



Universidad del Bío Bío
Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos
Escuela de Enfermería

**RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y
FACTORES FAMILIARES EN PERSONAS MAYORES DIABÉTICAS TIPO 2
INSCRITAS EN EL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR PADRE
HURTADO, CHILLÁN, 2012**

Autoras:

Chandía Reyes, Verónica

Lazo Aranguiz, Daniela

Mora Inostroza, Camila

Triviño Santana, Carolina

Docente Guía:

E.U. Mg. Montoya Cáceres, Pamela

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CHILLÁN, CHILE**

2012

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean manifestar sus agradecimientos a las personas que han contribuido en el proceso y culminación de esta investigación:

Al Centro Comunitario de Salud Familiar Padre Hurtado y a su cordial equipo de trabajo.

A la docente guía de esta investigación, Sra. Pamela Montoya, por su dedicación y apoyo durante este largo proceso.

Al Sr. Miguel Ángel López por su importante colaboración.

A los usuarios que permitieron la realización de este estudio.

A todas aquellas personas que indirectamente contribuyeron al logro de esta meta.

DEDICATORIAS

Dedico esta investigación a Dios, que me ha ayudado en cada momento, no siendo ésta la excepción. Asimismo, a mis padres y hermanos, por el apoyo y afecto incondicional brindado durante este proceso.

Verónica

A mi madre, por su infinito amor y apoyo entregado en cada momento de mi vida.

Daniela

A Dios, a mi familia por su incansable apoyo y comprensión, a los que me han acompañado siempre, y a ti Eloisa, sé que te habría encantado estar conmigo ahora.

Camila

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos, los cuales me entregaron el apoyo y cariño que necesité durante este proceso y a lo largo de toda mi vida.

Carolina

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	- 1 -
1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA PROFESIÓN.....	- 2 -
1.2 PROBLEMATIZACIÓN	- 6 -
1.3 MARCO TEÓRICO	- 7 -
1.4 MARCO EMPÍRICO.....	- 18 -
1.5 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 25 -
1.6 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	- 26 -
1.7 HIPÓTESIS	- 27 -
1.8 VARIABLES.....	- 28 -
II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	- 29 -
2.1 TIPO DE DISEÑO.....	- 29 -
2.2 UNIVERSO Y MUESTRA	- 29 -
2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	- 29 -
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	- 30 -
2.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	- 31 -
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	- 32 -
2.6 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR	- 33 -
2.7 PRUEBA PILOTO	- 35 -
2.8 PROCESAMIENTO DE DATOS	- 36 -
III. ANÁLISIS	- 37 -
3.1 RESULTADOS	- 37 -
3.2 DISCUSIÓN.....	- 49 -
IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	- 60 -
4.1 CONCLUSIONES	- 60 -
4.2 SUGERENCIAS.....	- 62 -
4.3 LIMITACIONES	- 63 -
V. BIBLIOGRAFÍA	- 64 -
VI. ANEXOS	- 78 -

RESUMEN

Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal, cuyo propósito fue determinar la relación entre factores familiares y adherencia al tratamiento farmacológico de personas mayores diabéticas tipo 2. El modelo teórico utilizado correspondió al Modelo de Sistemas de Neuman. El universo se constituyó por 225 usuarios de 65 años y más, diabéticos tipo 2, bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular, inscritos en el Centro Comunitario de Salud Familiar Padre Hurtado de la comuna de Chillán, con un tamaño muestral de 116 usuarios. La recolección de datos se efectuó mediante la aplicación del test Morisky Green, cuestionario de apoyo familiar y APGAR familiar. Para garantizar la calidad de los datos recolectados, el instrumento fue sometido a criterio de expertos y prueba piloto. Para el análisis de la información se creó una base de datos en matriz Excel 2010 y posteriormente se realizó un análisis estadístico en programa Stata versión 9.0. A partir de los resultados obtenidos en análisis bivariado, no se encontró relación estadísticamente significativa al relacionar adherencia al tratamiento farmacológico con funcionamiento familiar, apoyo familiar, tipo de familia, estado de pareja y número de personas que habitan la vivienda. Se efectuó un análisis multivariado, con fin exploratorio, a través de un modelo de regresión logística, concluyendo que un buen funcionamiento familiar actúa como factor protector para la adherencia farmacológica de personas mayores diabéticas. Se sugiere ampliar la investigación abordando la problemática existente, proponiendo el desarrollo de una investigación analítica.

Palabras claves: Adherencia farmacológica, familia, personas mayores, diabetes mellitus.

ABSTRACT

A correlational descriptive study, cross-sectional, whose purpose was determine the relation between family factors and adherence of pharmacological treatment of diabetic type 2 in older people. The theoretical model used was the Neuman Systems Model. The universe was constituted by 225 diabetic type 2 patients of 65 years and more, in control of “Programa de Salud Cardiovascular” registered in the Health community center “Padre Hurtado”, with a sample size of 116 patients. The collection of data was made by means of the application of Morisky Green Test, The Family Support Questionnaire and Family APGAR. To guarantee quality of the collected data, instrument was submitted to expert’s criteria and pilot test. For the information analysis was created a data base in excel 2010 matrix and later statistical analysis in program Stata version 9.0. Results from bivariate analysis, not found significant statistical relationship to relate pharmacological treatment adherence with the family functioning, the family support, The family type, The couples’situation and the number of people living in the same place, whereby a multivariate analysis was made with a exploratory end, through a logistical regression model, which concluded that a good family functioning is a protective factor to pharmacological adherence in diabetic older people. The results suggest to extend the investigation dealing with the existing problems from other perspectives, proposing in the future the development of an analytical research.

Keywords: pharmacological adherence, family, older people, diabetes mellitus.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento acelerado de la población constituye un fenómeno de trascendencia tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En Chile, se evidencia un aumento de la expectativa de vida de la población, ésta en conjunto con la disminución de las tasas de natalidad, ha permitido un envejecimiento a ritmo sostenido (1).

Este suceso conlleva a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus, caracterizada por el descontrol glicémico, el cual se asocia a la aparición de múltiples complicaciones de tipo crónicas, teniendo como una de sus causas la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y recomendaciones (2).

Por tanto, la adherencia al tratamiento farmacológico constituye un factor fundamental en el control de la diabetes mellitus, permitiendo la mantención y recuperación de la salud de los usuarios portadores de ésta.

En el intento por esclarecer cuales son las variables que influyen directamente sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, se considera importante incluir en este estudio: funcionamiento familiar, apoyo familiar, tipo de familia, estado de pareja y número de personas que habitan la vivienda.

Para el profesional de enfermería esta investigación es relevante, puesto que permite dilucidar la importancia de los factores anteriormente mencionados en la adherencia al tratamiento farmacológico, permitiendo reforzar las estrategias basadas en el nuevo modelo de salud con enfoque familiar y comunitario, las que propicien un acoplamiento a la terapia farmacológica, potenciando la salud a través del autocuidado.

Esta investigación busca relacionar factores familiares y adherencia al tratamiento farmacológico de personas mayores diabéticas tipo 2 del Centro Comunitario de Salud Familiar "Padre Hurtado" de la comuna de Chillán durante el año 2012.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA PROFESIÓN

Presentación y fundamentación del problema

Chile ha experimentado en los últimos 30 años un proceso de envejecimiento demográfico acelerado (3). Hasta el año 1970, las personas mayores de 60 años representaban un 8% de la población. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2006, refiere que los individuos mayores de 60 años constituyeron el 13% de la población total del país, previendo que entre los años 2000 y 2025 el crecimiento de esta población será de 24,3%, incrementándose hasta llegar a un 145,2%. En el año 2009 la expectativa de vida al nacer superó los 78 años, sobrepasando los 80 años en el caso de las mujeres en este grupo etario (1).

El estudio de Puga en el año 2007, cita a Kinsella y Velkoff los cuales afirman que durante el año 2001 Latinoamérica experimentó un proceso de envejecimiento apresurado, similar al evidenciado en poblaciones europeas, diferenciándose en la aceleración de su presentación. En el Reino Unido, el porcentaje de personas con 65 años y más, tardó 45 años en duplicarse (de un 7 a un 14%), mientras en Chile se espera que este cambio se produzca en un período de 25 años aproximadamente (4).

La transformación del perfil demográfico, tendiente al envejecimiento, se relaciona con un cambio en el perfil epidemiológico, implicando la evolución desde enfermedades infectocontagiosas a crónicas. La diabetes mellitus, constituye una enfermedad crónica prevalente en Chile y el mundo. Para el año 2011, en América central y sur un 12,3% de las muertes fueron atribuidas a ésta (5). El descontrol glicémico, característico de esta patología, conlleva a complicaciones degenerativas e irreversibles (6). Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular,

insuficiencia renal terminal, retinopatía y neuropatía diabética, además de pie diabético (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, consideró la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública (8). La adherencia al tratamiento es un factor de bienestar y un componente importante de la salud de los ancianos. La no adherencia aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones que suponen un aumento del gasto sanitario (9). En países desarrollados, el cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos sólo se sitúa entre el 50 y el 75%, en los países en vías de desarrollo la magnitud de este problema es mayor dada la escasez de recursos sanitarios, la falta de equidad en el acceso y la atención en salud de los usuarios (10). En consecuencia, la no adherencia es un problema de repercusión social, su interés se justifica por el efecto negativo que esta ocasiona no sólo en los propios afectados, con el consiguiente empeoramiento de sus enfermedades, sino también, para sus familias y para el propio sistema de cuidado de salud general.

El paciente, familia y el profesional sanitario son responsables de los procesos asistenciales, como propone Yurss en el año 2001, quien cita a Doherty y Baird, sustituyendo el enfoque “didáctico” (profesional-individuo) por el “triangular” (profesional-individuo-familia) (11), siendo relevante lo anterior ya que es la familia el principal sistema social y de apoyo que la persona mayor posee (12). Una de las estrategias para abordar la falta de adherencia al tratamiento es el “apoyo social y familiar”, el cual abarca intervenciones dirigidas a un buen soporte social (13).

Importancia de la investigación para la profesión

El estudio de la adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores diabéticas y su relación con factores familiares es relevante puesto que permite orientar la atención en salud, permitiendo que la educación sanitaria proporcionada por el profesional de enfermería tenga un enfoque biopsicosocial, generando de esta manera un impacto en la salud de los usuarios y sus familias, contribuyendo a la mejora en la calidad de vida.

Es importante además, considerar que las múltiples complicaciones de la diabetes mellitus afectan la autonomía del usuario, incrementando su vulnerabilidad, necesitando redes de apoyo que potencien sus capacidades. Dentro de estas redes de apoyo se encuentra la familia, la cual moldea las actitudes, hábitos, conocimientos, y creencias de cada uno de sus miembros, influyendo sobre la salud y enfermedad, constituyendo un aspecto relevante en la adherencia al tratamiento, más aún en patologías crónicas.

El rol educador ejercido por el profesional de enfermería debe considerar que la posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas (12). Es por ello que el enfoque de sus acciones y cuidados debe estar dirigido al usuario y su familia, considerando a esta última como la unidad principal e influyente de la efectividad de la terapia en el usuario diabético. El adulto mayor y la familia constituyen uno de los principales focos de educación en salud para lograr una adecuada adherencia a los tratamientos crónicos y por ende la compensación de la patología.

Es relevante destacar que a nivel mundial existe una tendencia al envejecimiento, lo cual se relaciona con una vida más longeva; sin embargo, esta tendencia de cambio en la población no necesariamente se asocia a un aumento de la calidad de vida. Asimismo, el aumento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENTs), las cuales están estrechamente relacionadas con estilos

de vida poco saludables, provocan deterioro en la salud de quienes las poseen, aumentando el número de usuarios descompensados, acrecentando los costos tanto a nivel de los sistemas de salud, así como los costos físicos, afectivos y económicos que adquieren el individuo y su familia (8).

Las conclusiones de este estudio contribuyen a fortalecer las estrategias sanitarias, orientadas tanto al usuario adulto mayor como a su familia, con el fin de mantener y/o mejorar cuidados de salud en beneficio de un envejecimiento activo y de la calidad de vida de las personas mayores que cursan con una patología crónica.

1.2 PROBLEMATIZACIÓN

¿Existe relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y factores familiares en personas mayores diabéticas tipo 2, del CECOF Padre Hurtado de la comuna de Chillán?

1. ¿Influye el funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento farmacológico de la persona mayor diabética tipo 2?
2. ¿Influye el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento farmacológico de la persona mayor diabética tipo 2?
3. ¿Influye el tipo de familia en la adherencia al tratamiento farmacológico de la persona mayor diabética tipo 2?
4. ¿Influye el estado de pareja de la persona mayor diabética tipo 2 en la adherencia al tratamiento farmacológico?
5. ¿Influye el número de personas que habitan la vivienda en la adherencia al tratamiento farmacológico de la persona mayor diabética tipo 2?

1.3 MARCO TEÓRICO

El envejecimiento de la población constituye un fenómeno que encuentra explicación en cambios culturales, sociales, políticos y económicos, que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad (1).

En el año 2008, más de 600 millones de personas en el mundo tenían 60 años o más. Según los cálculos se estima para el año 2025 que más de 1.100 millones de personas tendrán 60 años o más, de ellos, el 71,4 % vivirá en los países subdesarrollados. Posterior a esto, para el año 2050 las personas mayores constituirán el 22 % de la población total, casi 2.000 millones de personas (14). La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea: “Para el año 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de edad en el mundo superará a la cantidad de jóvenes” (15).

En países como Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, el perfil demográfico es similar al de los países europeos; en ellos, el número de personas mayores aumentó, mientras que los jóvenes, proporcionalmente, constituyen un grupo más reducido. A diferencia de los países desarrollados, en América Latina el proceso de envejecimiento ocurre sin un desarrollo económico capaz de asegurar los recursos necesarios para proporcionar a esos grupos una calidad de vida aceptable (14).

En Chile, según información del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2010, los mayores de 60 años sobrepasaron los dos millones de personas, representando alrededor del 13% de la población del país, se espera que para el año 2020 sean cerca 3,2 millones de personas, representando el 20% de la población chilena, indicando además que las zonas con mayor envejecimiento en Chile corresponderán a Valparaíso, Arica y Parinacota (16). Según el Censo del año 2002, a nivel comunal, en Chillán la población total fue de 161.953 personas, de las cuales 18.296 correspondieron a personas de 60 años y más, representando el 11,30% de la población comunal (17).

El aumento de la expectativa de vida en la población chilena no está relacionado con un aumento en la calidad de vida en estos años ganados, volviéndose necesario un cambio de paradigma, donde el envejecimiento sea valorado como fenómeno creciente y como logro que genere oportunidades, las cuales deben ser aprovechadas, al tiempo que signifique un desafío en función de lograr una mejora en la calidad de vida de las personas mayores, para que estos años ganados sean vividos de manera digna y en pleno bienestar (1).

El envejecimiento constituye un proceso continuo que conlleva a un incremento de la vulnerabilidad (18). Una de las acciones principales para garantizar la salud de este grupo poblacional es identificar de manera precisa su situación de salud y enfermedad, ya que el envejecimiento es uno de los factores determinantes del aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y del consiguiente incremento del consumo de medicamentos (19, 20).

La transición del perfil demográfico se relaciona con un cambio en el perfil epidemiológico, desde enfermedades infectocontagiosas a enfermedades crónicas degenerativas, siendo la diabetes mellitus una enfermedad prevalente en la población chilena. El aumento de esta patología está condicionado por la incidencia de factores dietéticos, genéticos y sociales, los cuales actúan en una población que se encuentra mayormente susceptible producto de la tendencia al envejecimiento (6).

La diabetes mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina. La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de producción de esta hormona (21). El descontrol glicémico, característico de la diabetes, conlleva la aparición de eventos mórbidos y múltiples complicaciones degenerativas e irreversibles, dentro de las cuales se encuentran el daño a nivel microvascular (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y

macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica), asociándose a una reducción en la calidad y expectativa de vida (22).

Las complicaciones propias de esta patología, generan un importante impacto económico en quienes la padecen, sus familias, los sistemas de salud y los países (23), situándose de esta manera como uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia, tanto por su alta frecuencia, como por su enorme repercusión social y económica, afectando hasta el año 2009 entre el 2 y 5% de la población mundial (22).

La diabetes mellitus, al ser una problemática que genera un alto impacto a nivel nacional se encuentra presente en las estrategias de salud, incorporándose de esta manera dentro los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, donde se propuso: “Quebrar la tendencia al ascenso de la tasa de mortalidad ajustada por edad de diabetes mellitus” (22), objetivo que se contrastó con la realidad nacional donde la tasa de mortalidad entre los años 1999 y 2007 aumentó desde un 16,8 a 19,1 por 100.000 habitantes, constituyendo un incremento de 17%. En la actualidad, una de las metas sanitarias propuestas para la década 2011-2020 es “Incrementar la proporción de personas diabéticas compensadas” (7).

La prevalencia de diabetes en Chile estimada por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, fue de 9,4% en población mayor a 15 años, evidenciando además que ésta aumenta con la edad (24).

A diferencia de lo que se describe a nivel internacional, donde la mitad de los pacientes con la enfermedad desconoce su condición (22), en Chile la ENS señala que 78,5% de las personas con diabetes declara conocer su condición, mientras que un 52,1% recibe algún tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico. Por otra parte, solo el 29,8% de la población diabética presenta una hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7%, correspondiente al parámetro

metabólico de control aceptable. Este valor aumenta solo a un 44% en la población que recibe algún tratamiento farmacológico (24).

Actualmente, existe clara evidencia de que la mantención de la glicemia en niveles normales retrasa en forma significativa el inicio de complicaciones microvasculares en diabéticos tipo 1 y 2 (25). El valor de la glicemia mejora en muchos pacientes con diabetes tipo 2 cuando bajan de peso y siguen un programa de ejercicio. Sin embargo, son escasos los usuarios cuya diabetes se controla completamente solo por medio de éstos, sobre todo de manera prolongada. Algunos usuarios no son capaces de modificar los patrones antiguos de alimentación excesiva, ni abandonar una vida sedentaria, en otros, el progreso de la enfermedad interfiere con sus intentos por mantenerse compensado (6). Todos ellos requieren de medicamentos, y el hecho de contar con varias clases de fármacos como alternativa constituye una ventaja considerable.

Las enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial presentan un mayor índice de incumplimiento al tratamiento farmacológico con respecto a las enfermedades agudas. En el año 2000, las ENTs constituyeron uno de los principales problemas de salud en países desarrollados o con sistemas sanitarios avanzados (6, 26).

Según lo expuesto anteriormente, se puede considerar que la adherencia al tratamiento farmacológico, constituye un componente importante de la salud y un elemento de influencia radical para el bienestar de las personas mayores.

En el año 2003, la OMS conceptualizó el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un usuario, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (8).

Es así que la adherencia al tratamiento farmacológico se define como “el grado en el cual el comportamiento del paciente corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidados de salud, sea este

médico o profesional de enfermería” (2). Estas recomendaciones se relacionan con los medicamentos en cuanto a: tipo, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y sugerencias sobre su administración en relación con horarios de comidas, horarios diurnos y otros (13). La OMS considera que el “incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y las recomendaciones es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes; por lo tanto, se presentan complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, se reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la aparición de resistencia a los fármacos y se genera inadecuada utilización de los recursos asistenciales” (8).

Algunas de las razones que se han relacionado a la falta de adherencia terapéutica son: la edad, el nivel educacional, la personalidad y el entorno cultural y social del paciente, donde la familia cumple un rol importante, ya que constituye la unidad básica fundamental de la sociedad (13).

Uno de los factores determinantes del control metabólico es la dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo (27). Concretamente en el caso de la diabetes, se aprecia una relación entre el control metabólico de la misma y el apoyo familiar, dado que aspectos como el régimen terapéutico y la dieta son esenciales si la familia tiene una alta implicación (11). Es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento (28).

La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad (12), constituyendo el elemento fundamental del soporte social y de los cuidados de la persona mayor (29).

Según la encuesta “Calidad de vida en la vejez”, año 2010, el bienestar de los adultos mayores sigue teniendo un baluarte en sus propias familias. Los datos proporcionados por esta encuesta revelan que alrededor del 42% de los adultos

mayores del país viven con hijos dentro del hogar (30). Para la persona mayor el mantener relaciones sociales activas y estar integrado en la familia y comunidad puede conducir a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales importantes y a sentimientos de autoeficacia, control y competencia personal. Para las personas mayores el desarrollo de un papel social contribuye a una adaptación más satisfactoria a los declives relacionados con la edad (31).

Obtiene entonces importancia la atención de salud con enfoque familiar, que obedece al propósito de avanzar hacia la atención integral del individuo y su familia, garantizando el cuidado de salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital. El enfoque de salud familiar permite conocer las interacciones entre la familia y las eventuales enfermedades de cada uno de sus miembros. Estas son afectadas por las características estructurales de la familia, su sensación de control sobre los problemas y su percepción de recursos personales y familiares para enfrentar la adversidad (19).

Es importante considerar que uno de los principales condicionantes de la estructura familiar es la situación marital de las personas mayores (32). En Chile, el año 2009 las personas mayores viudas correspondieron a un 79,1% en el caso de las mujeres y un 20,1% en el caso de los hombres. Al mismo tiempo, el 35,8% del total de la población de personas mayores correspondió a viudas. Asimismo, tomando en cuenta a las mujeres mayores que no estaban casadas o que no convivían, existió un total cercano a 645 mil mujeres que vivían sin pareja, correspondiendo a un 54,7% de este grupo (1).

En la dinámica familiar normal o funcional se funden sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás, situación que difiere a lo ocurrido con familias disfuncionales que se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas (28).

El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de la familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica (28).

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: tipo de familia, cultura y educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el paciente. Las actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones (6, 29). En la práctica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás (33).

Se entiende por apoyo familiar adecuado cuando al menos uno de los familiares posee conocimientos sobre diabetes y sus consecuencias, procurando ayudar a que el diabético realice: dieta, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, así como el control de salud periódico (6).

En base a lo anterior, la familia constituye un factor de influencia en el comportamiento de los pacientes con patologías crónicas, volviendo necesaria la inclusión de la familia en la atención de salud. En este contexto, ocurre el proceso de transformación de Centro de Salud a Centro de Salud Familiar (CESFAM), enmarcándose en una política nacional de reforma al sistema sanitario, que destaca la Atención Primaria de Salud (APS) como un eje fundamental para el logro de un aumento en la calidad de vida de la población (33).

El nuevo modelo de atención en Chile, de carácter integral, familiar y comunitario entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo centrado en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregando herramientas para el

autocuidado, enfatizando la promoción de estilos de vida saludables, fomentando la acción multisectorial y fortaleciendo la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud (33).

El diseño de un modelo de atención integral, familiar y comunitario en APS actúa en base a tres perspectivas principales: incluyendo a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión del continuo salud-enfermedad del individuo, involucrando a la familia como parte de los recursos que los usuarios tienen para mantenerse sanos o recuperar la salud e introduciendo a la familia como unidad de cuidados y como entidad propia distinta al individuo (31).

Un CESFAM es el espacio donde se establece una relación de continuidad entre el equipo de salud y su población, determinada por la confianza y vínculos de afectividad y respeto mutuo, para el logro de un mayor bienestar de la familia y comunidad. Se caracteriza por su alta capacidad en el cuidado de la salud, orientado a resultados y utilizando evidencias disponibles, mediante una sólida organización, que permite garantizar la calidad de la atención (33).

El CESFAM constituye un cambio de cultura organizacional tradicional a una donde se ha desarrollado la capacidad de escuchar al otro y de destacar el propósito o fin común de la red (33).

Siguiendo con lo anterior, el CESFAM se encuentra bajo el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, por lo cual da énfasis a la promoción de salud y prevención de enfermedades, centrándose en las familias y la comunidad, dando importancia a la participación comunitaria y trabajando con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital, pretendiendo con estas acciones mejorar la calidad de vida de las personas.

En la misma línea, se han implementado los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), los cuales brindan atenciones básicas de salud y trabajan bajo el resguardo de un CESFAM, dependiendo de éste para

prestaciones más complejas. Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgan, el CECOF busca resolver de manera oportuna la demanda de necesidades de salud de la población acercando la atención de salud a las personas (34).

La población adscrita al CECOF, dispone de un equipo de cabecera compuesto por profesionales y técnicos, los cuales se encargan de proporcionar atención cercana, personalizada y estable para el cuidado continuo de la población, centrándose en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad. Dentro de la composición de este equipo se encuentra el profesional de enfermería, cuyo rol es importante en las actividades y cuidados a entregar. Los cuidados proporcionados por este profesional, se basan en modelos y teorías, los cuales le otorgan la base científica propia de la disciplina (35).

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo que se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado (36).

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad, siendo esto necesario para otorgar un significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados (37).

Esta investigación se respalda teóricamente en el modelo de sistemas de B. Neuman el cual se basa en las fuentes teóricas de Gestalt, la teoría de sistemas y el pensamiento filosófico de Pierre Teilhard de Chardin y Bernard Marx, centrándose en mantener estable el sistema del usuario mediante el control de los efectos de estrés ambiental así como también en ayudar a los ajustes

necesarios para un nivel óptimo de bienestar, reduciendo los factores estresantes con intervenciones a nivel de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Sus principales supuestos estiman que la enfermería debe considerar al usuario como un todo. Esta disciplina se define según Neuman como una “profesión especial, en el sentido de que se relaciona con todas las variables que influyen sobre la respuesta del individuo al estrés” (38). De igual forma, considera a la persona como paciente/sistema, ya se trate de un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una entidad social, que se mantiene en movimiento permanente actuando como sistema abierto. Este modelo también concibe la salud como un continuo que va desde el bienestar a la enfermedad, cuya naturaleza es dinámica y está sujeta a cambios permanentes. “El bienestar óptimo o la estabilidad es un indicio de que se han satisfecho las necesidades de todo el sistema. Un estado de bienestar menor, es consecuencia de la no satisfacción de las necesidades de éste” (38). Finalmente, el entorno se considera como el conjunto de todos los factores internos y externos que rodean al hombre e interaccionan con él. Este último, vinculado con la persona, son los fenómenos básicos del modelo de Neuman, existiendo entre ambos una relación recíproca.

Este modelo de enfermería es de gran utilidad para su aplicación en la práctica clínica, además de su estrecha relación con el nivel comunitario. Al estimar a la persona como ser individual o familiar, incluye aspectos del nuevo enfoque de salud familiar y comunitario. Al considerar determinantes los factores estresantes en la satisfacción de las necesidades del sistema, se deduce la importancia de poder intervenir sobre ellos para evitar posibles alteraciones. Dentro de los eventos estresantes se encuentran: el dolor, la pérdida, la privación sensorial, entre otros; los cuales se asocian generalmente a consecuencias de patologías crónicas.

El modelo de sistemas es aplicable a diversos ámbitos de la enfermería y áreas del cuidado de la salud. Si se considera los factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico de personas mayores diabéticas,

existe una amplia relación, ya que el usuario que padece dicha patología se encuentra expuesto constantemente a eventos estresantes derivados de su enfermedad crónica, aumentando las probabilidades de ver insatisfechas las necesidades de su sistema. Asimismo, el usuario en conjunto con su familia actúan como sistemas abiertos, pudiendo ser mutuamente influyentes unos sobre otros.

Enfermería es la disciplina que según B. Neuman puede realizar intervenciones a nivel primario, secundario y terciario, con el fin de lograr el control de esta patología y/o evitar las complicaciones. A través de la educación sanitaria, incluyendo a todo el sistema familiar y comunitario sobre la adherencia al tratamiento, se podrá lograr mayor estabilidad y bienestar de todo el sistema.

1.4 MARCO EMPÍRICO

La adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores es dificultosa en múltiples aspectos, uno de ellos son los cambios fisiológicos propios de la edad. Un estudio realizado por Castellano-Muñoz P., denominado “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria”, de tipo transversal, realizado el año 2008, con una muestra de 70 pacientes mayores de 65 años autovalentes, arrojó como resultado que sólo un 8,6% de los pacientes seguía correctamente el tratamiento, el 85% de los medicamentos fueron tomados de manera incorrecta y en su mayoría se tomaba más de lo que estaba prescrito. La adherencia terapéutica tras el alta de pacientes mayores de 65 años es baja, por lo que es necesario buscar estrategias para contrarrestar el olvido y mejorar el conocimiento acerca de la prescripción medicamentosa (32).

Otro estudio realizado por Giacaman, J., denominado “Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de Ancud” realizado el año 2010 en Valdivia, Chile, de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 90 personas diabéticas insertas en el programa de salud del hospital, demostró un bajo porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico (57%) y glicemias muy por sobre lo normal, es decir, cifras superiores a 126 mg/dl (39).

De lo anterior, se deduce que la adherencia a los tratamientos farmacológicos en enfermedades crónicas es baja, provocando el empeoramiento de estas patologías, así como también un deterioro progresivo de la calidad de vida de los usuarios. Esto se ve influenciado por diversos factores, dentro de estos, las prescripciones de regímenes medicamentosos complejos y el periodo asintomático que muchas de estas enfermedades presentan, situación frecuente en la población mayor de 65 años. Lee, J. et al, en su estudio denominado “Efecto de un programa de farmacia sobre la adherencia a la medicación y la persistencia,

la presión arterial, el LDL y colesterol” “Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein in Cholesterol” de diseño prospectivo con una fase de observación y un ensayo controlado aleatorio, llevado a cabo en Walter Reed Army Medical Center, Washington D.C., durante los años 2004-2006, con una muestra de 200 pacientes de 65 años y más, en tratamiento y con al menos cuatro medicamentos indicados, afirma que la media asociada al cumplimiento al inicio de la medicación fue del 61,2%. Luego de 6 meses de la intervención, hubo mayor adherencia a la medicación con un 96,9%. Pasados otros 6 meses, la persistencia de la adherencia a la medicación se redujo a 69,1% entre los pacientes asignados a la atención habitual, mientras que se mantuvo en el 95,5% en los servicios de farmacia, confirmando la eficacia del programa (40).

En cuanto a las características sociodemográficas y su relación con la adherencia existe un estudio efectuado por Cabrera de León A., et al, denominado “Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2”, de tipo transversal, realizado el año 2009, el cual contó con 6.729 personas (entre 18 y 75 años), cuyo análisis reveló que quienes poseían menor conocimiento sobre su enfermedad son los varones con un 22% y las mujeres con un 9%, con un p value altamente significativo. La no adherencia terapéutica fue mayor en hombres con un 48%, a diferencia de las mujeres que en un 28% seguían un tratamiento incorrecto. A partir de esto, es posible afirmar que el sexo femenino tiene una mayor adherencia al tratamiento (41).

El estudio de Martos, MJ. et al, denominado “Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos” publicado en el año 2008, que posee una muestra de 100 pacientes con enfermedades crónicas, con un promedio de edad de 56 años, concluyó que en los pacientes de este estudio, la relación entre apoyo social y de pareja no fueron significativos con adherencia al tratamiento (p value mayor a 0.05) (42).

La estructura familiar nuclear y la buena funcionalidad de la familia favorecen significativamente la adhesión del usuario a los tratamientos, relacionándose con su rehabilitación. Así concluye un estudio de diseño observacional, analítico y transversal, denominado “Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria”, realizado por Bautista-Samperio L. et al, México, entre los años 2003-2009, el cual se efectuó con una muestra no aleatoria conformada por 24 pacientes con diagnóstico de infarto al miocardio de al menos 1 año de evolución, con una edad promedio de 63,8 años, de los cuales el 95,8% correspondió a usuarios de sexo masculino, de los cuales 12 se encontraban insertos en una familia de tipo nuclear y los restantes en una de tipo extensa. Los resultados revelaron relación estadísticamente significativa entre adherencia a la Rehabilitación Cardiaca Ambulatoria (RCA) y familia de tipo nuclear (p value menor a 0,05), así como también correlación significativa entre familias balanceadas y adhesión completa (p value menor a 0,00) (43).

Referente a la familia y su relación con la adherencia al tratamiento, la literatura demuestra que constituye un factor trascendental en el control glicémico de las personas diabéticas. Esto es indicado por Ramírez, V. et al, en su trabajo “Disfunción y falta de apoyo familiar como factor desencadenante del descontrol glicémico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2”, estudio de tipo descriptivo comparativo, realizado el año 2006 en México, cuya muestra fue de 126 usuarios con diabetes mellitus tipo 2 que asistían a consulta de primer nivel de atención, con hasta 10 años de evolución de la patología desde el diagnóstico y en manejo a través de hipoglicemiantes orales, concluyendo que en el grupo estudiado la falta de apoyo y la disfunción familiar contribuyen a la existencia de descontrol glicémico (glucosa en ayuno superior a 140 mg/dl) en los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 en una proporción de 2:1 (6).

Rosland, A.M et al, en su investigación denominada “¿Cuándo es el apoyo social importante? la asociación de apoyo a la familia y el apoyo profesional específico en comportamientos y automanejo de la diabetes” “When is social

support important? The association of family support and profesional support with specific diabetes self-management behaviors”, investigación realizada el año 2008, con una muestra que abarcó 164 personas adultas diabéticas, latinas y africanas residentes en el interior de la ciudad de Detroit; concluyó que el apoyo de amigos y familia influye positivamente tanto en el tratamiento medicamentoso, como en el control de la glicemia diaria (37% sin apoyo, 85% con apoyo) (44).

Del mismo modo, García L., en su investigación “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de Agosto de 2008”, estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 30 pacientes que asistían a una institución de cuarto nivel en el área de consulta externa de Rehabilitación Cardíaca, concluye que las personas sometidas al estudio cuentan con apoyo familiar, lo que permite que exista una mayor adherencia y por ende un tratamiento eficaz (2).

Asimismo, la investigación realizada por Gomes-Villas, L. et al, denominada “Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus”, de corte transversal, publicado el año 2012 en la Universidad de Sao Paulo Brasil, efectuado con una muestra de 162 personas, concluye que existe relación estadísticamente significativa entre apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (45).

El apoyo deficiente conlleva a un mayor riesgo de padecer determinadas patologías, encontrándose entre ellas las de origen cardiovascular. De la misma forma, tiene una repercusión importante en la adherencia a las prescripciones terapéuticas, especialmente en lo que respecta a pacientes crónicos. Así lo afirma un estudio efectuado por Martos, M J. et al, denominado “Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico”, estudio de tipo trasversal prospectivo, realizado el año 2011 en Murcia, España, con una muestra de 202 pacientes crónicos, en un rango de edad de 21 a 65 años. Los resultados concluyen que la calidad de vida

de los pacientes analizados se relaciona de manera positiva y significativa con el apoyo social de familiares y pareja, actuando negativamente el apoyo social no funcional de esta última (46).

A diferencia de lo anterior, la investigación realizada por Ponce, JM. et al, el año 2009 en Granada, España, denominada “Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes”, estudio descriptivo transversal, da como resultado una asociación no significativa entre el apoyo social percibido por los diabéticos y el control metabólico (47).

La adecuada funcionalidad familiar actúa como un recurso de apoyo en el control glicémico del usuario diabético. Así lo reafirma un estudio realizado el año 2009 por Alba, L. et al, de tipo transversal denominado “Prevalencia de control glicémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia”, en el cual se estudió una muestra de 150 usuarios diabéticos tipo 2 pertenecientes a un programa de este establecimiento. Los usuarios presentaron una edad promedio de 66,4 años, el 60% correspondió al sexo femenino, el 48,6% presentó nivel educacional primario y la duración aproximada de la enfermedad fue de 13 años. Las variables consideradas en el desarrollo de la investigación fueron: edad, funcionamiento familiar y tipo de tratamiento. Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre funcionamiento familiar y control glicémico (p value menor a 0,01). La disfunción familiar moderada/severa se asoció con un incremento del riesgo de mal control (OR= 1,3 Y 7,0 para disfunción leve y disfunción moderada/severa respectivamente), lo que se evidenció ya que ningún paciente con disfunción familiar severa presentó buen control de la patología (48).

La alteración de la dinámica familiar contribuye a que no se logre un adecuado control de las enfermedades, específicamente aquellas de tipo crónicas. Esto se ve reflejado en la investigación elaborada por García López, R., titulada: “Frecuencia de Disfunción Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial descompensada” estudio de tipo transversal, prospectivo, realizado el año 2007

en la ciudad de México, con una muestra de 140 pacientes con Hipertensión Arterial (HTA). Se observó que el 65% de la muestra presentó algún grado de disfunción familiar, siendo mayor en aquellos pacientes descontrolados, alcanzando el 87,9%. Finalmente se concluye que la disfunción familiar es más frecuente en usuarios hipertensos descompensados, en comparación con pacientes controlados y con función familiar normal, además de demostrarse que la disfunción familiar es un factor de riesgo para la descompensación del paciente con HTA (49).

Lo anterior difiere con un estudio realizado por Rocha B. et al, denominado “Relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos”, efectuado el año 2009 en 3 hospitales de fibrosis quística (FQ), España. Esta investigación de diseño correlacional fue realizada con una muestra de 76 usuarios con diagnóstico de FQ y sus familias. Las edades de los sujetos en estudio fluctuaron entre los 8 y 18 años, de los cuales el 55,3% correspondió a adolescentes de sexo masculino, revelando que no existe relación significativa entre clima familiar y adherencia al tratamiento, mientras que la adopción por parte de los familiares de estilos educativos de sobreprotección está relacionada con menores niveles de adherencia. Además, según los resultados obtenidos, no existe relación entre las variables familiares (clima familiar y estilos educativos) y el grado de afectación de la FQ (50).

En este mismo ámbito, un estudio realizado por Soriano E., en México, durante el año 2012, denominado “Apoyo familiar y función familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la respuesta terapéutica”, investigación de tipo observacional, descriptiva y prospectiva, en donde se encuestaron a 303 pacientes diabéticos tipo 2, obtuvo que el 70% de la muestra fueron mujeres y la media de edad fue de 62 años. Además, se observó que un 77% se encontraba en descontrol metabólico y un 52% formaba parte de una familia con funcionamiento medio. Referente al funcionamiento familiar y la respuesta terapéutica, se aplicó chi-cuadrado(x^2) obteniendo un valor de 0,016

comprobando que entre mejor funcionamiento familiar exista en el paciente portador de diabetes mellitus tipo 2, mejor será la respuesta terapéutica. Sin embargo, no se vincula el apoyo familiar con la respuesta terapéutica, ya que no existió relación entre éste y el control o descontrol metabólico (p value de 0,530) (51).

Es importante destacar que no se encontró evidencia empírica acerca de la variable número de personas que habitan la vivienda.

1.5 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar la relación entre factores familiares y adherencia al tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2 inscritas en el CECOF Padre Hurtado, de la comuna de Chillán.

1.6 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Relacionar factores familiares con adherencia al tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2 inscritas en el CECOF Padre Hurtado, Chillán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a las personas mayores diabéticas tipo 2 del CECOF Padre Hurtado según sexo, edad, nivel educacional, situación laboral y nivel socioeconómico.
2. Describir el funcionamiento familiar, apoyo familiar, tipo de familia, estado de pareja y número de personas que habitan la vivienda de los adultos mayores diabéticos tipo 2 del CECOF Padre Hurtado, Chillán.
3. Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico que presentan las personas mayores diabéticas tipo 2 del CECOF Padre Hurtado, Chillán.
4. Relacionar el funcionamiento familiar, apoyo familiar, tipo de familia, estado de pareja y número de personas que habitan la vivienda, con adherencia al tratamiento farmacológico de los adultos mayores diabéticos tipo 2 del CECOF Padre Hurtado, Chillán.

1.7 HIPÓTESIS

H1. El funcionamiento familiar en las personas mayores diabéticas tipo 2, influye en la adherencia al tratamiento farmacológico.

H2. El apoyo familiar que reciben las personas mayores diabéticas tipo 2, influye en la adherencia al tratamiento farmacológico.

H3. El tipo de familia influye en la adherencia al tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2.

H4. El estado de pareja influye en el tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2.

H5. El número de personas que habitan la vivienda influye en el tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2.

1.8 VARIABLES

Variable dependiente

Adherencia al tratamiento farmacológico

Variables independientes

- Funcionamiento familiar
- Apoyo familiar
- Tipo de familia
- Estado de pareja
- Número de personas que habitan la vivienda

Covariables (Características sociodemográficas)

- Sexo
- Edad
- Nivel educacional
- Situación laboral
- Nivel socioeconómico

La definición conceptual y operacional de las variables del estudio se encuentra disponible en Anexo 1.

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Diseño no experimental de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

La población estimada para el universo correspondió a 225 usuarios de 65 años y más, diabéticos tipo 2, inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del CECOF Padre Hurtado de la comuna Chillán, según registro del censo actualizado al mes de diciembre del año 2011.

Se calculó un tamaño muestral de 114 usuarios, con un 95% de confianza, una prevalencia del 50% y un error del 6,5%, considerando finalmente una muestra de 116 usuarios, los cuales fueron seleccionados a través de muestreo aleatorio simple.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Usuario de 65 años y más, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscrito y bajo control en el CECOF Padre Hurtado de la ciudad de Chillán.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

A. Inclusión:

- Usuario inscrito y bajo control en el PSCV del CECOF Padre Hurtado.
- Vivir inserto en un contexto familiar.
- Presencia de al menos una persona mayor o igual de 18 años que resida en forma permanente en el hogar del adulto mayor y que se encuentre durante la aplicación de los instrumentos.

B. Exclusión:

- Presentar registro en ficha clínica de alteraciones mentales y/o sensoriales que dificulten la comprensión de los instrumentos de la investigación.
- Registrar condición de postración en ficha clínica según el último Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM) realizado.

C. Eliminación:

- Usuario y acompañante que se niegue a participar del estudio.
- Usuario que no complete los instrumentos dispuestos para la recogida de los datos.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó la autorización correspondiente a las autoridades del CESFAM Violeta Parra de la ciudad de Chillán, siendo estas la directora y enfermera coordinadora, mediante un documento formal firmado por la directora de escuela de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, en el cual se dieron a conocer los objetivos, documentos y actividades a realizar en la población de adultos mayores diabéticos inscritos en el PSCV. Posterior a esto, se realizó una visita de presentación con el coordinador del CECOF Padre Hurtado, de la ciudad de Chillán. (*Anexo 2: Carta de autorización*)

Para obtener la autorización de los participantes de esta investigación, así como también de quienes conformaron la prueba piloto, se les informó acerca del propósito y el carácter voluntario y confidencial que presentaba el estudio, permitiendo de esta manera, el resguardo de la información recolectada. Posterior a esto, se solicitó firmar el documento de consentimiento informado en donde el usuario acepta participar voluntariamente de esta investigación. (*Anexo 3: Consentimiento Informado*).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

El trabajo de campo comenzó con la revisión de la base de datos del PSCV del CECOF Padre Hurtado, seleccionando aquellos usuarios que cumplieran con el perfil de la unidad de análisis del estudio.

Con una tabla de números aleatorios originada a partir de una planilla del programa Microsoft Excel 2010, se seleccionaron a los individuos que conformaron la muestra, según el número correlativo con que cuenta la base de datos del CECOF.

Una vez obtenida la dirección del usuario, se procedió a realizar la visita domiciliaria efectuada por dos de las investigadoras, en ésta, se invitó a la persona a participar del estudio, explicando los objetivos y los procedimientos de medición. Posteriormente se solicitó el consentimiento informado por escrito, el cual fue firmado al aceptar participar voluntariamente del estudio, de manera contraria, se reemplazó esta visita por otro usuario seleccionado aleatoriamente.

Iniciada la visita domiciliaria, se solicitó el carné de control del PSCV para verificar antecedentes generales del usuario y chequear la presencia de algún criterio de exclusión. De ser así, las investigadoras realizaron una educación sobre cuidados de la diabetes mellitus, con la cual se dio por concluida la visita domiciliaria, reemplazándose posteriormente por otro caso seleccionado aleatoriamente del PSCV. Verificado los criterios de elegibilidad, indicándose que el usuario es apto para la aplicación de los instrumentos, se inició el levantamiento de datos mediante la técnica de encuesta, con la aplicación de los cuestionarios tanto al usuario como a un integrante de su familia. (*Anexo 4: Instrumento recolector de datos.*)

2.6 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

El Cuestionario elaborado por las autoras de este estudio fue creado con el fin de recabar información de los participantes en relación a aspectos de caracterización de la muestra. Consta de dos dimensiones: antecedentes sociodemográficos y dimensión familiar, las cuales contienen un total de nueve preguntas con respuesta de tipo abierta y cerrada (dicotómica y politómica).

Luego, se aplicó el cuestionario de adherencia farmacológica “Morisky Green Levine”, con el objetivo de medir la adherencia al tratamiento farmacológico de los sujetos en estudio. Fue validado en su versión española por Jiménez et al, en 1986, el cual contiene cuatro ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Posee una consistencia interna alpha de Cronbach de 0,61; una sensibilidad de 0,81 y una especificidad de 0,44 (52). Este instrumento encasilla en las categorías: “Adherente”, si el usuario contesta correctamente los cuatro ítems y “No Adherente” si erra en al menos una aseveración (53).

Posteriormente, se utilizó el instrumento APGAR familiar, el cual mide el grado de funcionamiento familiar percibido por los sujetos. Su versión original fue creada por Smilkstein, en el año 1978 y fue traducido y validado en Chile por Maddaleno et al, en el año 1987 (54), presentando una consistencia interna alpha de Cronbach de 0,84 (55). Consta de cinco preguntas con respuestas de tres posibilidades (casi nunca, a veces y casi siempre), valorándose con cero, uno y dos puntos respectivamente. La sumatoria simple de los valores se traduce en las categorías de familia “altamente funcional” (entre 7 a 10 puntos), “moderadamente funcional” (entre 4 a 6 puntos) y “severamente disfuncional” (entre 0 a 3 puntos).

Finalmente, se utilizó el “Instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2”, el cual mide apoyo familiar al paciente diabético tipo 2. Fue validado por Valadez I., en el año 2003 mediante juicio de expertos (56). Posee 24 preguntas con escala de respuesta likert de 265 puntos, con 5 opciones de respuesta (A: siempre, B: casi siempre, C: ocasionalmente, D: rara vez y E:

nunca). Se encuentra constituido por 4 ítems los cuales miden: conocimiento sobre medidas de control, conocimiento sobre complicaciones, actitud hacia el enfermo y actitud hacia las medidas de control. Presenta una consistencia interna alpha de Cronbach de 0,93 (57). Los puntajes se categorizan en uno de los tres resultados: “Apoyo bajo” (entre 51 y 119 puntos), “Apoyo medio” (entre 120 y 187 puntos) y “Apoyo alto” (entre 188 y 265 puntos).

2.7 PRUEBA PILOTO

Con el objetivo de calibrar a las encuestadoras en la obtención de los datos durante las visitas domiciliarias programadas, el protocolo de ésta y verificar la comprensión de los instrumentos, se sometió a un entrenamiento previo con 10 usuarios diabéticos de 65 años y más, elegidos al azar simple a partir de la base de datos del PSCV perteneciente al CESFAM Violeta Parra, casos no incluidos en la muestra de estudio. Cada visita domiciliaria tuvo un tiempo promedio de 20 minutos y se verificó que todos los instrumentos fueran comprendidos por los usuarios y familiares, por tal motivo no fue necesario modificar el contenido de ninguno según la versión original citada. Además de lo anterior, dichos instrumentos se presentaron ante juicio de 7 expertos (profesionales de enfermería), con el fin de corroborar la comprensión y coherencia de cada uno de éstos.

2.8 PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego del levantamiento de datos, se creó una matriz en el programa Excel versión 2010, la cual fue exportada al paquete estadístico Stata 9.0. Se describieron las variables de razón e intervalares mediante la media y desviación estándar, siempre que presentaran distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk; en caso contrario se reemplazó por el uso de medianas y rangos intercuartílicos (P_{75} - P_{25}). Las variables nominales y ordinales se describieron por medio de frecuencias absolutas (n) y relativas porcentuales (%), las cuales fueron dispuestas en tablas de frecuencia.

Con el objetivo de probar las hipótesis del estudio se aplicó la prueba de independencia (χ^2), siempre que se presentaran frecuencia esperadas mayores a cinco, de lo contrario se reemplazaron por el coeficiente V de Cramer para variables ordinales y nominales.

Además, se realizó un análisis multivariado utilizando regresión logística múltiple con la técnica paso a paso (*stepwise*). Para todo el análisis inferencial se consideró un nivel de significación de 0,05.

III. ANÁLISIS

3.1 RESULTADOS

De un universo de 225 usuarios con diagnóstico clínico de diabetes mellitus tipo 2, de 65 años y más, se estudió a 116 usuarios, los cuales representaron el 51,56% de la población total. El 48,44% restante correspondió a visitas realizadas no efectivas, encontrándose 8 usuarios fallecidos, pacientes que vivían solos e individuos que actualmente no se encontraban con tratamiento farmacológico.

Análisis descriptivo

Tabla 1.1
Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años y más, según características sociodemográficas (n=116)

CARACTERÍSTICAS	N	%	Md ± RIC*
Sexo			
Hombre	53	45,69	
Mujer	63	54,31	
Edad (años)			71,00 ± 10,00
Nivel educacional			
Sin estudios	18	15,52	
Básico (1 a 8 años)	72	62,07	
Medio (9 a 12 años)	21	18,10	
Superior (Mayor a 12 años)	5	4,31	

*Md: Mediana ± RIC: Rango intercuartílico

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 1.1 muestra que el 45,69% de los usuarios son hombres; el 62,07% presentó estudios básicos, el 18,10% estudios medios, el 4,31% estudios superiores y el 15,52% indicó no poseer estudios.

Tabla 1.2
Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años según características sociodemográficas (n=116)

CARACTERISTICAS	N	%
Situación laboral		
Trabajando con ingresos	7	6,04
Cesante	1	0,86
Jubilado	29	25,00
Pensionado	77	66,38
Otros	2	1,72
Nivel socioeconómico (pesos)		
I Quintil (\leq \$53.184)	52	44,83
II Quintil (\leq \$90.067)	37	31,90
III Quintil (\leq \$140.665)	20	17,24
IV Quintil (\leq \$254.627)	5	4,31
V Quintil ($>$ \$254.627)	2	1,72

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 1.2 señala la situación laboral, observándose que el 66,38% de los usuarios indicó ser pensionado, el 25% jubilado, el 6,04% trabajando con ingresos, el 1,72% realizaba otra actividad laboral, mientras que el 0,86% señaló

estar cesante. En cuanto al nivel socioeconómico se aprecia que el 44,83% perteneció al I quintil y el 31,90% perteneció al II quintil.

Tabla 2
Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años según su adherencia al tratamiento farmacológico

ADHERENCIA	N	%
Adherente	60	51,72
No adherente	56	48,28
Total	116	100,00

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 2 muestra que el 51,72% de los individuos se clasifica como adherente al tratamiento farmacológico, mientras que el 48,28% se identificó como no adherente al tratamiento farmacológico.

Tabla 3
Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años según funcionamiento familiar

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N	%
Familia altamente funcional	105	90,52
Familia moderadamente funcional	9	7,76
Familia severamente disfuncional	2	1,72
Total	116	100,00

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 3 señala en relación al funcionamiento familiar que el 90,52% de los sujetos en estudio se encontró inserto en familias altamente funcionales, el 7,76% en familias moderadamente funcionales y el 1,72% en familias severamente disfuncionales.

Tabla 4
Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años según apoyo familiar

APOYO FAMILIAR	N	%
Bajo	0	0,00
Medio	44	37,93
Alto	72	62,07
Total	116	100,00

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al apoyo familiar, la Tabla 4 muestra que el 62,07% de los participantes del estudio presentaron apoyo familiar alto y el 37,93% se clasificó con apoyo familiar medio. Durante el desarrollo del estudio, no se observaron sujetos con apoyo familiar bajo.

Tabla 5
Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años según tipo de familia

TIPO DE FAMILIA	N	%
Familia nuclear:		
Simple	26	22,41
Biparental	24	20,69
Monoparental	5	4,31
Familia extensa:		
Simple	4	3,45
Biparental	28	24,14
Monoparental	29	25,00
Total	116	100,00

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 5 indica que el 25% de los usuarios está inserto en una familia extensa monoparental y el 24,14% en una extensa biparental. El 22,41% correspondió a familia nuclear simple y el 20,69% a nuclear biparental.

Tabla 6

Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años según estado de pareja

CARACTERISTICAS	N	%
Estado de pareja		
Con pareja	76	65,52
Sin pareja	40	34,48
Total	116	100,00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 6 se aprecia que el 65,52% de los individuos se encontró con pareja al momento del estudio.

Tabla 7

Distribución de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años según número de personas que habitan la vivienda

NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA	N	%
≤ 4	85	73,28
≥ 5	31	26,72
Total	116	100,00

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 7 señala que el 73,28% de los sujetos en estudio vivían con 4 ó menos personas dentro de su vivienda.

Análisis correlacional

Tabla 8

Adherencia al tratamiento según funcionamiento familiar de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		Total
	Adherente	No Adherente	
Familia altamente funcional	56 (93,33)	49 (87,50)	105 (90,52)
Familia moderadamente funcional	4 (6,67)	5 (8,93)	9 (7,76)
Familia severamente disfuncional	0 (0,00)	2 (3,57)	2 (1,72)
Total	60 (100,00)	56 (100,00)	116 (100,00)

n (%) Coef V Cramer= 0,1451

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 8 muestra que el 93,33 y el 87,50% de los sujetos adherentes al tratamiento farmacológico, provinieron de familias “altamente funcionales”, el 6,67 y 8,93% de familias moderadamente funcionales y sólo el 3,57% de familias severamente disfuncionales; existiendo una relación débil entre adherencia al tratamiento farmacológico y funcionamiento familiar (Coeficiente V=0,1451).

Tabla 9
Adherencia al tratamiento según apoyo familiar de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años

APOYO FAMILIAR	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		Total
	Adherente	No Adherente	
Bajo*	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Medio	21 (35,00)	23 (41,70)	44 (37,93)
Alto	39 (65,00)	33 (58,93)	72 (62,07)
Total	60 (100,00)	56 (100,00)	116 (100,00)

n (%) $\chi^2 = 0,4535$ (1 gl); p= 0,501

Fuente: Elaboración propia

* No se obtuvieron resultados con esta clasificación.

La Tabla 9 señala que un 35% de los sujetos adherentes y un 41,70% de los no adherentes al tratamiento farmacológico fueron clasificados con apoyo familiar medio, el 65% de los adherentes y el 58,93% de los no adherentes con apoyo alto, no existiendo una relación estadísticamente significativa de ambas variables (p=0,501).

Tabla 10
Adherencia al tratamiento según tipo de familia de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años

TIPO DE FAMILIA*	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		Total
	Adherente	No Adherente	
Familia nuclear**			
Simple	14 (23,33)	12 (21,43)	26 (22,41)
Biparental	13 (21,67)	11 (19,64)	24 (20,69)
Monoparental	3 (5,00)	2 (3,57)	5 (4,31)
Familia extensa***			
Simple	2 (3,33)	2 (3,57)	4 (3,45)
Biparental	12 (20,00)	16 (28,57)	28 (24,14)
Monoparental	16 (26,67)	13 (23,21)	29 (25,00)
Total	60 (100,00)	56 (100,00)	116 (100,00)

n (%) *Coef V Cramer= 0,1045

Fuente: Elaboración propia

**Coef V Cramer = 0,0348

***Coef V Cramer = 0,1191

La Tabla 10 muestra que en familias nucleares; el 23,33% de los usuarios adherentes y el 21,43% de los no adherentes fueron clasificados como familias nucleares simples, el 21,67 y el 19,64% como nucleares biparentales y el 5 y 3,57% como nucleares monoparentales respectivamente; habiendo una correlación débil en ambas variables (Coef. V=0,0348). Para familias extensas, el 3,33 y el 3,57% fueron clasificados como simples, el 20 y el 28,57% como biparentales y el 26,67 y el 23,21% como monoparentales respectivamente,

existiendo una correlación débil entre adherencia al tratamiento y familia extensa (Coef V=0,1191). Al correlacionar adherencia al tratamiento y tipo de familia (independiente de su clasificación), se observó una correlación débil entre ellas (Coef V=0,1045).

Tabla 11

Adherencia al tratamiento según estado de pareja de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años

ESTADO DE PAREJA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		Total
	Adherente	No Adherente	
Con pareja	40 (66,67)	36 (64,29)	76 (65,52)
Sin pareja	20 (33,33)	20 (35,71)	40 (34,48)
Total	60 (100,00)	56 (100,00)	116 (100,00)

n (%) $\chi^2 = 0,0727$ (1 gl); p= 0,787

Fuente: Elaboración propia

La tabla 11 indica que de los usuarios adherentes y no adherentes al tratamiento farmacológico, el 66,67 y el 64,29% indicaron estar con pareja; y el 33,33 y el 35,71% sin pareja, respectivamente, no existiendo relación estadísticamente significativa entre ambas variables (p=0,787).

Tabla 12

Adherencia al tratamiento según número de personas que habitan la vivienda de usuarios diabéticos tipo 2 mayores de 65 años

NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		Total
	Adherente	No Adherente	
≤ 4	46 (76,67)	39 (69,64)	85 (73,28)
≥ 5	14 (23,33)	17 (30,36)	31 (26,72)
Total	60 (100,00)	56 (100,00)	116 (100,00)

n (%) $\chi^2 = 0,7297$ (1 gl); p= 0,393

Fuente: Elaboración propia

La tabla 12 señala que el 76,67% de los adherentes y el 69,64% de los no adherentes indicaron vivir con 4 ó menos personas en su vivienda, mientras el 23,33 y 30,36% señalaron vivir con 5 ó más personas; no existiendo una relación estadísticamente significativa entre el número de personas que habitan la vivienda de los participantes del estudio y la adherencia al tratamiento farmacológico. (p=0,393)

Análisis multivariado

Tabla 13

Regresión logística múltiple de factores familiares asociados a la no adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes diabéticos tipo 2 (n=116)

Factor	Odds Ratio	Error típico	Z	p	IC 95%
dummyfufa1	1.70 x 10 ⁻⁸	4.00 x 10 ⁻⁸	-7.62	<0,001	[1.71 x 10 ⁻¹⁰ ; 1.70 x 10 ⁻⁶]
dummyfufa2	2.80 x 10 ⁻⁸	6.73 x 10 ⁻⁸	-7.23	<0,001	[7.51 x 10 ⁻¹⁰ ; 3.12 x 10 ⁻⁶]

Ajustado por sexo y edad

Fuente. Elaboración propia

La tabla 13 presenta los resultados de una regresión logística múltiple que resume los factores ingresados al modelo, en la cual se consideró la variable dependiente adherencia al tratamiento farmacológico como; adherente (código 0) y no adherente (código 1), interpretándose las variables que el modelo registró como estadísticamente significativas, en base a esta última categoría, las variables independientes se transformaron en dicotómicas con la técnica *dummy* (cada categoría se transformó en una variable artificial, indicándose con códigos 0 para la “no presencia” y 1 para la “presencia” de la categoría en cada uno de los participantes del estudio).

En consecuencia, los usuarios provenientes de familias altamente funcionales (*dummyfufa1*) y familias moderadamente funcionales (*dummyfufa2*) presentaron valores de Odds ratios de $1,70 \times 10^{-8}$ y $2,80 \times 10^{-8}$ veces para la no adherencia farmacológica, siendo estadísticamente significativos (ambos con $p < 0,001$), ajustados según sexo y edad.

3.2 DISCUSIÓN

La familia constituye el elemento fundamental de soporte social y de los cuidados de la persona mayor (12), considerándola como un recurso valioso y una fuente de apoyo para el tratamiento de la enfermedad (29), conformando además un factor influyente en la adherencia al tratamiento, encontrándose inserta en el entorno social y cultural del usuario (13). En base a esto, la adherencia al tratamiento farmacológico representa un componente importante de la salud y un elemento de influencia fundamental para el bienestar de este grupo etario (9).

La diabetes mellitus es una enfermedad de tipo crónico degenerativa de alta prevalencia en Chile (24). El descontrol glicémico implica la aparición de múltiples complicaciones de tipo irreversibles de alto impacto, las cuales reducen la calidad y expectativa de vida de la población (6).

De acuerdo a lo anterior, es importante destacar que el presente estudio buscó realizar un análisis de la realidad local, cuyo propósito fue determinar la relación entre factores familiares y adherencia al tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2, inscritas en el CECOF Padre Hurtado de la comuna de Chillán.

En relación a las características sociodemográficas, el promedio de edad fue de 71 años, un 54,3% de la muestra correspondió a mujeres y un 45,7% a hombres. Estos resultados son homogéneos al compararlos con datos del INE, año 2010 en el país, donde la distribución por sexo de la población adulto mayor correspondió a 57,2% de mujeres y 42,9% de hombres (58). Estos datos se corroboran con los del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en el año 2009, en donde la distribución según sexo fue de 58% de mujeres y 42% de hombres (59).

Respecto al nivel socioeconómico (NSE) de la población en estudio, ésta se concentró principalmente en el primer y segundo quintil, con un 44,8 y 31,9% respectivamente, situación que se contrasta con los datos entregados por CASEN 2009 en Chile, la cual concluye que la mayor parte de los usuarios adultos mayores se sitúan en el primer quintil (21,9%) y en el tercer quintil (20,6%). Sin embargo, se mantiene la tendencia de la población a concentrarse en los primeros tres quintiles del NSE (60). La diferencia que existe a nivel nacional y local puede ser ocasionada debido a que en éste último, la baja escolaridad, situación laboral centrada básicamente en la agricultura y ruralidad propia del sector, podrían condicionar el contexto, generando menores oportunidades para acceder a recursos en edades avanzadas, lo cual influye en las condiciones de vida de este grupo etario.

El nivel educacional, según los datos que se obtuvieron en la investigación, correspondió en su mayoría al rango entre 1 a 8 años de estudio, con un 62,1%. Según estadísticas obtenidas a través de la encuesta CASEN 2009, el promedio de escolaridad de los adultos de 60 años y más, corresponde a 7,6 años de estudio en hombres y 6,8 años de estudio en mujeres (60), evidenciándose semejanzas en este aspecto, con predominio de la población con nivel básico de educación.

Además, según CASEN se aprecia que en Chile la situación laboral en personas entre 70 y 74 años de edad, corresponde principalmente a adultos mayores desocupados (85,1%), lo cual es homogéneo según lo obtenido en esta investigación en la que la mayor parte de la población correspondió a usuarios jubilados y pensionados (25,0 y 66,4%, respectivamente) (60).

En relación a la adherencia al tratamiento farmacológico, la OMS señala, que en países desarrollados las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%, cifra que disminuye en países subdesarrollados (8). La OMS cita a Badía X., quien refiere que sólo el 50% de los pacientes crónicos son adherentes a sus tratamientos (8), lo que se

relaciona con los resultados obtenidos en este estudio, donde el 51,72% de la población se clasificó adherente, mientras que el 48,28% restante no lo fue. Asimismo, en la investigación de Giacaman, J., titulada “Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital de Ancud” se obtuvieron resultados similares, evidenciándose que existe un 68% de adultos mayores adherentes y un 32% de no adherentes al tratamiento (39), lo cual confirma que existe un equilibrio entre la población adherente y no adherente a sus tratamientos. Estas concomitancias se pueden deber a la similitud de la población estudiada.

Medir la adherencia al tratamiento se hace dificultoso, ya que no existe un método exclusivo para ello (10). En la actualidad existen métodos directos para su evaluación, dentro de los cuales se encuentran exámenes de sangre y orina, los que han sido cuestionados puesto que miden resultados del control glicémico por sobre el proceso de adherencia. Por otro lado se encuentran los métodos indirectos, como las entrevistas, los que son generalmente utilizados, debido a que presentan la evaluación propia del paciente respecto a su adherencia (58).

En esta investigación se evaluó la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la aplicación del “Test de Morisky-Green”, el cual utiliza un método de entrevista que fue previamente validado de manera internacional y desarrollado mediante prueba piloto en la realidad local.

La evaluación del cumplimiento terapéutico se encuentra mediada, entre otras cosas, por la motivación del usuario para recuperar la salud o por adaptarse a su condición de enfermo, lo que a su vez se condiciona por los conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad (61), aspecto importante reflejado en esta investigación, donde la población en estudio mayoritariamente presentaba desmotivación a seguir las indicaciones de salud, desconociendo aspectos importantes de la enfermedad que padece y los efectos del tratamiento prescrito, lo que puede generar desconfianza en los tratamientos, anteponiendo creencias personales por sobre las recomendaciones médicas,

desaprovechando los beneficios de llevar una adherencia al tratamiento farmacológico.

Otro aspecto importante a considerar, es que la población estudiada constituida por personas mayores, generalmente recibe tratamientos simultáneos para diferentes enfermedades crónicas, generando como consecuencia la polifarmacia, problema esencial en este grupo etario. Esta condición, da lugar a tratamientos farmacológicos que condicionan al paciente a consumir medicamentos varias veces al día, lo que genera desgaste, pérdida de la motivación y por consiguiente el olvido en la toma de fármacos (8), lo que se evidenció en este estudio, debido a la gran proporción de pacientes que no eran adherentes a su tratamiento, relacionándose entre otras cosas, a la presencia de múltiples patologías, como avala la literatura mencionada.

Según la OMS, los costos directos de las complicaciones atribuibles a un control deficiente de la diabetes son 3 a 4 veces mayores que los de un buen control, además, refiere que si los sistemas de salud pudieran promover más eficazmente la adherencia al autocuidado de la diabetes, los beneficios humanos, sociales y económicos serían considerables. El incrementar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia al tratamiento puede lograr un alcance mayor sobre la salud de la población que mejorar los tratamientos médicos específicos. El sistema de salud debe tener en cuenta el conjunto de factores que influyen y determinan el cumplimiento terapéutico y no enfocarse exclusivamente en lo biomédico. Es importante percatarse que los pacientes necesitan apoyo y no que se les culpe por llevar mal un tratamiento (8).

Con respecto al apoyo familiar de la muestra, se obtuvo que la mayor parte de los sujetos en estudio presentó un apoyo familiar alto, seguido de un apoyo familiar medio. Asimismo, la adherencia al tratamiento farmacológico fue mayor cuando la persona poseía un apoyo familiar alto. Sin embargo, no existió relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Estos resultados se asimilan con el estudio de Ponce, J. et al, del año 2009, el cual concluye que el apoyo

social percibido por los diabéticos no se relaciona con el control metabólico (47). Del mismo modo, un estudio realizado en el año 2012 por Soriano E., afirma que el apoyo familiar no se vincula con la respuesta terapéutica, no existiendo relación entre éste y el control o descontrol metabólico (51). Sin embargo, existen estudios que se contraponen con lo planteado anteriormente, entre ellos, la investigación realizada el año 2008 por Rosland, A. et al, en donde afirma que el apoyo de amigos y familia influye positivamente tanto en el tratamiento medicamentoso, como en el control de la glicemia diaria (44). Además, el Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2008, señala que las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad (31). Según Mendez D.M. et al, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento (28). De igual modo, Ramirez V. en el año 2006, afirma que el apoyo ofrecido por la familia al paciente diabético, influye de manera importante para que él acepte la enfermedad, se esfuerce por controlarla y aprenda de los cambios positivos en el estilo de vida que impone una patología crónica como la diabetes (6).

Según la literatura anteriormente planteada, el apoyo proporcionado por el entorno genera una mayor adherencia a los tratamientos, ya que si una familia está atenta a las indicaciones y a la educación proporcionada acerca de los cuidados a entregar y además, brinda soporte afectivo adaptando el ambiente a la enfermedad, es posible que la respuesta del usuario a su tratamiento sea adecuada. Sin embargo, según los resultados de esta investigación el apoyo familiar no fue significativo con la adherencia farmacológica, lo cual pudiera deberse a que los familiares tienen estilos de apoyo demasiado intrusivos con el tratamiento de los adultos mayores. Así lo afirma el estudio de Ortego M. el año 2004 en donde describe que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico; que genera culpabilidad; y/o que se presenta excesivamente ansioso, indulgente,

rígido y controlador, puede provocar un "efecto boomerang" que resulte en un deterioro de la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica (62). Del mismo modo, según Rocha B., et al, adoptar por parte de los familiares estilos educativos de sobreprotección se relaciona con menores niveles de adherencia terapéutica (50). De esto se deduce que la adherencia depende principalmente de la disposición y compromiso que presente el usuario frente al tratamiento, independiente del apoyo y control otorgado por la familia y las recomendaciones brindadas por el profesional sanitario. Es probable que el efecto boomerang pudiese encontrarse presente en la población en estudio, cuando la familia mostraba excesiva preocupación por el tratamiento. El efecto planteado anteriormente pudo estar presente debido a factores propios del individuo, puesto que al ser adulto mayor la familia lo visualiza como un miembro más vulnerable.

Además, la no relación entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento farmacológico pudo deberse a factores propios derivados del proceso de recolección de datos, donde es importante mencionar que el instrumento utilizado para medir el apoyo familiar fue validado a nivel internacional, lo cual debido a diferencias individuales, sociales y culturales puede limitar la percepción de los usuarios acerca de este concepto.

Tal como se evidencia anteriormente, gran parte de las investigaciones mencionadas considera el apoyo social y más aún familiar, determinante para lograr la adhesión al tratamiento, por lo cual es relevante considerar, no sólo al individuo, sino también su entorno, fomentando su incorporación y participación activa en las acciones de salud. Actualmente en Chile esto se concreta con la instauración del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario y la atención de salud integral.

Acerca de la relación entre el tipo de familia y adherencia al tratamiento farmacológico, el 22,41% de los usuarios de este estudio perteneció a una familia nuclear simple, mientras que un 25% perteneció a una familia extensa monoparental. Asimismo, este último tipo de familia presentó mayor adherencia al

tratamiento farmacológico (26,67%), apreciándose una diferencia de 3% con respecto a familias nucleares. Sin embargo, la relación entre ambas variables es débil. Esto concuerda con el estudio realizado por Bello, N., el año 2011, en el cual se observa que el control glicémico se correlaciona débilmente con el tipo de familia (63). Asimismo, Alba L., en el año 2009 concluye que el tipo de familia no se relaciona estadísticamente con el control glicémico, con un 48% de controlados en familias nucleares y un 43,6% en familias extensas (48).

No obstante, existe literatura que se contrasta con los resultados anteriores, entre ésta se encuentra una investigación realizada entre los años 2003-2009 por Bautista L. et al, concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre adherencia y familia de tipo nuclear, así como también correlación significativa entre familias balanceadas y adhesión completa (43). Asimismo, Valadez I., afirma que la estructura familiar influye en el control del paciente diabético tipo 2, donde el porcentaje más elevado de no controlados recae en familias nucleares (64).

Conforme a los resultados obtenidos en este estudio, la débil relación entre tipo de familia y adherencia al tratamiento farmacológico se justifica, como se menciona anteriormente, en que la motivación del individuo es el factor primordial para llevar un tratamiento eficaz, por lo que independiente del tipo de familia que posee el usuario, el logro de una buena adherencia depende mayoritariamente de factores propios de éste, sin excluir la influencia generada por su entorno.

Respecto al estado de pareja de la población en estudio, se observó que el 65,52% presentaba pareja mientras un 34,48% no se encontraba en esta situación. Los individuos que estaban en pareja presentaban similar porcentaje tanto en adherentes como no adherentes al tratamiento farmacológico, con 66,67 y 64,29% respectivamente. Del mismo modo, los individuos que no tenían pareja al momento del estudio constituían un porcentaje semejante con un 33,33% adherente y 35,71% no adherente. Esto revela que no existe una relación significativa entre estas dos variables, situación que difiere con lo que señala

Martos MJ., et al, quien afirma que el apoyo social se relaciona de manera general con la salud y el bienestar de los enfermos crónicos, especialmente el apoyo de la pareja y familia. El nivel de reciprocidad indica el grado en que el usuario percibe que el apoyo recibido de su pareja es equitativo al que éste entrega. La satisfacción con el apoyo social y la reciprocidad con la pareja constituyen las variables que en mayor medida predicen la adherencia a las prescripciones, existiendo en el caso de reciprocidad con la pareja una asociación significativa (42).

Esta diferencia, puede deberse a que, como se ha mencionado anteriormente, es el propio usuario el que finalmente decide como llevar su enfermedad y por tanto su tratamiento, siendo la presencia o ausencia de una pareja, factores no decisivos al momento de cumplir indicaciones médicas.

En relación a la adherencia al tratamiento farmacológico según el número de personas que habitan la vivienda, los resultados señalan que para los grupos adherentes y no adherentes al tratamiento farmacológico, el 76,67% y el 69,64% respectivamente indicaron vivir con 4 ó menos personas en su vivienda, y el 23,33% y 30,36% señalaron vivir con 5 ó más personas siendo adherentes y no adherentes respectivamente. Se destaca que no existe literatura que avale estos resultados.

Es posible mencionar que independiente de la cantidad de individuos que integren el hogar y de su organización dentro de éste, no necesariamente sus integrantes proporcionarán un apoyo que asegure una adherencia efectiva del usuario. El tipo y calidad de relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia influirá en mayor medida, que el número de integrantes de ésta, en la motivación del individuo, favoreciendo o declinando en consecuencia la adherencia al tratamiento y por ende, las posibilidades de controlar su enfermedad.

En relación al funcionamiento familiar, se señaló que el 90,52% de los sujetos en estudio se encontró inserto en familias altamente funcionales, el 7,76% en familias moderadamente funcionales, y el 1,72% en familias severamente disfuncionales. En cuanto a la relación de esta variable con adherencia al tratamiento, se puede mencionar que el 93,33% de los adherentes y el 87,50% de los no adherentes provinieron de familias “altamente funcionales”, el 6,67% de los sujetos adherentes y el 8,93% de los que no se adhieren al tratamiento, provinieron de familias moderadamente funcionales y sólo el 3,57% de los no adherentes tenían familias severamente disfuncionales, existiendo una asociación débil entre estas variables, resultados que difieren con estudios de la literatura, como señala Méndez D.M. et. al, en su investigación titulada “Disfunción familiar y control del paciente” donde refiere que la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia al descontrol glicémico en el paciente diabético (28).

Los resultados de este estudio indican que no existe una asociación significativa entre funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual puede deberse a que la relación entre éstas se realizó mediante un análisis bivariado, el cual asocia el funcionamiento familiar como una dimensión general sin apreciar la significancia de las categorías que la componen.

En base a esto y con la intención de explorar en la investigación, se desarrolló un análisis multivariado mediante regresión logística, con el fin de esclarecer la relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y factores familiares, debido a que es la familia y los factores que la componen, la unidad básica y fundamental de mayor influencia en el cumplimiento terapéutico. No obstante, es importante señalar que los resultados obtenidos a partir de este análisis deben tomarse con cautela, debido a que el tamaño muestral no permite confirmar del todo los resultados obtenidos.

A partir de lo anterior, se obtuvo que la variable funcionamiento familiar, específicamente las categorías de familia altamente funcional y moderadamente funcional resultaron estadísticamente significativas, manifestándose ambas como

factores protectores para la adherencia al tratamiento farmacológico, lo que se asimila a lo obtenido por Bautista-Samperio L. et al., en su investigación llamada: “Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria”, exponiendo que una buena funcionalidad familiar (medida a través del APGAR familiar) se asocia a la adherencia, a su vez, a través de FACES III, se aprecia un coeficiente de correlación significativo entre familias balanceadas y adhesión completa (43). Asimismo, los resultados de esta investigación se respaldan con el estudio realizado por Alba L. et al., el que concluye que existe una diferencia significativa entre pacientes controlados y descontrolados a partir de la adherencia al tratamiento, donde el funcionamiento familiar se asocia significativamente con el control glicémico, la disfunción familiar moderada/severa se asoció con incremento del riesgo de mal control, al punto que ninguno de los pacientes con disfunción familiar severa tuvo buen control de la enfermedad. En la medida en que se incrementa la disfunción familiar aumenta el riesgo de mal control (48).

La medición del funcionamiento familiar permite identificar la dinámica de la familia a través de la satisfacción o insatisfacción del paciente con su vida familiar. Para ello se utilizó el APGAR familiar, el cual tiene importantes ventajas como instrumento de medición, por su sencillez, rapidez y fácil aplicación (28), atributo que es aún mayor, considerando que este instrumento fue validado en Chile, adecuándose a la realidad local de las familias, al entendimiento y percepción que éstas tienen respecto del grado de satisfacción de su sistema familiar.

Los resultados de esta investigación confirman que el funcionamiento de la familia es un componente fundamental en el tratamiento de una persona, influyendo en la adherencia al tratamiento farmacológico, comportándose como factor protector de ésta. En consecuencia, es importante continuar con los lineamientos actuales de las políticas públicas, las cuales se enfocan en la familia como la base social que determina la salud de los individuos.

En definitiva, los resultados de esta investigación avalan parcialmente el modelo teórico utilizado en este estudio, el cual indica que el entorno de un individuo interviene en su nivel de estrés y finalmente determinará su nivel de salud y bienestar.

El funcionamiento que tiene una familia influye en los miembros de ésta, siendo la dinámica familiar lo que determinará las actitudes de sus integrantes. Tanto una familia altamente funcional como una moderadamente funcional pueden ser consideradas como un factor protector para el individuo, motivando al usuario a emprender acciones de autocuidado. Sin embargo, y en base a los resultados de este estudio, el apoyo familiar no constituye un factor influyente en la adherencia al tratamiento farmacológico, puesto que, una persona logra mayor adherencia al poseer una familia funcional que al percibir un alto apoyo por parte de algún integrante de su familia, lo que en conclusión implica que el apoyo familiar no actúa como un ente motivador en el usuario para asegurar la continuidad de tratamiento.

IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El estudio “Relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y factores familiares en personas mayores diabéticas tipo 2 inscritas en el Centro Comunitario de Salud Familiar Padre Hurtado de la comuna de Chillán” permitió conocer el grado de adherencia al tratamiento de los adultos mayores a nivel local y la influencia de factores familiares sobre éste.

En respuesta objetivos planteados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La muestra se constituyó preferentemente por sujetos de sexo femenino, sin embargo no se observó diferencia porcentual significativa entre hombres y mujeres.
2. La edad promedio de los sujetos de la muestra fue de 71 años.
3. Más de la mitad de las personas contempladas en la investigación se clasificó dentro del nivel educacional básico (62,1%).
4. En relación a la situación laboral, la mayor parte de los sujetos de la muestra se clasificó como pensionado (66,4 %).
5. La mayoría de los sujetos en estudio se clasificó dentro del primer y segundo quintil, donde predominó un ingreso menor o igual a \$53.184 per cápita.
6. El 90,5% de los sujetos de la investigación tuvieron un funcionamiento familiar alto.
7. El apoyo proporcionado por las familias a los sujetos de la investigación fue predominantemente alto. (62,1%)
8. El tipo de familia predominante en el estudio fue de tipo extensa monoparental, no existiendo diferencia porcentual significativa entre familia nuclear y extensa.

9. Más del 50% de los individuos en estudio se encontraban en pareja al momento de la investigación (65,5%).
10. La mayor parte de los individuos estudiados vivían con un número menor o igual a 4 personas en su vivienda.
11. El funcionamiento familiar se relacionó débilmente con la adherencia al tratamiento farmacológico.
12. El apoyo familiar no se relacionó significativamente con adherencia al tratamiento farmacológico.
13. Las variables tipo de familia y adherencia al tratamiento farmacológico se relacionaron débilmente.
14. El estado de pareja de los sujetos de la muestra no se relacionó significativamente con adherencia al tratamiento farmacológico.
15. La relación entre número de personas que habitan la vivienda y adherencia al tratamiento farmacológico no fue significativa según los resultados obtenidos en este estudio.
16. En base a las hipótesis se concluye:
 - a) Se rechaza H1: El funcionamiento familiar fue independiente de la adherencia al tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas.
 - b) Se rechaza H2: El apoyo brindado por la familia fue independiente a la adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores diabéticas.
 - c) Se rechaza H3: El tipo de familia no se relacionó con adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos.
 - d) Se rechaza H4: El estado de pareja no se relacionó significativamente con adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos.
 - e) Se rechaza H5: El número de personas que habitan la vivienda fue independiente de la adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores diabéticas.

4.2 SUGERENCIAS

Los antecedentes encontrados en este estudio permiten establecer sugerencias que orienten futuras investigaciones en el tema:

1. En estudios futuros referentes a adherencia al tratamiento incluir como variable el control metabólico.
2. Realizar posteriores estudios de adherencia al tratamiento con diseño analítico, de caso y control.
3. Incluir el enfoque intercultural en futuras investigaciones acerca de adherencia.
4. Incluir variables propias del individuo que puedan influir en la adherencia al tratamiento farmacológico, entre ellas: pluripatología, polifarmacia, años de patología y motivación personal.
5. Realizar estudios comparativos con el área rural.
6. Ampliar este estudio a otros o la totalidad de los CESFAM de la comuna.
7. Dar a conocer y difundir los resultados de este estudio a los profesionales de las instituciones involucradas en éste.
8. Implementar programas educativos acorde al nivel educacional de los adultos mayores con un enfoque familiar.
9. Estudiar la relación entre apoyo familiar percibido por el usuario y desgaste percibido por el cuidador.
10. Creación de un instrumento que permita la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico en base a la percepción del usuario, considerando además, el control glicémico, con el fin de objetivar los resultados.

4.3 LIMITACIONES

1. Deficiente actualización de registros referente a aspectos claves para la investigación, tales como: domicilio, estado de patología y defunciones.
2. Dificultad para encontrar estudios sobre número de personas que habitan la vivienda, además de investigaciones adecuadas a la realidad nacional, regional y local.
3. Inexistencia de instrumento que mida apoyo familiar y adherencia al tratamiento farmacológico validados a nivel nacional, con enfoque al usuario adulto mayor.

V. BIBLIOGRAFÍA

1.- SENAMA, “Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez”, pp 6, 8, 21, 23, [en línea] Santiago, Chile 2009, <http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf> [Consulta: 29 noviembre 2011].

2.- GARCIA LEGUIAZAMON, M “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel”, Bogotá durante el mes de agosto del 2008 [en línea], Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de enfermería, departamento de enfermería clínica, Bogotá D. C., 2008, <<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis01.pdf>> [Consulta: 26 diciembre 2011].

3.- MINISTERIO DE SALUD “Perfil Epidemiológico del Adulto mayor en Chile” Documento de trabajo [en línea] Santiago, Chile 2006. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles4020_recurso_1.pdf> [Consulta: 21 noviembre 2011].

4.- KINSELLA en PUGA, D “et al” en “Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada” [en línea] Población y Salud en Mesoamérica, ISSN 1659-0201, Vol. 5, N°. 1, 2007. Disponible en <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2488413>>, (Ejemplar dedicado a: Proyecto CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable) [Consulta: 12 abril 2012]

- 5.- Federación Internacional de la Diabetes (IDF), [en línea], Regional overviews, <<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/regional-overviews>> [Consulta: 26 junio 2012]
- 6.- RAMIREZ DIAZ, GERMAN V. “Disfunción y Falta de Apoyo Familiar Como Factor Desencadenante de Descontrol Glucémico del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2” [en línea] Universidad de Colima, colima, México, noviembre 2006. Disponible en<http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/VICENTE_GERMAN_RAMIREZ_DIAZ.pdf>.[Consulta: 20 noviembre 2011].
- 7.- MINSAL, ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, [en línea], pp 59, 60 Disponible en: <<http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>> [Consulta: 26 junio 2012]
- 8.- World Health Organization (OMS), 2003, Adherence to long-termtherapies: “evidence for action” La adherencia en tratamientos a largo plazo: “La evidencia para la acción” [En línea] Disponible en <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>> [Consulta: 08 marzo de 2012]
- 9.- PALOP LARREA; MARTINEZ MIR. En “Adherencia al tratamiento en el paciente anciano” Información terapéutica del sistema nacional de salud [en línea] España 2004 vol 28- N°5, disponible en <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf> [Consulta: 21 noviembre 2011].

10.- JANSA, M; VIDAL, M Avances en diabetología: “importancia del cumplimiento terapéutico, cumplimiento terapéutico en el contexto de enfermedades crónicas, [en línea] Hospital ClínicUniversitari. Barcelona 2009 pp 55, disponible en <<http://sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1.pdf#page=55>>[Consulta: 20 noviembre 2011].

11.- DOHERTY y BAIRD en YURSS, I “Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar” [en línea] Pamplona, Colombia ,ANALESSis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2) pagina 75 y 76. Disponible en<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/pdf/08aten~1.pdf>> [Consulta: 5 octubre 2011].

12.- ZAVALA, M. “et al”, en su “FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR” [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext>, Ciencia y enfermería, vol. 12 n° 2, Concepción dic. 2006. [Consulta 12 abril 2012]

13.- DILLA, T. “et al” en “Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora”, Published in Aten Primaria. [en línea] España 2009;41:342-8. - vol.41núm 06. Disponible en <<http://www.elsevier.es/en/node/2074325>> [Consulta: 21 noviembre 2011].

14.- MARTINEZ FUENTES, A; FERNANDEZ DIAZ, I. en “Ancianos y salud”, [en línea] La Habana, Cuba, Julio 2008 disponible en

<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi10408.htm> [Consulta: 29 noviembre 2011].

15.- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Naciones Unidas (ONU), “Una sociedad para todas las edades”, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002, [En línea], <<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>> [Consulta: 08 Marzo 2012]

16.- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), “Población adulta mayor en el bicentenario” boletín informativo, Santiago, Chile, septiembre de 2010, [En línea] <[http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzg0NA==Poblaci%C3%B3n_Adu lta Mayor en el Bicentenario](http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzg0NA==Poblaci%C3%B3n_Adu%20lta_Mayor_en_el_Bicentenario)> [Consulta: 2 diciembre 2011]

17.- MORENO, E., MILES, J., Servicio Nacional del Adulto Mayor, (SENAMA), Fuente: Instituto nacional de estadísticas (INE), Junio 2003 [En línea] <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adult osmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf> [Consulta: 15 junio 2012]

18.- FORTTES, P “Construyendo políticas públicas para una sociedad que envejece” [en línea] Santiago, Chile, junio 2008. pp 16 y 17. Disponible en <<http://www.expansiva.cl/media/archivos/20080707164817.pdf>> [Consulta: 2 diciembre 2011]

19.- MINSAL, “Modelo de atención integral en salud “(extracto) Subsecretaría de redes asistenciales [en línea] Santiago, Chile 2005. Disponible en

<<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclo vital/saludreproductiva.pdf>> [Consulta: 13 noviembre 2011].

20.- PIMIENTA WOOR, R.M; FERNANDEZ ARGUELLES, R. “Eventos adversos a medicamentos en ancianos atendidos en un servicio de medicina familiar en Nayarit, México”; [en línea] Rev Cubana Farm v.41 n.3 Ciudad de la Habana sep-dic 2007, <http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol41_3_07/far09307.htm> [Consulta: 6 diciembre 2011].

21.- GOBIERNO DE CHILE “Problema de salud AUGE: Diabetes Mellitus Tipo 2” [en línea] Santiago Chile. <<http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-507.htm>> [Consulta: 22 noviembre 2011].

22.- MINISTERIO DE SALUD CHILE (MINSAL), “Guía clínica Diabetes Mellitus 2010”. [En línea] Santiago, Chile, pp 11, 12 y 13 <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>> [Consulta: 12 diciembre 2011].

23.- Organización mundial de la salud (OMS), [en línea], centro de prensa, Diabetes, Nota descriptiva N°312, Septiembre de 2011, Disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>> [Consulta: 26 junio 2012]

24.- Encuesta nacional de salud 2009 - 2010 (ENS), [en línea] cap 1 pp 17, cap 5 pp 149, disponible en [Consulta 26 de junio 2012] <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>> [Consulta: 10 diciembre 2011]

25.- REY, R; MARINI,J “El control estricto de la glucemia es un objetivo central en el tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 2” [en línea] Rev. Argentina de Cardiología v.76 n.6 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, nov./dic. 2008.<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185037482008000600010> [Consulta: 23 diciembre 2011].

26.- BEMBIBRE TABOADA, R; BALBOA GODOY, F; LOPEZ REGUEIRO, T “Estudio anual de una población diabética por el médico de familia”. [en línea] Rev. cubana Med.GenIntegr 2000; 16 (1): 57-6 <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi10100.htm> [Consulta: 24 noviembre 2011].

27.- VALENCIAGA RODRIGUEZ, J; GONZALES DE LA VEGA, F; PONS BRAVET, P; SANCHEZ VALDES, O: “Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia” [en línea] revista Cubana: medicina general integral, abril-junio 2005. <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_2_95/mgi02295.htm> [Consulta: 12 noviembre 2011].

28.- MENDEZ-LOPEZ, “et al”, en “disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2” [en línea] México, pp 3, RevMed IMSS 2004; 42(4), <<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>> [Consulta: 3 diciembre 2011].

29.- ORTIZ GOMEZ, M.T; LOURO BERNAL, I; JIMENEZ CANGAS,L; SILVA AYAGUER,L “la salud familiar. Caracterización en un área de salud” [en línea]

Rev Cubana Med Gen Integr, La Habana, Cuba, 1999, disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi14399.htm> [Consulta: 18 diciembre 2011].

30.- SENAMA “Chile y sus mayores: Resultados segunda encuesta nacional Calidad de vida en la vejez” [en línea] Chile, 2010. Disponible en <http://www.senama.cl/filesapp/ChileYsusMayores_EncuestaCalidaddeVida.pdf> [Consulta: 5 noviembre 2011].

31.- MINSAL, Subsecretaría de redes asistenciales, Departamento de Diseño y Gestión de APS, “Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria” Enero 2008, [En línea] <<http://www.serviciodesaludnuble.cl/recursos/archivos/Manual.pdf>> [Consulta: 15 mayo 2012]

32.- CASTELLANO-MUÑOZ, P; “et al” “adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria”. [en línea] Unidad de consultas externas, hospital Costa del Sol, España 2008. Disponible en <<http://www.carloshaya.net/biblioteca/enfer2008/adherencia.pdf>> [Consulta: 27 diciembre 2011].

33.- DEPAUX, R. “et al” en “En el camino a centro de salud familiar” [En línea] MINSAL, pp. 7, 41, 59. Santiago, Chile, 2008, <<http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/camino.pdf>> [Consulta: 6 marzo 2012]

34.- MINSAL, “Atención primaria” servicio de salud Chiloé, Chile. [En línea]. <http://sschiloe.redsalud.gob.cl/url/page/ssalud/sschiloe/g_como_me_atiendo/acion_primaria.html> [Consulta: 25 de junio 2012].

35.- MINSAL, “Manual de apoyo a la implementación de centros comunitarios de salud familiar”, dirigido a equipos de salud en atención primaria, Chile, 2008, Subsecretaria de redes asistenciales, atención primaria. [En línea] <http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=manual+de+apoyo+a+la+implementaci%C3%B3n+de+centros+comunitarios+de+salud+familiar&source=web&cd=2&ved=0CFEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ssmaule.cl%2Fpaginas%2Findex2.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_view%26gid%3D633%26Itemid%3D98&ei=I0j1T6D8AoP69QSfmvTzBg&usq=AFQjCNEQRa3IBK0E9AUyTCgTeW6kXDklwQ&cad=rja> [Consulta: 24 de junio 2012].

36.- CISNEROS, F. en “Introducción a los modelos y teorías de enfermería” Popayan, 2002, [en línea]. Universidad del Cauca. Disponible en <<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>> [Consulta: 24 de junio 2012].

37.- LEON, C. en “Enfermería ciencia y arte del cuidado” [en línea]. 2006. Revista cubana Enfermer 2006; 22 (4). Disponible en <http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm> [Consulta: 24 de junio 2012].

38.- MARRIER TOMEY, A; RAILE ALLIGOOD, M “Modelos y teorías en enfermería”, cuarta edición, Madrid, España 1999, editorial harcourtbrace. pp 268, 271, 272, 273.

39.- GIACAM, J., en “adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de ancud”, 2010, Valdivia Chile. [en línea]. <<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fcg429a/doc/fcg429a.pdf>> [Consulta: 22 de junio 2012]

40.- LEE, JEANNICE K; GRACE, KAREN A; TAYLOR, ALLEN J “Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol” published [en línea] in the Journal of American Medical Association .<<http://jama.ama-assn.org/content/296/21/2563.full>>[Consulta: 27 diciembre 2011]

41.- CABRERA DE LEON, A; “et al” “Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2” [en línea] Rev. Esp. Salud Publica vol.83 no.4 Madrid July/Aug. 2009<http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272009000400008&script=sci_arttext&tlng=es> [Consulta: 27 diciembre 2011].

42.-MARTOS MENDEZ, M.J; POZO, C; ALONSO, E “Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos” [en línea] España Boletín de PSICOLOGÍA Nº 3, Julio 2008, pp 59-77. Disponible en <<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N93-4.pdf>> Consulta: 15 noviembre 2011].

43.- BAUTISTA-SAMPERIO, L. "et al". en "Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria", 2009 México. [en línea] archivos de medicina familiar, vol. 11, núm 3 ,pp 106-112. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/507/50719105003.pdf>> [Consulta: 22 junio 2012]

44.- ROSLAND, A.M "et al" "when is social support important? the association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors" [en línea] department of internal medicine, university of Michigan, Detroit, Michigan J Gen intern Med 23(12): 1992-9. society of general internal medicine 2008. Disponible en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596525/>> [Consulta: 26 diciembre 2011].

45.- GOMES.VILLAS, L. "et al", en "Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus", Sao Paulo, Brasil, [en línea]. Rev. latino-Am.Enfermagem 20 (1): [08 pantallas]. Disponible en :<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_08.pdf> [Consulta: 22 junio 2012]

46.- MARTOS MENDEZ, M.J; POZO MUÑOZ, C "Apoyo funcional vs. Disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico" [en línea] Anales de psicología 1 enero 2011, vol.27 página 47-57 <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16717018006.pdf>> [Consulta: 27 enero 2012]

47.- PONCE, JM. "et al". en "Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes", 2009, Granada, España [en línea]. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400002&script=sci_artte xt&tlng=pt> [Consulta: 22 junio 2012]

48.- ALBA, L H. y "et al". en " prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital universitario de san Ignacio, Bogotá, Colombia". 2009, Bogotá, Colombia. [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400002&script=sci_artte xt> [Consulta: 22 junio 2012]

49.- GARCIA LOPEZ, R "Frecuencia de Disfunción Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial descompensada" [en línea] Colima, México, febrero 2007. Disponible en <http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf> [Consulta: 27 diciembre 2011].

50.- ROCHA B. "et al". en "Relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos", 2009, Barcelona España. [en línea]. Interamerican Journal OF psychology, vol 43, num 2, pp 340-349. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/284/28412891015.pdf>> [Consulta: 22 junio 2012]

51.- SORIANO, L., en “Apoyo familiar y función familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la respuesta terapéutica”, 2012 Puebla, México. [en línea].Ejemplo tesis 2. <<http://www.residentesumf6.com/investigacion.html>> [Consulta: 22 junio 2012]

52.- PARDO, E.; FIERRO, M.; IBÁÑEZ, M. en “Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar”. Bogotá colombia 2011, [en línea]. pp.5. Disponible en<<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2398/1/47434947%5B1%5D.pdf>> [Consulta: 14 abril 2012]

53.- SANCHEZ, M. “et al”, en “medida de la adherencia al tratamiento antirretroviral”, 2009, España. [en línea]. Publicado en RevClinEsp 2009: 261-262-vol. 209 núm 05. Disponible en <<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-clinica-esp%C3%B1ola-65/medida-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-13137855-cartas-al-director-2009>> [Consulta: 14 abril 2012]

54.- CONCHA, M. “et al” en “Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados” 2010, Chillán, Chile [en línea]. Theoria, vol. 19, núm 1, 2010, pp. 41-50.Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/299/29916956004.pdf>> [Consulta: 18 de abril 2012]

55.- BELLÓN, JA.”et al” en “Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar” 1996, Granada, España. [en línea]. Publicado en aten primaria. 1996; 18:289-96. – vol.18 núm 6. Disponible

en<<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357-originales-1996>> [Consulta: 15 abril 2012]

56.- QUINTERO, L. en “Percepción del apoyo Familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2” 2004, México. [en línea]. <<http://eprints.uanl.mx/1785/1/1020149421.PDF>> [Consulta: 15 abril 2012]

57.- VALADEZ, I.; ALFARO, N.; CENTENO,G. en “ Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2” 2003, Guadalajara, México. [en línea]. Investigación en salud, diciembre, año/vol. V, número 003. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14250305.pdf>> [Consulta: 15 abril 2012]

58.- INE, “compendio estadístico”, [en línea]. Chile 2010. Disponible en <http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.2estdemograficas.pdf> [Consulta: 25 de junio 2012].

59.- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (SENAMA), “Fuerza mayor una radiografía del adulto mayor Chileno” [en línea]. Chile 2009, disponible en <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Fuerza_Mayor_una_radiografia_del_AM_chileno.pdf> [Consulta: 23 junio 2012]

60.- MINISTERIO DE DESARROLLO Y PLANIFICACIÓN (MIDEPLAN), “Adulto mayor, encuesta CASEN” [en línea]. Chile 2009, pp 18, 28, 34. Disponible en <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/Casen2009_Adulto_Mayor.pdf> [Consulta: 23 junio 2012].

61.- MARTIN, L. “et al” en “La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud” [en línea]. Xalapa, México 2004, Psicología y salud, volumen 14. < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114110.pdf>> [Consulta: 24 junio 2012]

62. ORTEGO, M. “La adherencia al tratamiento, Variables implicadas” pp 4 [en línea].España<http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/08/8022.pdf> [Consulta: 24 junio 2012]

63.- BELLO, N. en “Factores familiares y personales relacionados con el control glicémico del paciente diabético tipo 2 perteneciente al centro de salud familiar Violeta Parra”, optando al grado de magister, Chillán Chile, 2011. Universidad del Bío Bío [Consulta: 24 junio 2012]

64.- VALADEZ FIGUEROA, I; ALDRETE RODRIGUEZ, M A; ALFARO ALFARO, N. en “Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2” [en línea]. Cuervaca, México 1993 salud pública de México, vol. 35, número 005. <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10635506.pdf>> [Consulta: 8 diciembre 2011]

VI. ANEXOS

ANEXO 1: Variables

Variable	Categorización	Definición conceptual	Definición operacional
<p>Adherencia al tratamiento farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adherente • No adherente 	<p>Grado en el que la conducta de un usuario, en relación con la toma de medicación, corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 2003)</p>	<p>Se consideró:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherente (Todas las respuestas negativas) • No adherente (Una o más respuestas positivas)
<p>Funcionamiento familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Familia altamente funcional • Familia moderadamente funcional • Familia severamente disfuncional 	<p>Forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas, lo cual es percibido por la persona mayor. Se relaciona directamente por ejemplo, con la presencia o control de una patología crónica en uno o varios de sus integrantes.</p>	<p>Se consideraron las categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia altamente funcional (7-10 puntos) • Familia moderadamente funcional (4-6 puntos) • Familia severamente disfuncional (0-3 puntos)

Variable	Categorización	Definición conceptual	Definición operacional
Apoyo familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	<p>Soporte y sustento proporcionado por los miembros de la familia a la persona mayor diabética, dentro o fuera del hogar.</p>	<p>Se clasificó en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar bajo (51-119 puntos) • Apoyo familiar medio (120-187 puntos) • Apoyo familiar alto (188-265 puntos)
Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear: <ul style="list-style-type: none"> Simple Biparental Monoparental 	<p>Clasificación desarrollada a partir de la estructura y organización de las personas que componen el hogar, en base a las relaciones establecidas entre los integrantes del grupo familiar.</p>	<p>Se clasificó en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear: <ul style="list-style-type: none"> - Simple - Biparental - Monoparental

	<ul style="list-style-type: none"> • Extensa <p>Simple</p> <p>Biparental</p> <p>Monoparental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear: <p><u>Simple:</u> Integrada por una pareja sin hijos.</p> <p><u>Biparental:</u> Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos.</p> <p><u>Monoparental:</u> Integrada por uno de los padres y uno o más hijos.</p> • Familia extensa: <p><u>Simple:</u> Integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros parientes o no parientes.</p> <p><u>Biparental:</u> Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos y por otros parientes.</p> <p><u>Monoparental:</u> Integrada por uno de los miembros de la pareja con uno o más hijos y por otros parientes.</p> <p>(Comisión Nacional de la Familia, 1992)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Familia extensa: <ul style="list-style-type: none"> - Simple - Biparental - Monoparental
--	---	--	--

Variable	Categorización	Definición conceptual	Definición operacional
Estado de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • Sin pareja 	<p>Presencia de un vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo.</p>	<p>Se consideró:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • Sin pareja
Número de personas que habitan la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 4 • ≥ 5 	<p>Número de personas (emparentadas o no emparentadas entre sí) que comparten la misma vivienda, las que se asocian para proveer en común a sus necesidades alimenticias o de otra índole vital.</p>	<p>Se clasificó en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 4 • ≥ 5

Variable	Categorización	Definición conceptual	Definición operacional
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que dividen al género humano en dos grupos: hombre y mujer.	Se consideraron las categorías de: <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Edad	Años	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio. Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Se consideró: Edad medida en años, meses y días cumplidos.
Nivel educacional	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Básico • Medio • Superior 	Nivel de instrucción o escolaridad de los individuos evidenciándose en la cantidad de años que la persona mayor recuerda haber cursado.	Se clasificó en: <ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Básico (1-8 años) • Medio (9-12 años) • Superior (mayor a 12 años)

Variable	Categorización	Definición conceptual	Definición operacional
Situación laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajando con ingreso • Cesante • Jubilado • Pensionado • Otro 	<p>Empleo, oficio o actividades diarias realizadas por los individuos, refiriéndose a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada, durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga. (CASEN, 2009)</p>	<p>Se clasificó en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajando con ingreso • Cesante • Jubilado • Pensionado • Otro
Nivel socio-económico	<ul style="list-style-type: none"> • I Quintil • II Quintil • III Quintil • IV Quintil • V Quintil 	<p>El nivel socioeconómico es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros, constituyendo una estratificación que influye en el estilo de vida que puedan llevar, implicando situaciones de ventajas diferenciales en el acceso a bienes materiales y consumo.</p>	<p>Se consideraron los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I Quintil: ≤ \$53.184 • II Quintil: ≤ \$90.067 • III Quintil: ≤ \$140.665 • IV Quintil: ≤ \$254.627

		<p>Los quintiles son una forma de clasificar a los hogares de una población según sus ingresos. Cada quintil corresponde a la quinta parte o 20% de los hogares ordenados en forma ascendente, de acuerdo al ingreso autónomo per cápita de éste, donde el primer quintil (Quintil I) representa el 20% más pobre de los hogares y el quinto quintil (Quintil V) el 20% más rico de éstos. (CASEN, 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none">• V Quintil: > \$254.627
--	--	--	---

ANEXO 2: Carta de autorización



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

OFICIO N° 67/2012

MAT.: Solicita Autorización
CHILLAN, abril 25 de 2012

A: **SRA. NANCY JARA JARA**

Directora – Centro de Salud Familiar Violeta Parra, Chillán

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada: **“Relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y factores familiares en personas mayores diabéticas inscritas en el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) Padre Hurtado, Chillán, 2012”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesisistas:

- Verónica Chandía Reyes 17.352.347-5
- Daniela Lazo Aranquiz 17.345.467-8
- Camila Mora Inostroza 17.351.383-6
- Carolina Triviño Santana 17.457.206-2

Académico Guía:

Sra. Pamela Montoya Cáceres.

Propósito de la Tesis:

- Determinar la relación entre factores familiares y adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores diabéticas tipo 2 del CECOF Padre Hurtado, Chillán, 2012.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

Objetivo General de la Tesis:

- Relacionar los factores familiares con la adherencia al tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2 del CECOF Padre Hurtado, Chillán, 2012.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan realizar la recolección de datos, mediante la aplicación de un instrumento a personas mayores portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2, pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular, asistentes al Centro Comunitario de Salud Familiar, dependiente del establecimiento de salud, que usted dirige.

Asimismo, solicito a usted, la autorización correspondiente, para que los estudiantes, puedan efectuar la **prueba piloto**, mediante la aplicación de un instrumento a personas mayores portadoras de diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular, asistentes al CESFAM, que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de tales datos, se realizará durante los meses de mayo y junio del año en curso, garantizando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

EEL/ssc.

c.c.

📁 Sra. Adriana Hernández Espinoza – Enfermera Coordinadora, Centro de Salud Familiar Violeta Parra.

📁 Archivo Escuela Enfermería.

ANEXO 3: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO
 Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a):

La siguiente investigación corresponde a una tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería de la Universidad del Bío Bío, que tiene como propósito determinar la relación entre los factores familiares y la adherencia al tratamiento farmacológico de las personas mayores diabéticas tipo 2 del CECOF Padre Hurtado.

Su participación en este estudio es voluntaria, toda información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán anónimas, por lo tanto su nombre y otros datos personales no aparecerán cuando se obtengan los resultados del estudio o publicación de éste.

Si usted decide participar en esta investigación, se le solicitará responder preguntas de un cuestionario que le tomarán un tiempo estimado de 20 minutos.

Además, tendrá la libertad de omitir preguntas hechas en las entrevistas y dejar de participar en cualquier momento. En caso de presentar alguna duda acerca de este estudio, puede hacer preguntas durante su participación en ésta.

Si usted y su familiar están dispuestos a participar de esta investigación, por favor firme donde corresponda.

“Acepto voluntariamente participar y firmo a continuación”:

 Firma del participante

Investigadores Responsables		Profesor Guía de Tesis:	
Nombre	Rut	Nombre	Rut
-Verónica Chandía	17.352.347-5	EU. Sra. Pamela Montoya	
-Daniela Lazo	17.345.467-8		
-Camila Mora	17.351.383-0		
-Carolina Triviño	17.457.206-2		

ANEXO 4: Instrumento recolector de datos



A. CUESTIONARIO

Relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y factores familiares en personas mayores diabéticas tipo 2, Centro Comunitario de Salud Familiar Padre Hurtado, Chillán, 2012

I. Antecedentes sociodemográficos

1. Sexo

- Hombre ()
- Mujer ()

2. Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

3. ¿Cuál fue su último año de estudios cursado?

4. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabajando con ingreso ()
- Cesante ()
- Jubilado ()
- Pensionado ()
- Otros ()

5. ¿Cuál es el ingreso económico mensual de la familia?

\$ _____

II. Antecedentes Familiares

6. ¿Cuál es su estado de pareja actual?

- Con pareja ()
- Sin pareja ()

7. ¿Cuántas personas habitan la vivienda durante el último año?

8. ¿Con quien vive?

- Con pareja ()
- Con hijos ()
- Con pareja e hijos ()
- Con otro familiar ()

Especificar: _____

9. Tipo de Familia:

Familia Nuclear:

- Simple ()
- Biparental ()
- Monoparental ()

Familia Extensa:

- Simple ()
- Biparental ()
- Monoparental ()
- Amplia ()
- Reconstituida ()

B. Test Morisky-Green

	Si	No
1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2.- ¿Olvida tomar sus medicamentos a la hora indicada?		
3.- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomarlos?		
4.- Si alguna vez sientan mal, ¿deja de tomarlos?		

Clasificación:

- Adherente al tratamiento farmacológico: Todas las respuestas negativas **(No/No/No/No)**
- No adherente al tratamiento farmacológico: Una o más respuestas positivas **(Si)**

C. APGAR Familiar

	Casi nunca 0	A veces 1	Casi siempre 2
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

Clasificación:

- Familias altamente funcionales: de 7 a 10 puntos
- Familias moderadamente funcionales: de 4 a 6 puntos
- Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos

D. Instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo II

- A:** Siempre
B: Casi siempre
C: Ocasionalmente
D: Rara vez
E: Nunca

	A	B	C	D	E
1.El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse el azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
c) La hija/o mayor	5	4	3	2	1
d) Otra persona	1	2	3	4	5
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que:					
a) Tomar sus medicamentos	5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted:					
a) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
b) Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
c) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
d) Insiste amenazando	1	2	3	4	5
e) No dice nada	1	2	3	4	5
9. Usted se da cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético:					
a) Porque no sabe	5	4	3	2	1
b) Porque no le gusta	5	4	3	2	1
c) Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d) Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1

11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende su tratamiento sin indicación médica:					
a) Le recuerda	5	4	3	2	1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
d) Lo regaña	1	2	3	4	5
e) Nada	1	2	3	4	5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva al familiar a hacer ejercicio (camina)	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la azúcar	5	4	3	2	1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar	5	4	3	2	1
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5	4	3	2	1
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted					
a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c) Esta al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
d) No se da cuenta	1	2	3	4	5
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar	5	4	3	2	1
21. Conversa con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5	4	3	2	1
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento?					
a) Tes	1	2	3	4	5
b) Homeopatía	1	2	3	4	5
c) Remedios caseros	1	2	3	4	5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético:					
a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
c) El recorte adecuado de las uñas	5	4	3	2	1
d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1

Clasificación:

- Apoyo familiar bajo: 51-119 puntos
- Apoyo familiar medio: 120- 187 puntos
- Apoyo familiar alto: 188- 265 puntos