compliance on metabolic control in type 2 diabetes", el cual afirma que la revisión periódica de la medicación y la continuidad en la provisión de cuidados en los ancianos, influyen positivamente en la adhesión a la terapia farmacológica. Resultados apoyados por Vik. et al., en su publicación "Revisión de intervenciones utilizadas para mejorar la adherencia a la medicación en los adultos mayores", que describe que entre los factores atribuibles a la no adherencia se encuentran la pobre relación con el proveedor de cuidados de salud y la pobre comunicación entre prescriptor y paciente.

En relación al análisis de evidencia según teoría de enfermería, la inexistencia de asociación estadísticamente significativa, entre la adherencia a la terapia farmacológica y las variables en estudio, a excepción del nivel socioeconómico C3, D y E, concuerdan con lo establecido por Dorothy Johnson en su "Modelo de Sistema Conductual" ya que permite inferir que la adherencia a la terapia farmacológica puede estar influida por una serie de factores pertenecientes al entorno.

IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El estudio “Relación entre la adherencia a la terapia farmacológica y factores del usuario, su enfermedad y tratamiento de los adultos mayores del CESFAM Federico Puga” permitió concluir que:

Se rechaza la hipótesis planteada, ya que no existe evidencia suficiente que permita afirmar que la adherencia a la terapia farmacológica se relacione significativamente con la edad, el sexo, escolaridad, la creencia religiosa, la cohabitación, la limitación auditiva, el nivel de memoria, el nivel de autovalencia, la cantidad de medicamentos consumidos al día, los efectos adversos de los medicamentos y la asistencia a controles. Sólo se relaciona significativamente con los tramos C3, D y E del nivel socioeconómico.

Del total de sujetos de estudio(n=109), el 53,2% presentó mala adherencia a la terapia farmacológica, y el 46,8% buena adherencia a la terapia farmacológica.

Se determinó que la mayoría de la muestra estuvo constituida por adultos mayores entre 65 y 74 años, no existiendo relación significativa entre la adherencia y los tramos de edad estudiados.

En cuanto al sexo, la muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres, sin embargo en ambos sexos la adherencia no se relacionó de forma significativa.

Del total de adultos mayores estudiados, el mayor porcentaje presentó 1 a 8 años de estudios, seguido el grupo de 9 a 12 años de estudios. No existiendo una relación estadísticamente significativa entre la escolaridad y la adherencia a la terapia farmacológica.

En cuanto al nivel socioeconómico, el 49% de la muestra pertenecía al tramo D, seguido por los tramos C2 y C3. Al asociar la adherencia a la terapia farmacológica con esta variable, existió una relación estadísticamente significativa

con los tramos C3, D y E, al excluir a aquellos sujetos con más de 12 años de escolaridad.

Respecto a la creencia religiosa, el 94% de los adultos mayores resultaron ser creyentes, sin embargo no existió una asociación significativa desde el punto de vista estadístico entre la adherencia a la terapia farmacológica y la creencia religiosa.

En cuanto a la cohabitación, la mayoría de los sujetos en estudio vivían acompañados, no existiendo una relación significativa entre la adherencia a la terapia farmacológica y la cohabitación.

De los 109 adultos mayores estudiados, sólo el 37,6% de los posee alguna limitación auditiva. Al asociar la adherencia a la terapia farmacológica y dicha variable, no existió significancia estadística en dicha relación.

La mayoría de los adultos mayores presentaron nivel de memoria normal y sólo un 27,5% presentó alterado su nivel de memoria. La adherencia a la terapia farmacológica no se relacionó de forma significativa con el nivel de memoria de los sujetos de estudio.

Respecto al nivel de autovalencia, los porcentajes de adultos mayores autovalentes con y sin riesgo fueron similares, no existiendo una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia a la terapia farmacológica y el nivel de autovalencia.

El 85,3% de los adultos mayores estudiados consumía entre 3 a 5 medicamentos diariamente, y un 47,7% de los adultos mayores presentaron más de 2 efectos adversos a causa del consumo de sus medicamentos. Sin embargo, tanto el número de medicamentos consumidos al día, como la presencia de efectos adversos no se relacionaron significativamente con la adherencia a la terapia farmacológica.

En relación a la asistencia a controles, la mayoría de los adultos mayores estudiados asistía siempre o casi siempre a los controles citados. Pese a ello, no existió una relación significativa entre la asistencia a controles y la adherencia a la terapia farmacológica.

Si bien la mayoría de las variables estudiadas no se asociaron significativamente desde el punto de vista estadístico con la adherencia a la terapia farmacológica, este estudio sirve como pauta para orientar nuevas investigaciones sobre el tema, tanto para profesionales de enfermería, como también para profesionales de otras áreas vinculadas a la salud.

Finalmente, la relación existente entre la adherencia a la terapia farmacológica y los tramos de nivel socioeconómico más bajos, permite al profesional de enfermería tener conocimiento del segmento poblacional más vulnerable y así poder centrar sus estrategias de intervención hacia el ámbito de la prevención en atención primaria.

4.2 SUGERENCIAS.

- Estudiar la adherencia en las terapias no farmacológicas.
- Realizar estudios de adherencia a la terapia farmacológica en adultos mayores no autovalentes.
- Estudiar la adherencia a la terapia farmacológica en muestras más grandes de población.
- Fomentar el estudio de la adherencia a terapias en grupos de la población que pertenezcan a alguna etnia, ya que no existen estudios realizados a ese segmento de la población.
- Contemplar en futuros estudios de la adherencia a adultos mayores que pertenezcan al Programa de Salud Cardiovascular.
- Fomentar la realización de estudios de similares características a nivel local.
- Utilización de métodos de medición de adherencia directos en futuros estudios, para lograr resultados más objetivos.
- Contemplar en futuros estudios de medición de adherencia a grupos de población pertenecientes tanto del sistema público como privado de salud.
- Incentivar la creación de un método que sea más completo y con mayor objetividad para la medición de la adherencia a la terapia farmacológica.

4.3 LIMITACIONES.

- Alto porcentaje de usuarios registrados con domicilios inexistentes o no actualizados en el CESFAM.
- Dispersión de los domicilios dentro de la comuna, lo cual disminuía el número de instrumentos que podían ser aplicados diariamente.
- Dificultad para localizar a los adultos mayores en sus domicilios, ya que frecuentemente no se encontraban en sus hogares.
- Limitado número de publicaciones e investigaciones previas sobre el tema tanto a nivel nacional como internacional.
- Escasa literatura relacionada con el tema a nivel nacional.
- Negativa de algunos sujetos para realizar el estudio.

V. BIBLIOGRAFIA

1. GINARTE ARIAS Yurelis, Experiencia médica “La adherencia terapéutica” [en línea] Rev Cubana Med Gen Integr 2001, vol. 17(5):5025 <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.htm> [consulta: 08 abril 2011]
2. OLIVARES TIRADO P., documento de trabajo Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile Departamento de Estudios y Desarrollo [en línea] gobierno de Chile Superintendencia de salud, MINSAL <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles4020_recurso_1.pdf> [consulta: 8 abril 2011]
3. NORMA DE LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR por Alicia Villalobos Courtin “et al”. Chile
4. ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Uno de cada cuatro adultos mayores no puede valerse por sí mismo [en línea] http://www.envejecimientoactivo.cl/noticias/adultomayor_novalente.html [consulta : 8 abril 2011]
5. CONCHA BARRIENTOS Marisol, AGUILERA SANHUEZA Ximena Paz, SALAS VERGARA Julio, Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. dpto. políticas farmacéuticas y profesiones médicas división de políticas públicas saludables y promoción - subsecretaria de salud pública MINSAL [on line] < <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/Inffin-carga-enf.pdf> > [2 diciembre 2010]

6. BAYARRO VEA Hector, PÉREZ PIÑERO Julia, MENÉNDEZ JIMÉNEZ Jesús, Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad [en línea] geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría, 2006, geroinfo. rnp. 2110 vol. 1 no. 3. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf> [consulta: 4 abril 2011]
7. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, Editorial E/S.10.II.G., Impreso en Santiago de Chile, Naciones Unidas , 2010
8. BERNARDINI Diego el Desafío del Envejecimiento Activo. Selected Works [en línea] Julio 2004. <http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=diego_bernardini> [consulta: 11 julio 2011]
9. MANUAL GERIATRIA uso de fármacos en el adulto mayor [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Farmacoterapia.pdf>> [consulta: 11 julio 2011]
10. CDA ATLANTA, Chronic Diseases The Power to Prevent, The Call to Control: At A Glance 2009 [en línea] <<http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/chronic.htm>> [consulta: 16 marzo 2011)
11. ESCOBAR F, María Cristina, Necesidades de Vigilancia de Enfermedades Crónicas en Chile [diapositivas, texto en español], Depto. Enfs. No Transmisibles Ministerio de Salud, gobierno de Chile año 2007, <http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/1_NecesidadesDeVigilancia.pdf> , [2 diciembre, 2010]

12. SCHÜZ Benjamin, MARXA Christopher, WURMA Susanne, WARNERA Lisa, ZIEGELMANNB jochen p., SCHWARZERB Ralf, TESCH-RÖMERA Clemens, Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses, [en línea], Centre of Gerontology Freie Universität Berlin, Health Psychology, Berlin, Germany, Received 17 March 2010; received in revised form 20 July 2010; accepted 27 July 2010 Volumen 70, Issue2, Pages 179-187 <[http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(10\)00312-0/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(10)00312-0/abstract)> [consulta: 18 abril 2011]
13. ARANGO LOPER Victoria Eugenia Polifarmacia en el anciano [en línea] vniversitas serial 2006, Vol. 43 (1) <<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0025%20Polifarmacia.PDF>> [consulta: 15 diciembre 2010]
14. NIETO, L. y PELAYO, R. Revista Académica e Institucional, Páginas de la UCPR, [en línea] “Revisión del concepto de adherencia al Tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud” 26 de noviembre de 2009 vol.85 <<http://biblioteca.ucp.edu.co/OJS/index.php/paginas/article/viewFile/260/227>> [consulta: 20 diciembre 2010]
15. RODRÍGUEZ-MARÍN Jesús, Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial [en línea] Rev Calidad Asistencial. 2006; vol. 21(5) pág. 255-263 <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v21n05a13092898pdf001.pdf>> [consulta: 20 marzo 2011]
16. GARCÍA JIMÉNEZ Emilio “Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico”, tesis para optar al grado de doctor, Granada, 2003, universidad de granada, facultad de farmacia.

17. TÉLLEZ T. Alvaro prevención y adherencia: dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas rev méd chile 2004 [en línea], Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Santiago dic. 2004, v.132 n.12 < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200001 > [consulta: 3 diciembre 2010]
18. Notas farmacoterapéuticas, áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de atención primaria servicio madrileño de salud, comunidad de Madrid, adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora vol. 13, núm. 8 año 2006 pág. (32).
19. PALOP LARREA V y MARTINEZ I. Adherencia al Tratamiento en el Paciente Anciano. Información Terapéutica [en línea]. información terapeutica del Sistema Nacional de Salud 2004 Vol. 28(5) pag :113- 120 <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf >
20. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Chile: Estimaciones y Proyecciones por Sexo y Edad. País Urbano Rural 1990-2020. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforReg_UR.pdf> [consulta 20 marzo 2011]
21. MARIN L, Pedro y GACE E, Homero. Información sobre personas mayores en Chile en su: Geriátría y Gerontología 3ª ed. Santiago Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile, 2006. pp.326-329
22. ADIMARK. Mapa Socioeconómico de Chile. [en línea] <http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf >. [Consulta: 12 noviembre 2010]

23. REYES ORTIZ, CARLOS. Importancia de la Religión en los Ancianos. [en línea] Colombia Médica. 1998 vol. 29 (4). <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28329409.pdf>> [consulta: 3 enero 2011]
24. RODRÍGUEZ G, Rosalía y SÁNCHEZ G, María. La familia ante el envejecimiento. En su: Practica de la Geriatria. 2da Edición. México, Editorial Mac Graw Hill, 2007. pp 31-32.
25. SALUDALIA Salud del anciano, Síndromes más frecuentes, Trastornos de la audición y otros problemas [en línea] <http://www.saludalia.com/starmedia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_trastornos_audicion_1.htm> [consulta: 20 marzo 2011]
26. MARÍN L, Pedro y GACE E, Homero. Deterioro Cognitivo, en su: Geriatria y Gerontología. 3ª ed. Santiago Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2006. pp180-191.
27. ERAZO LATORRE Álvaro regula examen de medicina preventiva exenta n° 1.236 [en línea] , 31 de diciembre, 2009 Santiago, Chile. <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/9556d35ef058000ce04001011f016d71.pdf>> [consulta: 4 marzo 2011]
28. MEDINA GUZMÁN GUSTAVO, RODRÍGUEZ, GARCÍA ROSALÍA, GARCÍA, MENA LUIS: Abatimiento Funcional y Falla para Recuperarse en su: Practica de la Geriatria. 2ª ed. México. Mac Graw Hill. 2007.pp 130-133
29. CONCHA BARRIENTOS MARISOL, AGUILERA SANHUEZA XIMENA PAZ, SALAS VERGARA Julio, La carga de enfermedad en Chile, ministerio de salud república de Chile [en línea] Marzo 1996, Chile < <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/Inffin-carga-enf.pdf> > [consulta: diciembre 2010]

30. MENDOZA P Sara, MUÑOZ P Mónica, MERINO E José M, BARRIGA OMAR A. "Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos" Rev Méd Chile 2006; 134: 65-71 [en línea] < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000100009&lng=en&nrm=iso&ignore=.html > [20 noviembre 2010]
31. MARRIER T Ann Y RAILE A Martha Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta Edición. Madrid, España. Editorial Elsevier. 2007. pp 385-400.
32. L.C FERNÁNDEZ LISON, B. BARÓN Franco, B. VÁZQUEZ DOMÍNGUEZ, T.MARTINEZ GARCÍA, J.J. URENDES HARO, E. PUJOL DE LA LLAVE Errores de medicación e incumplimiento en ancianos polimedicados [en línea] farmacia hospitalaria, 2006 volumen 30 n°5 <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634306739915>> [consulta: 23 marzo 2011]
33. MARTÍNEZ QUEROL César, PÉREZ MARTÍNEZ Víctor T., CARBALLO PÉREZ MARIOLA Y LARRONDO VIERA JUAN J. "Polifarmacia en los adultos mayores" Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(1-2 [en línea] < http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi121-205.pdf > [15 noviembre, 2010]
34. VLASNIK Jon J , ALIOTTA Sherry L., DELOR Bonnie Medication Adherence: Factors Influencing Compliance with Prescribed Medication Plans[en línea] The Case Manager, USA March-April 2005, Volume 16, Issue 2, <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1061925905000263>>

35. SILVA Germán Enrique; GALEANO Esmeralda; CORREA Jaime Orlando, Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia, Acta Médica Colombiana, vol. 30, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, de < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1631/163113820004.pdf> > [10 enero, 2011]
36. SAAB YB, HACHEM A, SINNO S, EL-MOALEM H., Inappropriate medication use in elderly lebanese outpatients: prevalence and risk factors [pubmed.gov en línea] < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17020398> > [7 diciembre, 2010]
37. TUESCA-MOLIN Rafael; GUALLAR-CASTILLÓN Pilar; BANEGAS-BANEGAS José Ramón; GRACIANI-PÉREZ Regadera Auxiliadora. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España [en línea] gaceta sanitaria , mayo-jun. 2006 Vol. 20 (3) , <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112006000300008&script=sci_arttext> [consulta: 14 abril 2011]
38. LAM PW, LUM CM, LEUNG MF, Drug non-adherence and associated risk factors among Chinese geriatric patients in Hong Kong [en línea] Hong Kong Med J2007 Aug Vol. 13(4) < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17664533> > [consulta: 5 diciembre 2010]
39. GUILLAUSSEAU PJ influence in oral antidiabetic drugs compliance on metabolic control in type 2 diabetic [en línea] Diabetes & Metabolism February 2003 Vol 29, Issue 1, <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1262363607700113>> [13 Marzo 2011]

40. BANNING Maggi, revision, A review of interventions used to improve adherence to medication in older people [en línea], ScienceDirect International Journal of Nursing Studies, 27 de Marzo del 2009, vol. 46 <<http://www.carloshaya.net/biblioteca/boletinenfermeria6p2/review.pdf>> [consulta: 8 de Marzo 2011]
41. SERVICIO SALUD ÑUBLE Población Inscrita Total Por Establecimiento Y Comunal (validada por FONASA), Chillan, Chile 2010. 3p.
- 42.X. NOGUÉS SOLÁN, M. L. SORLI REDÓ, J. VILLAR GARCÍA. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. [en línea] anales de medicina interna 12 de Marzo del 2007. vol 24 n. 3 : <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000300009&script=sci_arttext> [consulta: 30 abril 2011]