

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-León

Facultad de Ciencias Médicas



VI año de Medicina

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR A TÍTULO DE MÉDICO Y
CIRUJANO**

TEMA:

Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, en el centro de salud Enrique Mántica Berio del Departamento de León en el mes de Agosto del año 2017

AUTORES:

- Samuel Jonatán Chavarría Trejos.
- Juan Alfonso Corea Bravo.

Tutor:

Dr. Javier Zamora.

Miércoles 15 de Noviembre del 2017

“A la libertad por la Universidad”

DEDICATORIA

A Dios, quien es el dador de la vida y permite que día a día tengamos entusiasmo para luchar por nuestras metas y deseos.

A nuestros padres, quienes sin importar las circunstancias no han dudado en apoyarnos hasta estas instancias de la vida, quienes siempre creen y confían en nosotros, que con esmero ponen todo su esfuerzo sin esperar nada a cambio.

A nuestros hermanas, por el apoyo brindado a lo largo de estos años fuente de energía valor y motivación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque está siempre en todo momento con nosotros, a nuestras familias que creyeron en todo momento en nosotros y fueron nuestro mayor apoyo para llegar donde estamos.

A la directora del Centro de Salud Enrique Mántica Berio, Dra. Delgado, por permitirnos realizar nuestro estudio en dicho centro, a los pacientes del Programa de enfermedades crónicas, que con toda disposición nos brindaron información que facilitó la realización de este estudio.

A nuestro tutor, Dr. Javier Zamora, por su apoyo, disponibilidad y accesibilidad, por su dedicación a la enseñanza y capacidad para sacar a relucir nuestras ideas.

Al Lic. Carlos Rojas, por su incondicional apoyo en la realización de nuestro trabajo, esmero, palabras de ánimo hasta el final.

RESUMEN

La calidad de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico poseen una gran relevancia en aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas. La adherencia al tratamiento es un problema frecuente al que se enfrenta en la práctica médica, se acentúa en los pacientes crónicos y alcanza hasta el 50% en los países desarrollados. Una buena adherencia debe incluir cambios de estilos de vida, ajustes en la cultura, valores y buena percepción de la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas.

Materiales y métodos: el tipo de estudio es descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 287 pacientes (182 mujeres). Los instrumentos utilizados fueron: El test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine y El Instrumento de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BREF (2005). El análisis fue univariado y bivariado.

Resultados: el 17.8% presentaba baja calidad de vida, 76% calidad de vida media y 6.2% calidad de vida alta. El 62.7% eran no adherentes. Se encontró que de los pacientes adherentes (37.3%) la mayoría presentó alta calidad de vida (77.8%) y de los no adherentes la mayoría tenía baja calidad de vida (84.3%).

Conclusión: la mayoría de pacientes que presentan no adherencia al tratamiento tienen calidad de vida baja.

Palabras clave: Calidad de vida, Adherencia Terapéutica, Enfermedades Crónicas,

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES:.....	8
JUSTIFICACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS	14
MARCO TEÓRICO:	15
MATERIALES Y MÉTODO:.....	23
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES:.....	39
RECOMENDACIONES:	44
REFERENCIAS:.....	46
ANEXOS.....	52



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y el Asma) y la Diabetes.¹

La organización mundial de la salud, define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”, y que, influenciado por factores socioeconómicos, relacionados con el sistema de salud y equipo de asistencia sanitaria, relacionados con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente.²

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas³, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.⁴

Los problemas crónicos una vez establecidos pueden acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducirlo a la muerte; Sin embargo, aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que exige cada una de las enfermedades, pueden incluso alargar su vida⁵

Existen muchos factores que pueden influir en la calidad de vida de un paciente con enfermedad crónica tales como cambios en la dieta, ejercicio físico, la cantidad de medicinas, la vía de administración de medicamentos, el tipo de trabajo, el apoyo familiar, la accesibilidad a los servicios de salud, entre otros; Pero el cumplimiento del tratamiento



de base es indispensable para mantener controlada en niveles aceptables la enfermedad y permitir una mejor adaptación del individuo a las exigencias del medio en que vive.

Es por ello que, la adherencia al tratamiento posee una gran relevancia en la calidad de vida de aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas. El objetivo de este trabajo conocer y evaluar ambos parámetros, en una población de pacientes con enfermedades crónicas previamente diagnósticas y registradas dentro del programa de Crónicos de uno de los centros de salud de la ciudad de León, Nicaragua. Los resultados permitirán apoyar intervenciones que faciliten mejorar la calidad de vida de los pacientes, con una adherencia al tratamiento más efectiva.

En este mismo sentido el objetivo del desarrollo y propósitos de esta tesis va más allá de solo conocer la calidad de vida del paciente y su adherencia al tratamiento, sino también brindar recomendaciones generales tanto a los usuarios, sector salud, familiares y comunidad científica universitaria de como poder establecer acciones que permitan elevar la calidad de vida del grupo a estudio.



ANTECEDENTES:

Alba et al realizó un estudio en Córdoba, España, en el año 2015, en 154 pacientes crónicos polimedicados, mayores de 65 años, se demostró que del total de pacientes el 62,9% presentaron adherencia al tratamiento. No se aprecia una relación entre la adherencia al tratamiento (AT) y la calidad de vida cuando se valora todo en conjunto con la salud, aunque si se encontró una asociación con dos de sus dimensiones: cambio favorable en el estado de salud en comparación con el de dos semanas antes, y dolor experimentado durante ese mismo periodo. Así, los pacientes que afirman sentirse mejor de salud que en el pasado, en términos globales, son los que a la vez muestran un mayor grado de adherencia al tratamiento, lo que puede ser una consecuencia del efecto beneficioso que el tratamiento seguido pueda estar ejerciendo sobre su estado de salud percibido. Por otro lado, los ancianos con menor percepción de dolor presentaron peor adherencia al tratamiento que los que manifestaron presentar dolor en mayor grado, sobre todo si este es intenso.⁶

En un estudio realizado por López en Chile, en el año 2010 en 96 pacientes diabéticos, de donde la población estaba distribuida en 26% hombres y 74% mujeres, mostró que el 62.5% resultó adherente al tratamiento farmacológico siendo similar en ambos sexos. No existían diferencias estadísticamente significativas por sexo y edad.⁷

Díaz y Présiga realizaron un estudio en Antioquía, Colombia, en el año 2016, en 75 pacientes con enfermedad renal crónica, El 68% de los pacientes eran adherentes al tratamiento. No se encontró asociación entre las variables sociodemográficas, las características clínicas y la adherencia al tratamiento; se encontraron diferencias en algunos de los factores de la calidad de vida relacionada con la salud entre el grupo de adherentes y no adherentes.⁸

En un estudio realizado por Guarín y Pinilla, en dos hospitales de Bogotá, Colombia, en 2013-2014 en 242 pacientes (hospitalizados y ambulatorios) 81% tenían hipertensión arterial controlada, mostró que el 31.4% eran adherentes y con una calidad de vida



relacionada con la salud dentro de un rango medio de 49.2%. En los pacientes ambulatorios se presentó asociación entre la variable calidad de vida y adherencia ($p < 0.001$).⁹

Un estudio realizado por Vásquez, en Guatemala, en el 2016, en pacientes con hipertensión arterial crónica, de donde el 71,84% de la población era del sexo femenino y un 28,15% del sexo masculino, este estudio demostró que el 47,57% era adherente y un 52,42% era No adherente al tratamiento farmacológico. Los hallazgos encontrados en la investigación fueron que los pacientes se olvidan de tomar los medicamentos con un porcentaje del 35,18% y dejan de tomarlo cuando se encuentran bien con un porcentaje de 27,77% según el test utilizado.¹⁰

En una tesis elaborada por Camacho y fuentes en adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas de centros de salud rurales del estado de México, en el año 2014, mostró que los adultos mayores del género masculino presentan una mejor calidad de vida, respecto al género femenino. De igual manera, la calidad de vida se mantiene dentro del mismo rango (bueno y regular). Con respecto al número de padecimientos en los participantes en el estudio, se puede observar una mejor calidad de vida en aquellos que han sido diagnosticados con una sola enfermedad, respecto a los que padecen más de una.¹¹

Castillo y Arocha realizaron un estudio en la Habana, Cuba, en el año 2008, en 300 personas con enfermedades crónicas degenerativas, que eran atendidos en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y en el Instituto de Neurología y Neurocirugía. Se obtuvo que solo 3.33% de muy buena calidad de vida, y el 14.67% presento una pobre calidad de vida.¹²

A nivel nacional no se encontraron estudios similares que valoraran la Calidad de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en la población de pacientes crónicos.



JUSTIFICACIÓN

Se conoce cómo el vivir o cuidar de una persona con enfermedad crónica genera profundos cambios en la vida a nivel de nuclearización de la familia, cambio de roles dentro de la misma, uso de espacios físicos y sentimientos de impotencia, así como es capaz de modificar la habilidad del cuidado de las personas, sea a corto o a largo plazo existirán variaciones en cuanto a la calidad de vida de las personas que sufren de dicha enfermedad, repercutiendo no solo en la familia sino también a nivel social, por los cambios adaptativos que sufren, la inestabilidad laboral, cambios en la economía familiar y los altos costos que representa, para el estado de Nicaragua cubrir con los tratamientos de enfermedades crónicas.¹³

Evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y su adherencia al tratamiento, ayudará al clínico y a las instituciones proveedoras de salud pública, tanto a nivel local, departamental o regional, brindar una mejor atención en cuanto a la sensibilización, control y monitoreo de los avances positivos que tiene el paciente en el curso de la enfermedad, alcanzando así, algunos objetivos cruciales como la permanencia dentro de los programas y la disminuciones de las complicaciones propias de cada enfermedad, y al mismo tiempo tener presente la existencia de algunos factores o determinantes que puedan influir negativamente en la adherencia farmacológica o calidad de vida he identificarlos.

Todo lo anterior se deduce que las enfermedades no transmisibles, por su aumento, costos de salud, y demás repercusiones sociales son un tema de importancia y que varios aspectos como la calidad de vida y adherencia al tratamiento de los pacientes que cursan con dichas enfermedades crónicas no transmisibles ayudaría de manera significativa en cuanto a la calidad de vida de los mismos pacientes y del país.

Por ende con el estudio se busca obtener información valiosa respecto al porcentajes de adherencia y calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, la cual será de utilidad para los sistemas de salud, en cuanto a costos, forma de atención, permanencia dentro del programa y administración de recursos, a los pacientes en cuanto a sus progreso positivo, mejor calidad de vida y disminución de gastos, familiares y a nivel de la



comunidad universitaria, para establecer las bases que faciliten tomar nuevas acciones o fortalecer las existentes en cuanto a atención de los pacientes con enfermedades crónicas en la atención primaria. Además servirá de referencia para otros estudios que se realicen en León u otro departamento del país.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

Cuando un paciente acude al sistema sanitario se generan una serie de costes asociados a ese acto médico, derivados de: Coste de adquisición, preparación, administración y monitorización de los medicamentos, Coste de hospitalización, visitas consulta externa y/o médico de familia, visita al servicio de urgencia, etc, Coste de consulta intrahospitalaria o entre niveles asistenciales, Pruebas complementarias efectuadas y analíticas realizadas, Cirugía y otros procedimientos (diálisis, trasplante, etc.), Coste de tratamiento recaídas/recidivas Estos costes se incrementan de forma exponencial en el momento en que no se cumple el tratamiento. “De hecho, los costes de hospitalización por mala adherencia representan cerca 13.350 millones de dólares en Estados Unidos, lo que constituye el 1,7% de su gasto sanitario, lo cual aumenta más en países subdesarrollados.

Pero la no adherencia no sólo afecta al sistema sanitario sino también al paciente “ya que los enfermos incurren en una serie de gastos asociados a los costes de los desplazamientos a los centros de salud u hospitales, al tiempo perdido por ellos y sus familiares, al gasto de tener que contratar cuidadores para el paciente y también las modificaciones que se ven obligados a realizar en la casa para ajustarla a sus necesidades (instalación de rampas, etc.)”. A estos se añaden los gastos perdidos en productividad por los días de baja laboral y los años de vida productivos perdidos a causa de una muerte prematura.

De acuerdo a registros de Estadística Vitales del Ministerio de Salud de Nicaragua, cada año mueren en promedio 1904 personas por Enfermedades isquémicas del corazón, 1167 por Enfermedades cerebrovasculares, 1142 por Diabetes mellitus, 817 por Insuficiencia renal y 543 por Enfermedades hipertensivas. En el período 2005-2012 se observó tendencia ascendente en las tasas de mortalidad por 100,000 habitantes según Enfermedades isquémicas del corazón (de 36.1 a 40.0), Enfermedades cerebrovasculares



(de 22.0 a 23.45), Diabetes mellitus (de 19.3 a 26.6), Insuficiencia renal (de 13.2 a 19.1) y por Enfermedades hipertensivas (de 8.15 a 13.33).¹⁴

En Nicaragua los Adultos mayores (60 años de edad y más) En el año 2005, representaban 4,8% del total de población, en estimaciones del 2014 representan el 7% (16). El número de consultas médicas realizadas en primer nivel de atención por este grupo de población aumentó de 394.752 en 2005 a 882.054 en 2012, siendo en promedio 5,5% del total de consultas (5). Entre 2005 y 2012 se registraron 91.977 defunciones, un 5 promedio anual de 11.497, y para año 2012, 65% del total de defunciones del país esto asociado en la mayoría de los casos a enfermedades crónicas no transmisibles.¹⁴

De lo anterior surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la calidad de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas del Centro de Salud Enrique Mántica Berio del municipio de León en el período Agosto del 2017?



OBJETIVOS:

General:

Evaluar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedades crónicas del Centro de Salud Enrique Mántica Berio de la ciudad de León en el período comprendido entre Julio y Agosto del 2017.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra a estudio.
2. Valorar la calidad de vida de los pacientes en estudio.
3. Estimar el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes crónicos del centro de salud Enrique Mántica Berio.



MARCO TEÓRICO:

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual. Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza. Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida.¹⁵

Según la OMS la definición de Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health-Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.¹⁶⁻¹⁸

En la actualidad, la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencia para la vida cotidiana, rico y complejo al mismo tiempo, y cuya clarificación puede ser de



gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo actual, porque cuando nos referimos a la calidad de vida, estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todas las personas, y a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de nuestras relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental donde vivimos. Con calidad de vida, se hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales.¹⁹

Diferentes enfoques teóricos sobre la calidad de vida	
Enfoque Biologista	Analiza la calidad de vida centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.
Enfoque Ecologista	La valoración de la calidad de vida se realiza desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considera principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.
Enfoque Economicista	Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades.
Enfoque Sociologista	La calidad de vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad. Valora la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros.
Enfoque Psicosocial	Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida y sobre sus emociones y sentimientos al respecto de esta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las socio-ambientales desde la percepción personal.

Fuente: Referencia 19

Las funciones valoradas por una persona, en este caso particular, por el adulto mayor puede ir desde las básicas como tener abrigo, alimentarse bien y no presentar enfermedades que se puedan prevenir, hasta condiciones más complejas como son el respeto a sí mismo, participar de forma activa en el escenario institucional, integrarse a su contexto social, ser



autónomo en la toma de decisiones. La capacidad es un tipo de libertad para el logro de diferentes estilos de vida y de una mejor calidad de vida.¹⁹

Adherencia terapéutica:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.²⁰

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos beneficios y las claves para la acción.²¹

Elementos que inciden en la Adherencia.²²

Han sido identificados más de 200 variables que pueden intervenir en la Adherencia a un tratamiento, cualquiera sea este, pero se han concentrado en 5 grandes grupos de factores relacionados:

Factores Socioeconómicos (Accesibilidad)

- Costo de la medicación
- Costo del transporte para acceder al medicamento
- Falta de Redes de apoyo efectivo que faciliten el acceso.
- Creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento.

Factores relacionados a la Enfermedad

- Conocimiento de la enfermedad (promoción y prevención de la misma)
- Sintomatología, abandono en la mejoría, abandono en la peoría
- Tiempo de evolución

Historia natural de la enfermedad Comenzar un tratamiento con una pregunta tan simple como ¿Qué sabe Usted de su enfermedad? y escuchar lo que tiene para decirnos, implica no



solo el cambio de paradigma, sino que permite que el paciente ingrese como sujeto activo a su plan terapéutico

Factores relacionados al Tratamiento

- Confianza en la efectividad del mismo
- Cambios en el estilo de vida. Cuando el tratamiento implica los cambios referidos por ejemplo en la dieta, el ejercicio, la dificultad a la adherencia es mayor.
- Temor a las reacciones adversas (como el temor a efectos cardíacos adversos con el uso de beta 2 agonistas)
- Cantidad de fármacos, duración del tratamiento, polifarmacia terapéutica y/o preventiva (prevención secundaria)

Para aquellos pacientes que requieran cambios en el modo de vida dentro del plan terapéutico, el promover la adherencia no solo implica una especial atención de parte del médico y el compromiso del paciente, debe incorporar a la familia como partícipe necesario; el apoyo, la compañía y la solidaridad de sus miembros será un factor fundamental para alcanzar los objetivos del tratamiento a largo plazo.

Factores relacionados al paciente

- Creencias respecto al tratamiento y su efectividad.
- Del proceso salud-enfermedad (como sucede en aquellos pacientes que toman de antihipertensivos solo cuando tienen cifras elevadas de tensión arterial).
- Culturales (es el caso de padres que se niegan a vacunar a sus hijos).
- Situaciones como stress, enfermedades psiquiátricas, enfermedades neurodegenerativas, pérdida de memoria.
- Motivación de solicitar ayuda a los efectos de afrontar y confrontar.

Un tratamiento no funcionará a largo plazo si no se derriban las barreras que surgen de las creencias del paciente y se construye junto al mismo la motivación que permita su continuidad. Debe evitarse la transferencia negativa del cuidado de la salud para lo que se hace imprescindible una adecuada relación médico-paciente y médico-familia, brindando en forma oportuna, clara, y honesta la información necesaria.

Factores relacionados al Equipo Asistencial

- Relación médico paciente inadecuada con falta de confianza recíproca.



- Falta de conocimiento y preparación para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs).
- Falta de accesibilidad a los medios adecuados para el diagnóstico, a la continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido (programación del seguimiento)
- Antagonismo terapéutico y/o interacción entre prescripciones con alimentos y fármacos.

La adherencia a un plan terapéutico es uno de los temas de salud más importantes en relación con la eficacia del tratamiento, los costes sanitarios y la seguridad del paciente. Desafortunadamente, los pacientes de edad avanzada con autonomía, son especialmente vulnerables al incumplimiento terapéutico, porque tienen ratios de morbilidad más altos, combinados con problemas cognitivos y sociales, que dificultan el uso correcto de los medicamentos.²³

Enfermedades crónicas:

En diferentes contextos se hace referencia a las enfermedades crónicas (EC) con diferentes nombres. Algunas veces el término “enfermedades no comunicables” se utiliza con el fin de diferenciarlas de aquellas enfermedades infecciosas o “comunicables”; y también se las puede llamar “enfermedades relacionadas con el estilo de vida o el comportamiento”. Por otro lado, otro modo de definir enfermedad crónica es referirse a aquella que dura más de tres meses y no se autolimita. En esta actualización llamaremos enfermedades crónicas a aquellas que comparten las siguientes características: a) curso prolongado o larga duración (tres meses o más); b) lenta progresión; c) posibilidad de ausencia de síntomas en su inicio; d) ausencia de curación en algunos casos; e) posibilidad de prevenirlas y/o controlarlas. Las EC se destacan por su prevalencia y por la carga de enfermedad que generan. Podemos mencionar a las enfermedades cardiovasculares (ECV), al cáncer, a las enfermedades respiratorias crónicas -enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma- y a la diabetes. Otras enfermedades incluidas en esta categoría por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los trastornos mentales, las enfermedades osteoarticulares, las enfermedades bucodentales, los trastornos genéticos, y los trastornos de la visión y la audición. Vale destacar que alguna de estas enfermedades, como la osteoartritis y la



enfermedad bucodental, comparten factores de riesgo (tabaco, alcohol y obesidad) con las primeras mencionadas.²⁴

Diabetes mellitus: La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. En 2014, el 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes.²⁵⁻²⁶

Epilepsia: La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Los episodios de convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día.²⁷

Enfermedad hipertensiva: La hipertensión arterial significa que la presión dentro de los vasos sanguíneos (llamados arterias) es muy alta. A medida que el corazón bombea contra esta presión, tiene que trabajar más arduamente. Con el tiempo, esto lleva a que el miocardio se engruese. Debido a que a menudo no hay síntomas con la hipertensión, las personas pueden tener este problema sin saberlo. Los síntomas frecuentemente no se presentan hasta después de muchos años de un mal control de la presión arterial, cuando se presenta daño al corazón. Sin tratamiento para la hipertensión arterial, se pueden presentar síntomas de insuficiencia cardíaca. Algunas veces, el músculo puede estar tan hipertrófico que no recibe suficiente oxígeno, lo cual puede causar angina (dolor torácico). La hipertensión arterial también conduce al engrosamiento de las paredes de los vasos



sanguíneos. Cuando se combina con depósitos de colesterol en los vasos sanguíneos, aumenta el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.²⁸

Asma bronquial: El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche.²⁹

Enfermedad Renal Crónica: La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas.³⁰

Otras enfermedades crónicas: Obesidad, Dislipidemia, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Enfermedades psiquiátricas (Incluye **los trastornos mentales graves**, como las psicosis esquizofrenia, trastorno bipolar, etc., trastornos de la personalidad, adicciones, depresión, autismo, Trastornos obsesivos y Anorexia), Cardiopatías: Habitualmente se refiere a la enfermedad cardíaca producida por aterosclerosis. Entre ellas se pueden mencionar: Infarto agudo de miocardio, Cardiomiopatías, Arritmias cardíacas etc., Enfermedades reumáticas

Adherencia terapéutica en pacientes crónicos:

Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por dos aspectos fundamentales; su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos. Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, asma bronquial. También son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica



clínica, habiéndose detectado repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costes sanitarios y no sanitarios.³¹⁻³⁴

Los problemas de adherencia están siempre presentes, independientemente de la enfermedad, del tipo de paciente o del grupo demográfico, y sea cual sea su nivel socioeconómico. De forma general, los resultados de un extenso metaanálisis de estudios clínicos realizados en las últimas décadas demostraron una adherencia media del 75,2%; es decir, uno de cada 4 pacientes no toma la medicación de la forma que se considera adecuada. Por enfermedades la adherencia terapéutica es distinta; es más elevada en los pacientes con sida (88,3% como promedio entre los distintos estudios), seguida por aquellos con cáncer (79,1%) y epilepsia (78,4%). En la parte baja del rango se encuentran, entre otros, los problemas del sueño (65,5%).³⁵⁻³⁶

Calidad de vida y adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas

Se conoce como el vivir o cuidar de una persona con enfermedad crónica genera profundos cambios en la vida a nivel de nuclearización de la familia, cambio de roles dentro de la misma, uso de espacios físicos y sentimientos de impotencia, así como es capaz de modificar la habilidad del cuidado de las personas, y la afectación sobre la persona enferma y familiares se da en las diferentes dimensiones de la persona, enfrentándola a temas de gran trascendencia y generando síntomas físicos y psicológicos, que aumentan las necesidades de apoyo y soporte para el enfermo y la familia y en algunas ocasiones las expresiones de fe y espiritualidad, y aunque los tratamientos oncológicos tienen por objetivo primario aumentar la sobrevida, al igual que la enfermedad pueden generar alteraciones de la calidad de vida y cada una de sus dimensiones, al igual que la deficiente adherencia al tratamiento o abandono del mismo están asociados con malos resultados en salud y en cáncer específicamente con altas tasas de fallo terapéutico (recaídas, progresión o muerte) la cuales se reportan entre el 16 y 33% en pacientes con tumores sólidos y hasta 50% en pacientes con Leucemia linfocítica aguda para países subdesarrollados.³⁷⁻⁴⁰



MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: El diseño para el estudio es descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Centro de Salud Enrique Mántica Berio.

Universo: 873 Pacientes del programa de Atención a enfermedades crónicas (no transmisibles) del Centro de salud Enrique Mántica Berio del departamento de León, que se encontraron censados hasta febrero del 2017, según los últimos datos estadísticos del centro.

Período de estudio: Agosto del año 2017.

Muestra bruta calculada con programa de Epi-info

Muestra bruta: 267 pacientes

Muestra ajustada: 292 pacientes.

Se realizó cálculo de muestra ajustada en base a los siguientes parámetros:

Criterios para el cálculo de la muestra ajustada:

- Por participantes que voluntariamente no aceptarían participar en el estudio 5%. (13 pacientes)
- Por fallecimiento 1% según datos de estadística del centro. (3 pacientes)
- Por migración 2% (6 pacientes)
- Por inasistentes o abandono del programa 1% (3 pacientes)

Muestra final: Del total de participante de la muestra ajustada, 5 de ellos no accedieron a participar en el estudio, o se retiraron al momento que estaban llenando la encuesta, por lo cual la muestra final fue de 287 pacientes.

Tipo de muestreo: Probabilístico, aleatorio estratificado de afijación proporcional, en dicho muestreo se dividió a toda la población en diferentes subgrupos o estratos, en función de la enfermedad crónica que presentaban y luego se seleccionó aleatoriamente a los sujetos de los diferentes estratos en forma proporcional, para tener una muestra representativas de los diferentes enfermedades que forman parte del programa de crónicos,



disminuyendo así, los sesgos de selección en base a los datos estadísticos brindados por el centro de salud hasta febrero del 2017.

TABLA 1: Proporción de muestras según enfermedades crónicas, según datos estadísticos hasta febrero 2017.			
Enfermedad	Total de pacientes	Proporción del total (%)	Total a encuestar por grupo de enfermedad
Enfermedad Hipertensiva	369	42	*123
Diabetes Mellitus	219	25	73
Enfermedad Renal Crónica	123	14	41
Epilepsia	80	9	26
Asma bronquial	49	6	17
Otras (Px psiquiátricos, Reumáticos, otras cardiopatía que no sea HTA)	33	4	12
TOTALES	873 pacientes	100%	*292 Pacientes

*Esta es la muestra ajustada, hay que tener en cuenta que al momento de la recolección de la muestra 5 pacientes que pertenecían al estrato de Enfermedad Hipertensiva rehusaron a llenar el instrumento, por lo cual el total de pacientes encuestados fue 287 (Enfermedad Hipertensiva: 118 pacientes).

Criterios de Inclusión

1. Que pertenecieran a los grupos de pacientes dentro del programa de crónicos del centro.
2. Pacientes que presentaron una o más enfermedades crónicas (para los que presentaron más de una enfermedad crónica se tomó en cuenta sólo la que apareció primero).
3. Pacientes de 30 años o más, diagnosticados con una enfermedad crónica.
4. Pacientes que tenían 6 meses o más de haber sido diagnosticado con una enfermedad crónica.



5. Pacientes que habían asistido al menos a su último control.
6. Pacientes que estaban de acuerdo en brindar información útil para el estudio de manera voluntaria.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, pero que, por ya haber agotado la cuota necesaria de representación de la muestra, no se necesitaron más para el estudio.
2. Pacientes analfabetos.

Sesgos:

Sesgos de información: Se presentaron quienes son los responsables de realizar el estudio, la finalidad del mismo, así como el anonimato de la información recolectada, para crear un ambiente de confianza en donde ellos pudieron reconocer quiénes realizaron el trabajo investigativo y los permisos pertinentes ya establecidos para el mismo.

Se procedió a consultarle al paciente en la sala de espera si contaba con el tiempo necesario para responder a la lista de preguntas del instrumento de dicho estudio, para evitar que contestara de manera rápida, sin razonar en las preguntas contenidas, de no contar con el tiempo suficiente se le consultó si se podía realizar una vez terminada su consulta o bien visitarlo en su casa ese mismo día o al siguiente día en un horario que le sea favorable.

Al mismo tiempo se le consultó si se sentía cómodo en el lugar de espera para contestar las preguntas del instrumento o bien se le pidió si era posible visitarlo o realizarlo en otro lugar del centro, donde se sintiera más cómodo y existiera un poco de privacidad, como una banca fuera del centro, el área de parqueo, o zonas verdes del mismo centro.

Pacientes que estaban indispuestos a escribir o leer se les ayudó en el llenado del instrumento mediante la entrevista, a cada una de las preguntas respetando así el criterio de cada una de sus respuestas, y se colocó su huella digital del dedo pulgar o índice de su mano derecha o izquierda o las iniciales de sus nombres y apellidos, en las firmas del consentimiento informado y al finalizar el llenado del instrumento.



Otros posibles sesgos en la muestra y recolección de información fueron los sesgos de memoria presentes en los participantes, por lo que para disminuir dicho sesgo se tomó el tiempo necesario para que estos lograran establecer una respuesta veraz a las preguntas a investigar, así mismo, los que encontraron en compañía de un familiar se apoyaron en consultar de manera directa o específica sobre dichos ítems.

Sesgos de Selección:

Se llevó un control de la cantidad de pacientes por grupo de enfermedades ya recolectadas a fin de no exceder la cantidad representativa de cada grupo de enfermedad crónica según el tipo de muestreo del trabajo de investigación, así mismo se le consultó primero al paciente que tipo de enfermedad crónica que padecía para cerciorar si aún estaba permitido o no dentro de la cuota representativa de la muestra.

Se ajustó la muestra cruda del 5% de tasa de rechazo, 1% de fallecidos, 2% de migración y 1% de inasistentes, con el objetivo de que la muestra fuera representativa, así como el tipo de muestreo.

Al mismo tiempo por parte de los investigadores para disminuir los sesgos de recolección y aplicación del instrumento, se procedió a aplicar técnicas de autoestudio y manejo correcto de los instrumentos, así como de su calificación y consultas con docentes de la facultad de ciencias médicas Unan-León que ya tenían experiencia en la tutoría de trabajo de investigación que incluían el tipo de instrumento para evaluar calidad de vida.

Fuente de información

Información Primaria: Según lo antes estipulado, los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y de manera espontánea, previa autorización institucional accedieron a brindar información a los autores, se llenó información según instrumentos de investigación

Estructura del instrumento:

El instrumento aplicado constaba de una estructura dividida en 4 partes:

1. Un consentimiento informado, en donde quedaba constancia de que el paciente había sido informado del fin y las características del estudio, así como el manejo



ético de la información personal, y que su participación era voluntaria; El consentimiento informado contenía la firma voluntaria del participante.

2. Un sector que se llenó con datos básicos o información de variables sociodemográficas principales del paciente.

3. El Instrumento de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BREF (2005).⁴⁰

El Instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BREF (2005), ha sido diseñado con el objeto de valorar la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales de distintos países. El WHOQOL-BREF ha sido ampliamente estudiado y se ha demostrado su utilidad en obtener la valoración del adulto mayor referente a su calidad de vida; consta de 26 ítems distribuidos en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (WHOQOL, 2005 y Lucas, 2007), su fiabilidad, determinada por el coeficiente de confiabilidad alfa de cronbach, es de 0.88.

4. El test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine.

Se utilizó en este estudio el Test de Morisky-Green-Levine que mide la adherencia al tratamiento farmacológico, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky- Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, El Alfa de Cronbach (0,835), que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se consideró adherente a la persona que respondió “NO” a las cuatro preguntas, y si contestó “SI” en al menos una de las preguntas se clasificó como no-adherente.⁴¹



PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de los datos se realizó en base a visitas al centro y en diferentes etapas:

0-Etapa: Se realizó reunión con la Directora del Centro Enrique Mántica Berio, para solicitar, autorización por escrito y explicación de la forma de trabajo, así como la organización de la recolección de muestra y realizar el trabajo conjunto en cuanto a la disponibilidad del área y tiempo para realizar el trabajo investigativo.

I-Etapa: Previo autorización por parte las autoridades para la realización del estudio se visitó el Centro de salud 5 días consecutivos lunes 31 julio hasta viernes 4 de agosto en pareja de trabajo, en horarios de 8:00 am a 12:00 md., al no completar la cantidad necesaria en ese tiempo, se realizó visitas al centro en las siguientes semanas del mes de agosto del 2017 hasta completar las muestras en el mismo horario. También se visitó el centro el día 10 de agosto, donde se reunieron el grupo de Diabéticos y a una feria de salud el 25 de Agosto.

II-Etapa: Se identificó los pacientes con enfermedades crónicas, asistentes a consulta del día en área de estadística o por medio de pregunta directas a pacientes en la sala de esperas, una vez identificado se realizó la presentación de los recolectores de información, así como la comprobación de todos los criterios de inclusión, exclusión y minimización de sesgos por medio de preguntas directas.

En el caso que el paciente no se sentía cómodo en ese lugar, o no contó con tiempo suficiente, pero estaba dispuesto a participar se procedió a anotar su dirección y número de teléfono para acordar una visita posterior y realizar el llenado del instrumento o bien se reubicó en otra área del centro donde se sentía más cómodo.

III-Etapa: Una vez dada toda la información referente a la finalidad del estudio y lectura y autorización del consentimiento informado, se empezó a dar dos ejemplos de preguntas y respuestas, para que el paciente se familiarizara y comprendiera la forma de aplicación, luego se hizo aplicación de los instrumentos propiamente dichos mediante preguntas directas y anotaciones de las respuestas según refirió el paciente.



IV-Etapa: Se le dio el agradecimiento al paciente por su participación y se llevó anotado el control de casos por día según el tipo de enfermedad hasta que se completó la cuota requerida según el muestreo. Y se pidió la firma del mismo al finalizar la contestación del instrumento.

Plan de análisis:

Para cada variable (sexo, edad, escolaridad, religión, estado civil, número de hijo, adherencia al tratamiento, calidad de vida, etc.) se realizó una distribución de frecuencias y porcentajes.

- **Análisis Estadístico:**

Se realizó una base de datos en el programa SPSS. Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows 10.

Se hizo Análisis univariado de frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, religión, estado civil, tiempo de permanencia en el programa, etc.) presentados en tablas, de forma agrupadas e individuales según los objetivos a estudio.

Para la variables calidad de vida, adherencia al tratamiento y enfermedad crónica que padece se realizó un análisis de frecuencia y porcentajes de manera independiente, además un análisis bivariado en tablas de contingencia, donde se analizó calidad de vida y adherencia, calidad de vida y enfermedad crónica que padece y adherencia al tratamiento y enfermedad crónica que padece, presentado en tablas.

Se realizó la base datos de El Instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BREF según normativa del instrumento (Ver anexo # 1). Al igual que se incorporarán las variables sociodemográficas así como El test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine, una vez que se finalizó la base de datos los resultados se analizaron según los cruces de variables necesarios para el cumplimiento de los objetivos de este trabajo, y presentados en Tablas estadísticas, utilizando siempre el libro de códigos para registrar de las variables.



Operacionalización de las Variables

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALA	MEDIDA
Tiempo de permanencia dentro del programa de crónicos	Tiempo que tiene una persona contando desde su ingreso, hasta su actualidad en el programa de crónicos	6 meses a 11 meses 1-3 años Más de 3 años	Años de permanencia
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Hombre Mujer	-
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	50-59 años 60-70 años Mayor de 70 años	Años Cumplidos
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, en cual se puede expresar en varios niveles de educación según sea el grado de profesionalización.	Primaria Secundaria Técnicos Universidad	-
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Católica Evangélica Otras	-
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	Soltero Casado Viudo Otro	-
Nº de hijos	Hace referencia a la cantidad de hijos que tiene una generación, habitualmente referido a la mujer a lo largo de su vida reproductiva.	No tiene 1-3 4-6 7 o más.	Hijos



<p>Enfermedad Crónica</p>	<p>En esta actualización llamaremos enfermedades crónicas a aquellas que comparten las siguientes características: a) curso prolongado o larga duración (tres meses o más); b) lenta progresión; c) posibilidad de ausencia de síntomas en su inicio; d) ausencia de curación en algunos casos; e) posibilidad de prevenirlas y/o controlarlas.</p>		<p>-Enfermedad Hipertensiva. -Diabetes Mellitus. - Enfermedad Renal Crónica - Epilepsia. - Asma bronquial - Otras (Px psiquiátricos, Reumáticos, Cardiopatas).</p>	
<p>Calidad de Vida</p>	<p>Designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Tomando en cuenta de manera subjetiva su interrelación con el medio y los procesos de adaptación. evaluada en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.</p>	<p>Dominio 1: Salud física. Las actividades físicas de la salud de la vida diaria. La dependencia de las sustancias medicinales y de ayuda médica.</p>	<p>Baja: 26-69 Media: 70-99 Alta: 100-130</p>	<p>Según puntaje de cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF) De 26-130</p>
<p>Dominio 2: Salud psicológica. Aspecto de imagen corporal, sentimientos negativos, autoestima, sentimientos positivos, espiritualidad, religión, creencias personales, pensamiento.</p>	<p>Baja: 0-69 Media: 70-99 Alta: 100-130</p>			
<p>Dominio 3: relaciones sociales. Relaciones personales, apoyo social, actividad sexual.</p>	<p>Baja: 0-69 Media: 70-99 Alta: 100-130</p>			



		Dominio 4: Ambiente. Recursos financieros, libertad seguridad física, asisitencia social, oportunidad para actividades recreativas de ocio/ambiente físico (contaminación, ruido, tráfico, clima.	Baja: 0-69 Media: 70-99 Alta: 100-130	
Adherencia al Tratamiento Farmacológico	Se define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Adherente: se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas del Test Morisky-GreenLevine. No-adherente: Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas del Test Morisky-Green- Levine.	



RESULTADOS

I-Características Sociodemográficas:

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los participantes del estudio. (n=287)

	Variables	Número	Porcentaje
Sexo	Hombre	105	37
	Mujer	182	63
Edad	De 70 años a más	41	14
	De 30 a 50 años	90	31
	De 51 a 69 años	156	54
Escolaridad	Universidad	20	07
	Técnico	28	10
	Secundaria	84	29
	Primaria	155	54
Religión	Otras	30	10
	Evangélica	99	34
	Católica	158	55
Estado civil	Otro	08	03
	Viudo	68	24
	Soltero	76	26
	Casado	135	47
Número de Hijos por grupos	No tiene hijos	06	02
	De 7 a más hijos	28	10
	De 4 a 6 hijos	84	29
	De 1 a 3 hijos	169	59
Enfermedad Crónica que padece	Otras	12	04
	Asma Bronquial	17	06
	Epilepsia	26	09
	Enfermedad Renal Crónica	41	14
	Diabetes Mellitus	73	25
	Enfermedad Hipertensiva	118	41

Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos de instrumentos aplicados.

La **Tabla 1**, muestra las características sociodemográficas de los pacientes del estudio, donde las mujeres es el sexo predominante con 63%, el rango de edad con más participantes es de 51 a 69 años, el 54% de los participantes presentaba escolaridad de primaria completa o incompleta, el 55% afirmaba ser católico, según el estado civil el 47%



eran casados. La mayoría (59%) se encontraba en el grupo que tenía de 1 a 3 hijos y solo el 2% no tenía hijos. El 41% de los participantes tenía solamente enfermedad hipertensiva o era la enfermedad crónica que había presentado primero.

II-Frecuencia y Porcentaje de Calidad de Vida.

En la **tabla 2**, se resume que la mayoría de los participantes presentaba una calidad de vida media (76%), el 17.8% baja y solamente el 6.2% presentaba calidad de vida alta.

Tabla 2. Calidad de Vida de los Participantes del Estudio. (n=287)

	Calidad de Vida	Número	Porcentaje
Escala	Baja	51	17.8
	Media	218	76.0
	Alta	18	6.2
	Total	287	100.0

Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos de instrumentos aplicados

III- Frecuencia y Porcentaje de Calidad de Vida en sus 4 dimensiones según el instrumento.

En la **tabla 3**, se observa la calidad de vida de los participantes distribuida en cuatro dimensiones. En la dimensión de salud física una gran mayoría (96.5%) presenta calidad de vida baja y el 0% presenta al alta calidad de vida. En la dimensión de salud psicológica el 85% tiene baja calidad de vida y nadie presenta alta calidad de vida. En la dimensión de relaciones sociales el 86.4% tenía baja calidad de vida y sólo el 3% presentó alta calidad de vida. En la dimensión ambiente, la gran mayoría (93.7%) presentó baja calidad de vida.

**Tabla 3. Calidad de Vida de los Participantes del Estudio Según Dimensiones. (n=287)**

Dimensiones de Calidad de Vida	Salud Física		Salud Psicológica		Relaciones Sociales		Ambiente	
	Número	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Baja	277	96.5	246	85.7	248	86.4	269	93.7
Media	10	3.5	41	14.3	38	13.2	18	6.3
Alta	0	0	0	0	1	0.4	0	0
Total	287	100.0	287	100.0	287	100.0	287	100.0

Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos de instrumentos aplicados

IV- Frecuencia y Porcentaje de Adherencia Terapéutica

En la **Tabla 4** se observa que de todos los participantes, 6 de cada 10 eran no adherentes al tratamiento farmacológico.

Tabla 4. Adherencia Terapéutica de los Participantes del Estudio. (n=287)

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Adherente	107	37.3
No Adherente	180	62.7
Total	287	100.0

Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos de instrumentos aplicados

V- Frecuencia y Porcentaje de Adherencia Terapéutica y Calidad de vida de los Participantes

La **Tabla 5**, se encontró que del total de pacientes adherentes 37.3% el mayor porcentaje se encuentra en calidad de vida media con un 79.4%, un 7.5% posee baja calidad de vida y un 13.1% alta, en comparación con el total de pacientes no adherentes 62.7% se observó que su mayor cantidad de pacientes se encuentra distribuida en calidad de vida baja con un 73.9% pero se observan diferencia en cuanto a los extremos ya que en el grupos de no adherentes el porcentaje de calidad de vida baja 23.9%, es superior al de los adherentes y en cuanto a los que poseen alta calidad de vida es mucho menor con un 2.2%.

**Tabla 5. Adherencia Terapéutica y Calidad de vida de los Participantes del Estudio. (n=287)**

		Escalas	Calidad de Vida			Total
			Baja	Media	Alta	
Adherencia Terapéutica	Adherente	Recuento	8	85	14	107
		% dentro de Adherencia Terapéutica	7.5	79.4	13.1	100.0
	No Adherente	Recuento	43	133	4	180
		% dentro de Adherencia Terapéutica	23.9	73.9	2.2	100.0
Total	Recuento	51	218	18	287	
	% dentro de Adherencia Terapéutica	17.8	76.0	6.2	100.0	

Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos de instrumentos aplicados

VI- Frecuencia y Porcentaje de Enfermedad Crónica que Padece y Calidad de Vida.

La Tabla 6, muestra los grupos de enfermedades crónicas y la calidad de vida por cada grupo. De todos los grupos de enfermedad crónica los que presentaron mayor puntos porcentuales calidad de vida alta fueron que sufren de epilepsia con un 23.1% del total que pacientes que padecen epilepsia. y las que presentaron mayor puntos porcentuales de calidad de vida baja fueron la otras enfermedades (Psiquiátricos, Reumáticos, Cardiópatas) con (33.3%), y la epilepsia 0 puntos porcentual de baja calidad de vida.


Tabla 6. Enfermedad Crónica que Padece y Calidad de Vida de los Participantes del Estudio. (n=287)

	Escalas	Calidad de Vida			Total	
		Baja	Media	Alta		
Enfermedad Crónica que Padece	Enfermedad Hipertensiva	Recuento	21	91	6	118
		% dentro de Enfermedad Crónica que Padece	17.8	77.1	5.1	100.0
	Diabetes Mellitus	Recuento	13	58	2	73
		% dentro de Enfermedad Crónica que Padece	17.8	79.5	2.7	100.0
	Enfermedad Renal Crónica	Recuento	11	29	1	41
		% dentro de Enfermedad Crónica que Padece	26.8	70.7	2.5	100.0
	Epilepsia	Recuento	0	20	6	26
		% dentro de Enfermedad Crónica que Padece	0.0	76.9	23.1	100.0
	Asma Bronquial	Recuento	2	12	3	17
		% dentro de Enfermedad Crónica que Padece	11.8	70.6	17.6	100.0
	Otras	Recuento	4	8	0	12
		% dentro de Enfermedad Crónica que Padece	33.3	66.7	0.0	100.0
	Total	Recuento	51	218	18	287
		% dentro de Enfermedad Crónica que Padece	17.8	76.0	6.2	100.0

Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos de instrumentos aplicados.

VII- Enfermedad Crónica que Padece y Adherencia Terapéutica

La **Tabla 7**, se observa los grupos de enfermedad crónica y la adherencia al tratamiento por cada grupo. De todos los grupos de enfermedad crónica, los pacientes que presentaron más adherencia fueron los que pertenecían al grupo de epilépticos con el 53.8 puntos porcentuales y el que presentó menos puntos porcentuales de adherencia fue el grupo de asma bronquial con 23.5. El grupo de Asma Bronquial presentó mayor porcentaje de no adherencia con 76.5 puntos porcentuales y el grupo de epilépticos presentó menos porcentaje de no adherencia con 46.2%.



Tabla 7. Enfermedad Crónica que Padece y Adherencia Terapéutica

	Escalas	Adherencia Terapéutica		Total	
		Adherente	No Adherente		
Enfermedad Crónica que padece	Enfermedad	Recuento	45	73	118
	Hipertensiva	% dentro de Enfermedad Crónica que padece	38.1	61.9	100.0
	Diabetes	Recuento	25	48	73
	Mellitus	% dentro de Enfermedad Crónica que padece	34.2	65.8	100.0
	Insuficiencia	Recuento	15	26	41
	Renal Crónica	% dentro de Enfermedad Crónica que padece	36.6	63.4	100.0
	Epilepsia	Recuento	14	12	26
		% dentro de Enfermedad Crónica que padece	53.8	46.2	100.0
	Asma Bronquial	Recuento	4	13	17
		% dentro de Enfermedad Crónica que padece	23.5	76.5	100.0
	Otras	Recuento	4	8	12
		% dentro de Enfermedad Crónica que padece	33.3	66.7	100.0
	Total	Recuento	107	180	287
		% dentro de Enfermedad Crónica que padece	37.3	62.7	100.0

Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos de instrumentos aplicados.



DISCUSIÓN

En la actualidad el sistema de salud pasa una gran prueba en cuanto a la atención de las enfermedades crónicas y de sus complicaciones, dado que según las estadísticas nacionales cada año incrementas las cifras de pacientes que ingresan a los programas de enfermedades crónicas y otros que ya están, se le suma en ocasiones una nueva enfermedad, o bien sufren algún tipo de complicaciones, las cuales generan un incremento en los costos en los servicios de salud y para las familias, uno de los aspectos más importante en el tratamiento de las enfermedades crónicas es la adherencia que tienen los pacientes a dichos tratamientos y como esto puede ayudar en gran medida a mejor su calidad de vida, en éste estudio se valoró la calidad y la adherencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes dentro de un programa de enfermedades crónicas de un centro de salud del municipio de León-Nicaragua en donde se encontró que:

Para la variables calidad de vida del total de la muestra, el 17.8% presentaba baja calidad de vida, 76% calidad de vida media y 6.3% calidad de vida alta, entre hombres y mujeres no existen diferencias en cuanto a la calidad de vida, por el contrario, cuando se analizó la calidad de vida en sus cuatro dimensiones (salud física, psicológica, Relaciones personales y Ambiente) se encontró que la que presenta mayor afectación en los pacientes es la salud física ya que del total de pacientes evaluado en esta dimensión el 96.5% presenta baja calidad de vida, seguida del Ambiente con un 93.7%, para las relaciones sociales 86.4% del total presento baja calidad de vida en este dominio y en de salud psicológica solo 85.7% presento baja calidad de vida, también se encontró que del total de pacientes con alta calidad de vida (6.3%), el 77.8% pertenece al grupo de pacientes adherentes y un 22.2% a los pacientes no adherentes, a diferencia, del total de pacientes con baja calidad de vida (17.8%), el 84.3% pertenece al grupo de pacientes no adherentes y un 15.7% al grupo adherente.

Del total de pacientes con alta calidad de vida (6.3%), en grupo de enfermedad que presento mayor puntos porcentuales para alta calidad de vida son los que sufren de epilepsia alcanzando el 23.1 seguidos de los pacientes que sufren de Asma bronquial con 17.6 puntos porcentuales, y 0 puntos porcentuales de alta calidad de vida para otras



enfermedades, al mismo tiempo del total de pacientes con baja calidad de vida (17.8%) los pacientes con epilepsia presentaron 0 puntos porcentuales de baja calidad de vida, seguido del asma bronquial con un 11.8 puntos porcentuales, y el grupo de pacientes que presento el mayor cantidad de puntos porcentuales con calidad de vida baja fueron los que padecen de enfermedad renal crónica con un 33.3 puntos porcentuales.

Por lo que es la enfermedad renal crónica la que tiene más pacientes con un alto porcentaje de baja calidad de vida y al mismo tiempo la epilepsia tiene paciente con alta calidad de vida y nulos pacientes con baja calidad de vida.

Para la variable de Adherencia del total de la muestra, el 62.7% de la población eran no adherentes. Del total de pacientes adherentes el 42.1% se encontraba en los pacientes con hipertensión arterial., el 23.4% para diabetes mellitus, el 14% para la enfermedad renal crónica, el 13.1% para epilepsia, el 3.7 para asma bronquial y el 3.7% para otras enfermedades, así mismo del total de pacientes no adherentes (37.3%) la enfermedad que presento menos porcentaje de no adherencia fue otras enfermedades con un 4.4% y la que presento el mayor porcentaje de pacientes no adherente fue la hipertensión arterial con un 40.6%

Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios realizados en Córdoba España, en donde se valoró Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedicados de más de 65, con una población 154 pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años, donde se encontró que Del total de pacientes el 62,9% (IC95%:55,0 a 70,9) presentaron Adherencia terapéutica.⁶

Otros estudio en Chile en donde se valoró la Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2 con una muestra 96 pacientes se reporta que la proporción global de pacientes que resultó adherente al tratamiento farmacológico fue del 62.5%, siendo similar en ambos sexos, sin embargo en nuestro estudio si se encontró diferencias significativas de la adherencia en cuanto al sexo.⁷

En correspondencia en otro estudio de Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-



Colombia. Con una muestra de 75 pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Se evidencio que El 68% de los pacientes con enfermedad renal crónica de la unidad renal en Antioquia son adherentes al tratamiento; de los pacientes no adherentes el 70.8% están en terapia de reemplazo renal de hemodiálisis.⁸ Lo cual se relaciona al hecho de que los pacientes que no se adhieren son los que presentaran mayores porcentaje de complicaciones o repercusiones en la calidad de vida lo que nos hace pensar que de los 41 participantes con Enfermedad Renal Crónica de nuestro estudio el 63.4% es no adherente de los cuales estos podrían en el futuro necesitar una terapia de remplazo renal como se señala en el estudio anterior donde del total de pacientes no adherentes el 70.8% están en terapia de reemplazo renal de hemodiálisis.

En Colombia en otros estudios de Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014 se encontró De un total de 242 pacientes (hospitalizados y ambulatorios), 31.4% eran adherentes, es decir que el 68.6% no lo era.⁹ Datos que son muy similares a los encontrados en nuestro estudio en donde 118 pacientes hipertensos de nuestro estudio el 61.9% es no adherente y solo el 38.1% es adherente.

Otros estudios realizados en Guatemala en donde se identificó el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial de los servicios de medicina interna de 103 pacientes ingresados al servicio de medicina interna, se encontró que el 47,57% es adherente y un 52,42% es No adherente al tratamiento farmacológico.¹⁰ Con lo que se evidencia que aun en estado de "vigilancia" el porcentaje de no adherentes para los pacientes hipertensos es alto casi similar al encontrado en nuestro estudio, con la diferencia en el manejo es ambulatorio de nuestro estudio el 61.9% es no adherente y solo el 38.1% es adherente.

En México ,en un estudio de calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa que asiste al grupo de ayuda mutua en dos centros de salud rurales del estado de México.¹¹ donde participaron un total de 80 adultos mayores de 60 años de edad se encontró que solo el 7.5% de la población total tiene una muy buena calidad de vida, y el



15% tiene mala calidad de vida, lo cual es muy similar a los 6.3% de calidad de vida alta encontrados en nuestro estudio y el 17.8% de calidad de vida baja de nuestro estudio.

En un estudio realizado en Cuba de Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas en donde participaron 300 personas con enfermedades crónicas degenerativas se obtuvo solo 3.3% de muy buena calidad de vida, y el 14.6% presento una pobre calidad de vida.¹² datos que están íntimamente relacionados con los encontrados en este estudio en donde el 17.8% presentaba baja calidad de vida 6.3% calidad de vida alta.

Por tanto, el presente estudio aporta evidencia que permite valorar a la adherencia como un componente central en el tratamiento de las enfermedades crónicas e importantes para la calidad de vida de los pacientes, dado que la conducta adherente mejora la propia percepción subjetiva del estado de salud del paciente. Dicha percepción reforzaría positivamente el tratamiento médico y el cumplimiento de las conductas saludables, lo que a su vez aumentaría la probabilidad de conseguir los resultados esperados en lo que respecta al control y prevención de las complicaciones propias de cada enfermedad.

Una de las limitantes de este estudio es que aun tomando nuestra muestra de manera proporcional estas tienen sus particularidades en cuanto a la forma de cumplimiento al tratamiento terapéutico como son: la vía de administración, los intervalos y la dosificación, la cual no se tomó en cuenta en este estudio y que podría interferir en los resultados de adherencia.

Otra limitación en nuestro estudio es que no se tomó en cuenta el tiempo de inicio de la enfermedad la cual podría influir en algunas de nuestras variables de estudio y para finalizar no fue posible valorar la relación entre los estadios de las enfermedades, los síntomas que el paciente presenta y el tratamiento farmacológico con los cuestionarios ha quedado fuera de nuestro objetivo general de estudio. A pesar de estas limitaciones, este trabajo nos permite aproximarnos a la realidad del impacto que tiene la adherencia en las enfermedades crónicas. .



Queda claro el impacto que tiene la adherencia en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. El cumplimiento implica realizar una serie de tareas que requieren no solo saber qué hacer, sino también cómo y cuándo hacerlo por ello se recomienda establecer medidas de seguimiento en cuanto a la valoración de calidad de vida y de adherencia al tratamiento farmacológico tomando medidas psicoeducativas y conductuales, así mismo involucrar la participación activa de los familiares en el tratamiento de las enfermedades crónicas.



CONCLUSIONES

- **Variables sociodemográficas:**

De cada 10 participantes 6 son mujeres, el 54% están entre las edades de 51-69 años, un poco más de la mitad (54%) solo curso primaria, el 50% no tiene pareja y el 59% tienen de 1-3 hijos.

- **En cuanto a la Calidad de vida:**

El mayor porcentaje de los participantes tiene calidad de vida media, y hay diferencia significativa en los extremos (calidad de vida baja y alta), más del 80% tienen baja calidad de vida en las cuatro esferas de su vida. (Salud física, Psicológica, Relaciones sociales y Ambiente), los que presentan mejor calidad de vida son los que padecen de epilepsia. Existe una tendencia en la calidad de vida, con respecto al comportamiento de adherencia de los pacientes. 'A mayor calidad de vida= Mayor puntos porcentuales en cuanto a los adherentes'' y viceversa.

- **En cuanto a la Adherencia:**

De cada 10 pacientes 4 de ellos son adherentes a su tratamiento, y a su vez del total de pacientes adherentes (37.3%) el 77.8% presento alta calidad y el grupo de no adherente solo el 22.2% presento alta calidad de vida. Los pacientes que presentaron mejor adherencia son los que padece de epilepsia (53.8%) y los que presentaron peor adherencia son los que padecen de asma bronquial



RECOMENDACIONES

A nivel institucional:

1-Fomentar la creación de grupos o espacios de autoayuda no solo de una enfermedad sino de todas las que se encuentran dentro del programa de crónicos, con el fin de mantener el intercambio de experiencias y fortalecer la adherente al tratamiento.

2-Crear talleres, simposios o seminarios continuos, para los familiares y pacientes del programa, sobre herramientas y estrategias que permitan mantener la adherencia de su tratamiento en casa, reforzando así el apoyo de los núcleos familiares y dando mayor protagonismo en la evolución de las enfermedades que se sufre.

3-Realizar interconsultas psicológicas para pacientes que se identifiquen dificultades para conciliar el sueño, depresión, ansiosos o estados emocionales que puedan estar influenciando en su calidad de vida y por ende en su adherencia al tratamiento.

A Nivel de los Pacientes:

1-Sensibilizar a los pacientes en el cumplimiento adecuado de sus prescripciones médicas.

2-Involucrar a familiares, amigos o cuidadores en la organización de su medicinas

A Nivel Universitario.

1-Realizar un plan de promoción y prevención de enfermedades crónicas de manera continua en todas las unidades de salud, donde se realizan prácticas comunitarias por los diferentes estudiantes de la facultad de ciencias médica UNAN-León, (medicina, enfermería, psicología entre otros) y poder lograr un mayor grado de concientización en la población.

4- Dar continuidad a esta investigación, para valorar los factores de riesgos que puedan estar influenciando la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y que pueda estar incidiendo en la adherencia del tratamiento de los pacientes.



REFERENCIAS:

1. OMS: Enfermedades no transmisibles. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. [Consultado el 7 Mar del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. OMS: Adherencias a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la Acción. Organización Mundial de la Salud. Traducida al Español por la Organización Panamericana de la Salud. 2004, Washington D.C. [Internet] 2004. [Consultado el 7 Mar del 2017]. Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
3. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. 2007;167:540-550. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389285>
4. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004;28:113-120. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf
5. Kompatzki JA, Torrez CA. Universidad Austral de Chile. Facultad de Ciencias. Escuela de Química y Farmacia, Tesis: Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes mellitus tipo II en el Hospital de Ancud". 2010. Disponible en: cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fcg429a/doc/fcg429a.pdf
6. Alba MA, Pérula CJ, Pérula LA, Pulido L, Ortega R, Jiménez C. Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedcados de más de 65 años. Med fam Andal Vol. 16, Nº.2, septiembre 2015. Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n2/v16n2_03_original.pdf
7. Gigoux López JF, Moya rivera P, Silva Rojas J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con Dm2. Rev Chil



- Salud Pública 2010; Vol 14 (2-3): 238-270. disponible en:
[file:///C:/Users/pc/Downloads/13301-34165-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/13301-34165-1-PB%20(1).pdf)
8. Díaz Soto CM, Présiga Ríos PA, Zapata Rueda CM. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. Revista de Educación y Desarrollo, 41. Abril-junio de 2017. Disponible en:
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/41/41_Diaz.pdf
9. Guarín Loaiza GM, Pinilla Roa AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 4: 651-7. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00651.pdf>
10. Vásquez Morales GT. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial. [Tesis de grado]. San Juan Chamelco, Alta Verapaz, Guatemala. Universidad Rafael Landívar. Enero de 2016. 56 págs. disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/vasquez-gregorio.pdf>
11. Camacho Cruz MC, Fuentes Colindres AG. Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa que asiste al grupo de ayuda mutua en dos centros de salud rurales del estado de México. [Tesis de grado]. Toluca, Estado de México, México. Universidad Autónoma del Estado de México. 2014. 68 págs. disponible en:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14448/420578.pdf?sequence=1&isallowed=y>
12. Castillo Guzmán A, Arocha Meriño C, Armas Rojas NB, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Herrera Giró ML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. Rev Cubana Invest Bioméd v.27 n.3-4. Ciudad de la Habana jul.-dic. 2008. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003



13. Barrera L, Blanco de Camargo L, Figueroa P, Pinto N, Sanchez B. La Habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de personas con Enfermedad Crónica. Investigación Research. 2006; XXIV (1): 36-46.
14. Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de Datos de Defunciones. Disponible en: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=715-boletin-informativo-nicaragua-perfil-de-pais&Itemid=235.
15. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. terapia psicológica. Vol. 30, N° 1, 61-71. 2012 Sociedad Chilena de Psicología Clínica. ISSN 0718-4808. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
16. WHO. Division of Mental Health and prevention of substance abuse. Measuring quality of life. World Health Organization. 1997. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
17. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996;334:835-840.
18. Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 1993;118:622-629.
19. Fernández JJ. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba [Tesis doctoral]. Servei de Publicacions Universitat de València. 2009. Departament de Antropologia Social. I.S.B.N.: 978-84-370-7557-0. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid=86C65F29784DFF0E3F859AA03B5A0709?sequence=1>
20. López B. Polonio factores predictores de la calidad de vida en ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados i.s.b.n. Ediciones de la uclm , Cuenca, 2008 978-84-8427-605-0, Disponible:



<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/983/250%20Factores%20predictores%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf?sequence=1>.

21. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2):141-146.

22. Rodríguez Marín L. Psicología social de la salud. Madrid: Ediciones Doyma, 1995:40-58.

23. Del Duca, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. Revista Biomedicina, 2013, Montevideo, Uruguay, 8 (1) [6-15] ISSN: 1510-9747. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf

24. Cárdenas-Valladolid J, Martín-Madrazo C, SalineroFort M, de-Santa Pau EC, Abánades-Herranz JC, de Burgos-Lunar C. Prevalence of adherence to treatment in homebound elderly people in primary health care. Drugs & Aging. 2010;27:641-51. Disponible en: doi:<http://dx.doi.org/10.2165/11537320-000000000-00000>.

25. Beratarrechea A. Las enfermedades crónicas (Primera parte). Evid Act Pract Ambul. Vol 13(2):68-73 Abr-Jun 2010. Abril/Junio 2010. DISPONIBLE EN: <http://www.foroaps.org/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf>

26. WHO. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999. Report Number: WHO/NCD/NCS/99.2. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf

27. OMS/OPS: Informe mundial sobre la diabetes. [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2016. [Consultado el 9 Mar 2017] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12600%3Awho-urges-global-action-curtail-consumption-sugary-drinks&Itemid=135&lang=es



28. OMS: Definición de epilepsia. Organización mundial de la salud. [Internet] Febrero 2017. [Consultado el día 9 Mar 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
29. Medlineplus: Información de salud para usted. Definición de cardiopatía hipertensiva. [Internet]. 2016. [Consultado el día 9 Mar 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000163.htm>
30. OMS: Definición de Asma. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2017 [Consultado el día 9 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
31. Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología 2004; 24 (Supl 6). Disponible en: file:///C:/Users/isidrorolando/REFERENCIAS%20MARCO%20TEORICO%20090317/S35-05%2062_III.pdf
32. Cerviri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, de Marco R. International variations in asthma treatment compliance. The results of the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J 1999; 14: 288-294. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10515403>
33. Garcia MD, Orozco D, Gil V. Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2): 141-146.
34. Cleemput I, Kesteloot K. Economic implications of noncompliance in heart care. Lancet 2002; 359: 2129-2130.
35. Urquhart J. Patient non-compliance with drug regimens: measurements, clinical correlates, economic impact. Eur Heart J 1996; 17(SupplA): 8-15.
36. R. DiMatteo Variations in patients adherence to medical recommendation: A quantitative review Med Care, 42 (2004), pp. 200-209 Medline
37. Amado Guirado E. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Congreso de la



Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). 2012. Disponible en: <http://www.sefap.org>

38. Barrera L, Blanco de Camargo L, Figueroa P, Pinto N, Sanchez B. La Habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de personas con Enfermedad Crónica. Investigación Research. 2006; XXIV (1): 36-46.

39. Juarez G, Ferrell B. Perceptions of Quality of Life in Hispanic Patients cancer. Cancer Practice. 1998; 6 (6): 318-24. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-5394.1998.006006318.x> 5.

40. Análisis del Test de Morisky-Green-Levine como instrumento de medición en salud para estimar adherencia a tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/280950587 Analisis del Test de Morisky-Green-Levine como instrumento de medicion en salud para estimar adherencia a tratamiento farmacologico en pacientes con enfermedades cronicas](https://www.researchgate.net/publication/280950587_Analisis_del_Test_de_Morisky-Green-Levine_como_instrumento_de_medicion_en_salud_para_estimar_adherencia_a_tratamiento_farmacologico_en_pacientes_con_enfermedades_cronicas).

41. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf.



ANEXOS



Anexo 1:

N° de sector: _____

Consentimiento informado

N° de ficha: _____

I-Primera parte

Yo he sido informado (a) por el Br. Samuel Jonatan Chavarría Trejos y el Br. Juan Alfonso Corea Bravo, Estudiantes activos del VI año de la carrera de Medicina, en la Universidad Autónoma de Nicaragua UNAN-León, que desarrollan un trabajo de investigación en el centro al cual acudo, acerca de la Calidad de Vida y La Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Enfermedades Crónicas, es por ello que

Yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos en mi enfermedad, dentro del programa de Enfermedades no Transmisibles.
2. Permito que los Srs. Chavarría y Corea utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilicen con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que el Sr. Chavarría y Corea, tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por ellos, manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante o al finalizar la información la entrevista.

Firma: _____

II-Segunda parte

Sector:	Fecha:		
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnicos • Universidad
Edad: _____ años	Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Evangélica • Otra 	<ul style="list-style-type: none"> • Católica
Enfermedad crónica que padece: -Enfermedad Hipertensiva. _____ -Diabetes Mellitus. _____ - Insuficiencia Renal Crónica _____ - Epilepsia. _____ --Asma bronquial. _____ - Otras (Px psiquiátricos, Reumáticos, Cardiopatas). _____	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Viudo • Otro
N° de hijos: _____	Tiempo de permanencia en el programa: _____		

III-Tercera parte

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué



respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

I. Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5



Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos última semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

IV-Cuarta parte

II. Responda las siguientes preguntas marcando con una X en el lugar correspondiente:

Preguntas	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su enfermedad crónica?		
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		

Firma o huella del participante

|Facilitador