

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO
FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CRÓNICOS ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II, UN ESTUDIO PILOTO

DANIEL MAURICIO BARRERO VERA

CODIGO: 330215205

JAISON FERNEY GARZON FLÓREZ

CODIGO: 330215221

VANESSA FERNANDA LÓPEZ MUÑOZ

CODIGO: 330215229

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

GIRARDOT - CUNDINAMARCA

2020

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO
FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CRÓNICOS ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II, UN ESTUDIO PILOTO

DANIEL MAURICIO BARRERO VERA

CODIGO: 330215205

JAISON FERNEY GARZON FLÓREZ

CODIGO: 330215221

VANESSA FERNANDA LÓPEZ MUÑOZ

CODIGO: 330215229

Trabajo de grado para optar al título de enfermero

Asesor

María Victoria Rojas Martínez

Magister en Enfermería

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

GIRARDOT – CUNDINAMARCA

2020

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

“Agradecemos en primer lugar a Dios por permitirnos trabajar en este proyecto de investigación, a nuestras familias por su amor y consideración, de igual forma a nuestra docente asesora y a las personas que nos brindaron su apoyo durante este proceso”

CONTENIDO

1	TEMA.....	9
2	TÍTULO.....	9
3	PROBLEMA.....	10
3.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
4	OBJETIVOS.....	13
4.1	OBJETIVOS GENERAL.....	13
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
5	JUSTIFICACIÓN.....	14
6	MARCO TEÓRICO.....	18
6.1	Teoría del déficit del auto cuidado.....	18
6.1.1	Edad: Determina el desarrollo de habilidades (agencia de autocuidado).....	19
6.1.2	Sexo: Identificación sexual, niveles hormonales.....	20
6.1.3	Estado de desarrollo.....	20
6.1.4	Estado de Salud.....	20
6.1.5	Orientación sociocultural.....	20
6.1.6	Factores del sistema de cuidados de salud.....	21
6.1.7	Factores del sistema familiar.....	21
6.1.8	Patrón de vida.....	21
6.1.9	Factores ambientales.....	22
6.1.10	Disponibilidad y adecuación de los recursos.....	22
6.2	Teoría general de determinantes en salud de Marc Lalonde.....	24
7	MARCO CONCEPTUAL.....	25
8	MARCO ÉTICO.....	28
8.1	CÓDIGO DE NÚREMBERG, 1947.....	28
8.2	DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM), 1964.....	28

8.3	RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993.....	29
8.4	LEY 266 DE 1996	29
8.5	Ley 911 de 2004	29
8.6	Ley 1581 de 2012	30
8.7	AUTORIZACIONES.....	30
9	DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
9.1	ENFOQUE.....	31
9.2	TIPO.....	31
9.3	UNIVERSO.....	31
9.4	POBLACIÓN	31
9.5	MUESTRA.....	31
9.6	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
10	ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
10.1.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	33
10.1.2	APOYOS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN	35
10.1.3	NIVELES DE BIENESTAR	36
10.1.4	AUTOVALORACION EN EL USO DE LAS TIC's	37
10.2	INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS	38
10.2.1	DIMENSIÓN I: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (FC).....	38
10.2.2	DIMENSIÓN II: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD (FPS).....	41
10.2.3	DIMENSIÓN III: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA (FT) 43	
10.2.4	DIMENSIÓN IV: FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE (FRP) 45	
10.3	ANÁLISIS de la ASOCIACIÓN DE VARIABLES	46
11	CONCLUSIONES	51
12	BIBLIOGRAFÍA	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual – caracterización sociodemográfica	33
Tabla 2: Distribución porcentual - apoyos y nivel de satisfacción.....	35
Tabla 3. Distribución porcentual - niveles de bienestar	36
Tabla 4. Distribución porcentual - Tics y uso.....	37
Tabla 5. Distribución porcentual - Tics en su autocuidado	37
Tabla 6. Distribución porcentual - Factores socioeconómicos.....	39
Tabla 7. Distribución porcentual - factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud.....	41
Tabla 8. Distribución porcentual - factores relacionados con la terapia.....	43
Tabla 9. Distribución porcentual - Factores relacionados con el paciente	45
Tabla 10. Grupos de Edad y Asociación con apoyos y nivel de satisfacción.....	46
Tabla 11. Grupos de Edad y Asociación con nivel de bienestar físico	47
Tabla 12. Grupo de edad y asociación con el uso de tic's	48
Tabla 13. Grupo de edad y asociación entre factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud.....	48
Tabla 14. Evaluación de la asociación entre escolaridad y el proveedor de salud	49
Tabla 15. Evaluación de la asociación entre el tiempo de la enfermedad y los factores relacionados con la terapia	50

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Consentimiento informado	61
ANEXO B Autorización instrumento adherencia	63
ANEXO C Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes.....	64
ANEXO D Autorización de uso del instrumento ficha de caracterización de la diada cuidador - persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D. Versión 5.3 – 2018	67
ANEXO E Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC –UN–P	69

1 TEMA

Adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes adultos mayores con enfermedad crónica Diabetes Mellitus tipo II.

2 TÍTULO

Factores que intervienen en la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes crónicos adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, un estudio piloto

3 PROBLEMA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ informa que 1.5 millones de personas murieron a causa de Diabetes Mellitus Tipo II (DM II) en el año 2012, siendo el 43% de estas muertes atribuibles a adultos mayores de 70 años, más del 80% de estas muertes ocurrieron en países con ingresos medios y bajos; en el año 2014 los procesos de crecimiento y envejecimiento de la población, la creciente urbanización, la obesidad y el sedentarismo aumentaron la prevalencia de esta patología en un 8,5% correspondiente a 422 millones de personas que presentaron esta enfermedad a nivel global, reportando a su vez en el año 2015 la muerte de 1,6 millones de personas a causa de esta enfermedad. Estadísticas realizadas en el año 2019² indican que el número de fallecidos por DM II a nivel global fue aproximadamente de 4.2 millones de personas. Así proyecciones de la OMS, la DM II será la séptima causa de mortalidad en 2030.

A nivel de Colombia la Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que afecta a más de un millón de colombianos y se prevé que en los próximos 35 años el 12% de la población colombiana padezca esta enfermedad crónica. El Observatorio Nacional de Salud (ONS) en el año 2017 calcula que en Colombia anualmente se diagnostican 138.303 casos nuevos de esta enfermedad, encontrando la incidencia de esta en población entre los 35 y 75 años de edad. El Observatorio Nacional de salud (ONS) indico que los departamentos con prevalencia más alta de esta enfermedad fueron, Antioquia, Bogotá, Valle del cauca, Cundinamarca y se evidencia una creciente en factores tales como sedentarismo, obesidad, disminución en la actividad física lo cual genera un riesgo para la población³. En el año 2018⁴ el Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo realizo un estudio de la situación de la Diabetes Mellitus Tipo II y se dijo que para este año se

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la diabetes [en línea]. Ginebra, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1>

² Statista. Ranking de los países con mayor número de enfermos de diabetes en 2019 [en línea]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/612458/paises-con-mayor-numero-de-personas-con-diabetes/>

³ ÁLVAREZ CORREA, Kelly. Población colombiana y la diabetes tipo II. En: El Mundo. Medellín (2 de julio del 2017). Disponible en: <https://www.elmundo.com/noticia/EI-12de-la-poblacion-Colombiana-padecera-Diabetes-Mellitus-tipo-dos/355036>

⁴ FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia [en línea]. Bogotá D. C., 2019. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2018/?1591292562360>

reportaron 1.305.492 personas diagnosticadas con esta patología, lo cual equivale a una prevalencia ajustada de 2.6 casos por cada 100 personas.

Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2018⁵ la diabetes mellitus tipo II en el departamento de Cundinamarca está ubicada entre los diagnósticos residuales más prevalentes en la población, ubicada entre la tercera causa de mortalidad entre la población general de este departamento con un promedio de 15 muertes por cada 100.000 habitantes y una prevalencia de 1,80 es decir que por cada 100 habitantes del departamento 2 personas tendrán Diabetes Mellitus tipo II. Entre los municipios del departamento de Cundinamarca que presentaron una prevalencia de DM II por encima del 3%, se encuentra Girardot con el segundo porcentaje más alto observando una prevalencia de 4,92 con una tendencia al aumento durante los últimos años, y de las causas más recurrentes de consulta⁶.

Dado que en el municipio de Girardot se encuentra una alta incidencia en el número de personas con Diabetes Tipo II y la adherencia al tratamiento implica un factor prioritario en el manejo de la salud de las personas con diabetes, se consideró realizar un estudio en una de las instituciones de salud, para revisar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico dada la incidencia de las personas que no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico y no farmacológico, soportado en estudios realizados por Rincón et al.⁷ En el año 2017, y estudios realizados por Lopez et al.⁸ En el año 2016 concluyen que el nivel de adherencia era muy bajo por diversos factores encontrando entre los más comunes la poli medicación y factores asociado a su nivel socioeconómico y sus estilos de vida.

⁵ OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SECTORIAL, SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud [en línea]. Cundinamarca, 2015. Disponible en: <http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/07f0fd4e-9af4-4dc6-921a-28bed95a7c17/ASIS+Cundinamarca+2015+WEB.pdf?MOD=AJPERES&CVID=llg82jv>

⁶ OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SECTORIAL, SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. Op. cit.

⁷ RINCÓN-ROMERO, Mayerli Katherine; TORRES-CONTRERAS, Claudia y CORREDOR-PARDO, Katya Anyud. Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista Ciencia y Cuidado. 2017, vol. 14, no. 1.

⁸ LOPEZ, Greissly Navarro, et al. Factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento antidiabético. HUEM 2016-1 [en línea]. En: Revista Científica del Departamento de Medicina. 2017, vol. 4, no 1.

3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué factores intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GENERAL

Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y sus factores asociados en pacientes crónicos adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, con el fin de proponer estrategias de autocuidado para mejorar la adherencia en los adultos mayores.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de la ciudad de Girardot.
- Determinar el nivel de adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.
- Proponer estrategias de autocuidado para mejorar el nivel de adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes crónicos con diabetes mellitus tipo II.

5 JUSTIFICACIÓN

La Diabetes mellitus es una enfermedad que se manifiesta por el aumento de glucosa en sangre por encima de los valores normales, es decir, un estado de hiperglucemia que generalmente es causada por la incapacidad del páncreas de producir suficiente insulina y/o el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, también es llamada diabetes mellitus tipo II. La insulina juega un papel muy importante puesto que es la hormona encargada de regular el nivel de glucosa en sangre, y su acción no controlada puede generar complicaciones neurovasculares y metabólicas⁹.

La Organización Mundial de la Salud “A escala mundial calculó que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2016, en comparación con 108 millones en 1980, del mismo modo en 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble —del 4,7% al 8,5%— en la población adulta. Esto se corresponde con un aumento de sus factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad”¹⁰.

“La diabetes causó 1,5 millones de muertes, y las elevaciones de la glucemia por encima de los valores ideales provocaron otros 2,2 millones de muertes por efecto de un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo”¹¹. Y es de resaltar que el 43% de estas muertes se produce antes de la edad de 70 años presentándose más en los adultos mayores que residen en países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.¹²

Es un hecho que la población geronte en Colombia ha venido incrementándose y seguirá en su curso a medida que pasa el tiempo, así lo indican estudios según el Ministerio De Salud y Protección social de la república de Colombia quienes afirman que “el índice de envejecimiento definido como el peso de la población

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes [en línea]. OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la diabetes [en línea]. Ginebra, 2017. p.6. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255spa.pdf;jsessionid=2F47463A15ED80655CB83315FE1FD26C?sequence=1>.

¹¹ BBC Mundo. 1 de cada 11 personas en el mundo ya tiene diabetes, advierte la OMS [en línea]. 2016. Disponible en:

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160406_salud_diabetes_oms_lb

¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes. Op. cit.

mayor de edad con respecto a la población infantil y adolescente se triplicó en las últimas décadas. De 10 pasó a 34 (personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años) entre 1964 y el año 2010¹³, y de acuerdo con la tendencia observada, se mantendrán aumentos sostenidos en el transcurso del tiempo. Para el 2013¹⁴ Según la política de envejecimiento y vejez en Colombia la población adulta mayor es de 4.962.491 es decir el 10.5% del total de la población. Para el 2020 el índice se cuadruplica al pasar de 12 a 49 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años¹⁵.

Por consiguiente a esto, cuanto más población adulta mayor será el porcentaje de personas con enfermedad crónica, y está a su vez puede generar pérdida de años de vida saludables, sobre todo en personas que están cursando con un síndrome metabólico, donde los factores modificables y no modificables juegan un papel muy importante en la recuperación y en el mantenimiento de la salud de estas personas, influyendo de alguna forma en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, la cual se rige o se mantiene mediante la práctica de hábitos de vida saludables y el cumplimiento de las recomendaciones dadas por el personal de salud.

La Diabetes Mellitus Tipo II es una patología multifactorial, en la cual se pueden destacar factores de riesgos tanto modificables como no modificables que tratados oportunamente pueden garantizar un control metabólico óptimo. En la investigación de Palacios et al.¹⁶ Describe como factores no modificables la raza, la historia familiar, edad, sexo y la historia de diabetes gestacional; y entre los factores modificables enuncia sobrepeso y obesidad, sedentarismo, síndrome metabólico, hipertensión arterial, HDL bajo, hipertrigliceridemia entre otros, además de eso concluye que los factores de riesgo para desarrollar diabetes se pueden modificar precozmente cuando son identificados oportunamente. Por ende, es de gran importancia desde el trabajo multidisciplinar en salud detectar

¹³ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales [en línea]. Bogotá, D.C., 2013. p.17 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 [en línea]. Bogotá, D.C., 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez. Op. cit.

¹⁶ PALACIOS, Anselmo; DURÁN, Maritza y OBREGÓN, Oswaldo. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico [en línea]. En: Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2012, vol. 10, no 1.

oportunamente cualquier factor que predisponga a la persona a presentar esta enfermedad o sea el caso que ya curse con dicha patología, trabajar continuamente en la prevención de complicaciones en el estado de salud.

Desde la perspectiva que tenemos como estudiantes de enfermería, durante la prestación de servicios de salud dirigida a adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, hemos observado que se presentan diferentes motivos en que el adulto mayor muestra abandono en la toma de la medicación por diferentes razones, además de la dificultad de crear hábitos de vida saludable para el mejoramiento de su salud. Un estudio realizado en la ciudad de Lima – Perú en el año 2018¹⁷ resalta que según manifestaciones de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II uno factor importante que dificulta la adherencia al tratamiento es el desconocimiento de su enfermedad frente a complicación, y el temor que les genera todos los cambios que ocasiona dicha patología frente a su entorno social.

Los factores de riesgo modificables y no modificables pueden alterar la situación de salud de un individuo, de ahí, la importancia de intervenir en los que se puede modificar, promoviendo hábitos de vida saludables en busca de mejorar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente crónico; y realizar seguimiento con un equipo interdisciplinario que guíe y apoye al paciente para asumir la responsabilidad en prácticas de autocuidado y automanejo en el control de su enfermedad.

Es así que la OMS¹⁸ menciona la existencia de una preocupación mundial por el incumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico a largo plazo de las personas con enfermedades crónicas, crea la necesidad de encontrar un equilibrio entre la terapia efectiva y la calidad de vida de los pacientes mediante la adherencia terapéutica.

De modo que el tratamiento farmacológico y no farmacológico en la persona diagnosticada con Diabetes Mellitus Tipo II debe ser de estricto cumplimiento para evitar complicaciones que en muchas ocasiones tiene desenlaces fatales; de

¹⁷ VASQUEZ ZAMBRANO, Ruddy Cristina. Factores de la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II del Hospital Nacional Sergio E. Bernales-2018 [en línea]. 2018. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias Médicas, 2018.

¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [en línea]. Ginebra, 2003. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

ahí la importancia de trabajar en la adherencia al tratamiento, como es el cumplimiento en horario y dosis de los medicamentos y en la adopción de hábitos de vida saludables.

La adherencia farmacológica y no farmacológica es un problema desencadenado por diversos factores que limitan a la persona a tener un control de su estado de salud, un estudio en el año 2018¹⁹ menciona que la adherencia al tratamiento está influenciada por diferentes factores como lo son, la accesibilidad a los servicios de salud, la satisfacción de los servicios médicos, comorbilidades agregadas, nivel de conocimiento de la enfermedad, estilos de vida poco sanos entre otros y es trabajo del sistema de salud crear herramientas para el abordaje del paciente en sus diferentes ámbitos. Los pacientes que cursan con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo II se ha evidenciado un grado de adherencia mínimo a sus tratamientos, y así el riesgo de complicaciones de su enfermedad aumenta, evidenciado investigaciones^{20 21 22}. Determinan que existe un bajo nivel de adherencia a los tratamientos por parte de las personas con Diabetes Mellitus Tipo II, y concluyen que la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global, que debe ser manejado por parte de un equipo multidisciplinario para crear estrategias en salud para mejorar tanto la parte farmacológica como los hábitos de vida saludable.

Por ello la enfermería juega un papel importante en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en todas las personas que cursan enfermedades crónicas específicamente en patologías como Diabetes Mellitus tipo II. De manera que una adecuada relación clínica entre el profesional de enfermería y el paciente genera consultas dinámicas que proponen metas de autocuidado, y promueven la participación del usuario, donde el profesional es el encargado de dirigir el proceso de promoción, mantenimiento de la salud, tratamiento y rehabilitación.

¹⁹ PÉREZ PAVÓN, Abel et al. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México [en línea]. En: Waxapa. 2018, vol. 10 no. 18.

²⁰ ARÁNZAZU MENESES, Leyder Milena et al. Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón) [en línea]. En: Revista de SEAPA. 2019, vol. 7, no 2.

²¹ DOMÍNGUEZ GALLARDO, Laura Andrea y ORTEGA FILÁRTIGA, Edgar. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 2019, vol. 6, no 1.

²² CASTILLO MOREJÓN, Maidielis; MARTÍN ALONSO, Libertad y ALMENARES RODRÍGUEZ, Kenia. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017, vol. 33, no 4.

Por lo anterior es importante realizar estudios de investigación, que involucren a los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II, que asisten al programa de crónico de la Clínica San Rafael Dumiam de la ciudad de Girardot; ya que es elemental conocer estadísticas reales con abordaje en temas de salud que involucre a la comunidad, y así poder establecer aquellos factores asociados que influyan en la adherencia farmacológica y no farmacológica en los individuos, para crear intervenciones adecuadas en promoción, prevención y mantenimiento de la salud.

6 MARCO TEÓRICO

Para el sustento teórico de la presente investigación se tomarán dos teorías, la primera es una teoría de enfermería acorde a la teoría general del déficit del autocuidado y haciendo uso de los factores condicionantes básicos en salud compuesta por Dorothea Orem y, de igual forma resulta necesario tomar un segundo sustento teórico integrado por los supuestos de Marc Lalonde, puesto que apunta a el estudio de los determinantes de la salud y los fundamenta como una herramienta importante para el análisis de los problemas y determinación de las necesidades en salud, ya que permite mejorar el proceso de identificación de las causas que afectan a la persona comprendiendo todos los componentes del concepto de campos de salud el cual se basa en cuatro determinantes: biología humana , medio ambiente , estilos de vida y la organización de la atención de servicios de salud, integrando y entendiendo que resulta necesario la selección de diferentes medios y factores para intervenir y satisfacer las necesidades que se presenten.

6.1 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTO CUIDADO

Orem define el déficit de autocuidado como una relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. “La idea central de esta teoría comprende que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud”²³ . Por ello es pertinente conocer las limitaciones que le impidan a la persona auto gestionar actividades propias de su cuidado como la adherencia al tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y

²³ RAILE ALLIGOOD, Marta y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías de enfermería. 7 ed. Barcelona: McGraw-Hill, 2011. p.269.

así determinar acciones para el mejoramiento de la salud y prevenir complicaciones en el transcurso de su enfermedad.

El profesional de enfermería debe incentivar la agencia de autocuidado entendida como la capacidad que posee el individuo para cuidar de sí mismo y de esta manera detectar oportunamente todos aquellos factores que limiten dichas acciones. En su teoría Orem²⁴ refiere que, las limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. Se debe reconocer la importancia de un trabajo en conjunto entre el profesional de enfermería y la persona, en el cual se potencialicen sus capacidades de auto cuidado, y se sustituyan sus limitaciones generando impacto en el estado general de la persona.

Para determinar los factores que influyen en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes crónicos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II se acogerán los condicionantes básicos en salud reconocidos por Orem en su Teoría general del déficit del autocuidado y de esta manera evaluar a la persona en sus diferentes entornos y así detectar la limitación en su autocuidado.

Orem define que la salud se puede ver afectada por factores que se asocian con la persona, la familia, la sociedad, el trabajo entre otros y los define como factores condicionantes básicos de la salud, determinando que son internos o externos que alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas.

Se han identificado 10 factores condicionantes que según Orem se pueden agrupar dependiendo de las situaciones particulares y características en común de la población. Los factores condicionantes son:

6.1.1 Edad: Determina el desarrollo de habilidades (agencia de autocuidado).

²⁴ RAILE ALLIGOOD, Marta y MARRINER TOMEY, Ann. Op. cid.

6.1.2 Sexo: Identificación sexual, niveles hormonales.

6.1.3 Estado de desarrollo.

- ✓ Estado de desarrollo cognoscitivo, incluye estados permanentes como el retardo mental.
- ✓ Estado de salud físico, psicosocial y experiencias relevantes de la vida.

6.1.4 Estado de Salud.

- ✓ Estado actual de salud.
- ✓ Percepción del paciente acerca del ¿porque está hospitalizado? síntomas.
- ✓ Las acciones que el paciente realizo en respuesta a los síntomas que experimento.
- ✓ Enfermedad actual.
- ✓ Diagnóstico: descripción de las alteraciones fisiopatológicas.
- ✓ Terapia prescrita: tratamientos, medicamentos etc.
- ✓ Otros miembros del equipo de salud que están involucrados con el paciente: dietas, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajador social etc.

6.1.5 Orientación sociocultural.

- ✓ Raíces étnicas- efectos actuales sobre la vida.
- ✓ Actividades sociales- amigos, grupos, iglesia, clubes.
- ✓ Actividades en horas libres.

- ✓ Valores y creencias religiosas.

- ✓ Orientación cultural así el estado de salud: valor que da el paciente a su salud según su cultura, creencias a cerca del cuidado y hacia la salud, valor que le da el paciente al hecho de ser una persona saludable de acuerdo a su cultura. Etc.

- ✓ ¿Qué tan importante es para el paciente el estar bien en su salud?

- ✓ Creencias y sistema de valores del paciente en general

6.1.6 Factores del sistema de cuidados de salud.

- ✓ Diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.

6.1.7 Factores del sistema familiar.

- ✓ Factores que relacionan a los individuos con su familia de origen o por matrimonio.

6.1.8 Patrón de vida.

- ✓ Incluyendo las actividades en que se ocupa regularmente
- ✓ Patrones o hábitos diarios, (sueño, alimentación, social)
- ✓ Efectos de estado de salud sobre sus hábitos o patrones
- ✓ Roles o papeles de los que viven en el hogar
- ✓ Ocupación.
- ✓ Estado anterior de salud.
- ✓ Problema crónico.

- ✓ Problemas agudos.
- ✓ Efectos de los problemas pasados de salud, en la vida.
- ✓ Cuidados preventivos de salud en el pasado, énfasis en la salud de la vida del paciente-dieta, ejercicio etc.
- ✓ Experiencias previas con elementos o personas del sistema de cuidados de salud en relación al paciente o a su familia.
- ✓ Los médicos, enfermeras, hospitales.
- ✓ Sentimiento acerca de experiencias de anteriores: pérdida de seres queridos o de prioridades y adaptación a crisis.

6.1.9 Factores ambientales.

- ✓ Factores que localizan estos individuos en sus mundos y las relaciones con condiciones y circunstancias de la vida.
- ✓ Para regular los factores ambientales que afectan el desarrollo y funcionamiento relativo a su vida, salud y bienestar. El autocuidado se concreta cuando emerge como eventos observables resultantes de las secuencias de acciones prácticas realizadas por las personas. Implica el uso de recursos, materiales y gasto de energía dirigidos a aportar el material y las condiciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo interno, para establecer y mantener relaciones esenciales y seguras con los factores y fuerzas ambientales.

6.1.10 Disponibilidad y adecuación de los recursos.

- ✓ Recursos financieros
- ✓ Seguros, ayuda del gobierno, de la familia de la comunidad
- ✓ La familia y su sistema de recursos.
- ✓ Miembros viven cerca al hogar o de otros
- ✓ Patrones de compromiso entre los miembros de familia

- ✓ Estabilidad de los hábitos y roles de la familia
- ✓ El tiempo como recurso
- ✓ Compromisos importantes que requieren su tiempo como por ejemplo el trabajo, la familia, los compromisos sociales.
- ✓ Utilización del tiempo disponible para actividades de autocuidado.

Según lo descrito por Orem²⁵ para obtener información sobre los factores condicionantes básico de salud mediante la práctica de enfermería, el profesional puede indagar de diferentes maneras como son los registros de pacientes incluido el historial médico, mediante el interrogatorio directo del paciente o miembros de su familia, historial de enfermería y evolución del estado de salud. Dicha información es pertinente para emitir juicios y decisiones frente al direccionamiento del cuidado y los esfuerzos prácticos de las enfermeras para influir en el paciente sobre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Orem destaca que “Las enfermeras y sus pacientes idealmente buscan un terreno en común desde el cual puedan relacionarse y comunicarse, de modo que se revele lo que necesitan los pacientes y se comunique cómo pueden ayudar las enfermeras”²⁶ resaltando la importancia de una relación de confianza enfermera – paciente hace más práctico para el profesional determinar las circunstancias que afectan la capacidad de autocuidado.

²⁵ OREM, Dorothea. Nursing. Concepts and practice. 6 Ed. United States of America: Mosby, 2001. p.30

²⁶ OREM, Dorothea. Op. cid.

6.2 TEORÍA GENERAL DE DETERMINANTES EN SALUD DE MARC LALONDE

Marc Lalonde define “los determinantes de la salud como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones”²⁷, y de los cuales se pueden dividir en dos grandes grupos: el primero en aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos; y el segundo es acorde a la responsabilidad del sector salud y comprende las acciones que tome el estado en beneficio de la salud de la población.

Lalonde propone un modelo que aporta a nuestra investigación postulados con los determinantes sociales en salud, que permiten analizar las causas que conllevan a que las personas enfermen o mueran frecuentemente, no solo por factores provenientes del sistema de salud, sino que también determina diferentes tipos de variables que influyen de manera positiva o negativa en el estado de salud de la persona de acuerdo a su entorno, su estilo de vida y su composición genética. Además, resalta la importancia en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, bajo la mirada de los determinantes sociales en salud para alcanzar un nivel de vida sana y digna dentro de los diferentes entornos.

Lalonde clasifica los factores determinantes en salud de la siguiente manera: **Biología humana**, que contiene los procesos de maduración, envejecimiento, los que comprenden los diferentes sistemas internos del organismo del individuo, la herencia genética, y los resultados que se manifiestan en el individuo como consecuencia de su biología del ser humano incluyendo lo relacionado a la salud tanto física como mental.

Los **Estilos de vida**, los cuales adopta el individuo desde una perspectiva como ser autónomo, capaz de tomar decisiones en relación a su salud y sobre las cuales posee cierto grado de control, entendiendo también la incorporación de todos los hábitos personales y las malas decisiones que conllevan riesgos para él como individuo. Así mismo tiene en cuenta el **Medio ambiente**, puesto este afianza todos los factores que puedan influir en la salud y que resultan externos a la composición biológica del individuo y sobre los cuales posee un mínimo o nulo

²⁷ VILLAR AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención [en línea]. En: Acta Med Per. 2011, vol. 28, no. 4. p.237. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

grado de control, incorporando todo aquello que presenta un peligro o riesgo para la salud como lo son la contaminación del aire y del agua, entre otros. Y finalmente la **Organización de la atención de salud** por lo que representa todas las diferentes características de la atención de salud como lo son la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre el individuo y los recursos involucrados en la prestación de los servicios sanitarios como los hospitales, el ejercicio de la medicina y la enfermería, entre otros.

Estos supuestos teóricos nos apoyarán la comprensión de la pregunta de investigación y serán un sustento para el análisis de los resultados, basados en el instrumento aplicado. Debido a que la teoría del déficit de autocuidado es uno de los referentes teóricos del instrumento y los postulados de Lalonde amplían la comprensión del estudio.

7 MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo a lo referenciado en el Ministerio de Salud y Protección Social²⁸ el adulto mayor es definido como una persona mayor de 60 años, sujeto de derecho, socialmente activo, con garantías y responsabilidades; respecto de sí mismo, a su familia y su sociedad, su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

Otra definición de adulto mayor es dada por La Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas²⁹ define al adulto mayor como un grupo de personas que tienen más de 65 años de edad y considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, se los reconoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos.

La primera definición es la adoptada para la presente investigación porque describe al adulto mayor como un ser holístico, activo e inmerso en un contexto.

²⁸ MINISTERIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento y vejez [en línea]. Bogotá D.C., 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

²⁹ MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013 [en línea]. 2013. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

Barrera et al³⁰ definió enfermedad crónica como una condición de salud que altera el funcionamiento normal durante un período de tiempo de mínimo seis meses, también se puede afirmar que se trata de un trastorno orgánico y disfuncional permanente, incurable, irreversible, con períodos de remisión y recaída además modifica el estilo de vida del individuo.

Según la American Diabetes Association (ADA) define la Diabetes Mellitus Tipo II como una condición médica en la que las células del organismo no responden bien a la hormona insulina. La insulina es producida por el páncreas para permitir que el azúcar en la sangre acceda a las células del cuerpo y sea convertida en energía. Las personas con diabetes tipo 2 tienen un problema para llevar el azúcar en la sangre hacia las células del cuerpo, lo que produce altos niveles de azúcar en la sangre. Los síntomas de la diabetes tipo 2 incluyen una necesidad frecuente de orinar, producir grandes cantidades de orina, sensación de cansancio, pérdida de peso y sentir sed con mayor frecuencia que lo normal. La diabetes tipo 2 puede controlarse con una buena dieta, actividad física habitual y medicamentos para reducir los niveles de azúcar en la sangre.³¹

De acuerdo al termino adherencia se encontraron diferentes definiciones entre ellas, la Organización mundial de la salud (OMS) 2003³² define Adherencia el grado en el que la conducta de un paciente, 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.

Siguiendo la Nanda³³ define Adherencia como la conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de salud acordado entre la persona (familia o comunidad) y un profesional de la salud. Cuando se ha acordado un plan ya sea terapéutico o de promoción de salud.

³⁰ BARRERA ORTIZ, Lucy et al. Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica [en línea]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2010. 360 p. Disponible en: http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf

³¹ American Diabetes Association. Diabetes mellitus tipo2 [en línea]. ADA, 2020. Disponible en: <https://ada.com/es/conditions/diabetes-mellitus-type-2/>

³² DILLA, Tatiana et al. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora [en línea]. En: Atención Primaria. 2009, vol. 41, no. 6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

³³ MUNDO ENFERMERO. Adherencia [en línea]. 2020. Disponible en: <https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=79>

Por último Epsein y Cluss³⁴, en el año 1982. Definen adherencia como el cumplimiento es la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido.

El término descrito por la OMS es el que se considera oportuno para esta investigación ya que abarca en su definición tanto adherencia farmacológica y no farmacológica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁵ utiliza la siguiente definición funcional de autocuidado es la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica. En su teoría del déficit del autocuidado Dorothea Orem³⁶ define el autocuidado Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Por último, traeremos a colación el término de Automanejo porque es claro que en la adherencia al tratamiento el personal de salud respecto a su interacción y su manera de dar la educación es relevante para que la persona se adhiera o no al tratamiento. Por lo tanto, nos parece interesante el concepto de la doctora Peñarrieta (2019)³⁷ donde define Automanejo como el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por parte de los profesionales de la salud, con el fin de incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud. Esta definición de automanejo se usará como concepto ya que es el apropiado ya que menciona la educación continua que debe proporcionar el personal de la salud para lograr un fin en el individuo.

³⁴ OPEN COURSE WARE. La adherencia al tratamiento [en línea]. Universidad de Cantabria, s.f. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf

³⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights [online]. Geneva, 2019.153p. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>

³⁶ NARANJO HERNÁNDEZ, Ydalsys. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem [en línea]. En: Gaceta Medica Espirituana, vol. 19, no. 3, 2017. p.4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>

³⁷ LEÓN-HERNÁNDEZ, R. C., et al. Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas [en línea]. En: Enfermería universitaria. 2019, vol. 16, no 2. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000200128&script=sci_arttext

8 MARCO ÉTICO

8.1 CÓDIGO DE NÚREMBERG, 1947

Expone que las pruebas realizadas en seres humanos deben conservar ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales: El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

8.2 DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM), 1964.

Determina que el principio básico es el RESPETO por el individuo, su derecho a los principios éticos su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica. Para que un sujeto participe de un estudio debe obtenerse un CONSENTIMIENTO INFORMADO, el cual es un documento donde el sujeto acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida.

Otro precepto de la Declaración es que el BIENESTAR del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigación es incompetente, física y/o mentalmente incapaz de consentir o es un menor, el consentimiento debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo.

Para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de 5/9 acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses,

afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal.

8.3 RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. TITULO II. DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS, ART 6. La investigación que se realice en seres humanos deberá contar con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. ART 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. ART 15. El Consentimiento Informado deberá presentar información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

8.4 LEY 266 DE 1996

Reglamenta la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes: 1. Integralidad. 2. Individualidad. 3. Dialogicidad. 4. Calidad. 5. Continuidad.

8.5 LEY 911 DE 2004

"Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones". El

ARTÍCULO 6o. describe que el profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

8.6 LEY 1581 DE 2012

Se expidió el Régimen General de Protección de Datos Personales, La presente ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma.

8.7 AUTORIZACIONES

Se cuenta con las respectivas autorizaciones para la implementación de los instrumentos en esta prueba piloto: “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo” (Ver ANEXO B) y la respectiva autorización de la “Ficha de caracterización de la diada cuidador – persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D. Versión 5.3 – 2018 (Ver ANEXO D).

9 DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 ENFOQUE

Estudio con enfoque cuantitativo y con una variable que se consolidará en adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

9.2 TIPO

Estudio de tipo descriptivo

9.3 UNIVERSO

Pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo II.

9.4 POBLACIÓN

21 pacientes con enfermedad crónica con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, residentes a los departamentos de Cundinamarca, Caquetá y Tolima.

9.5 MUESTRA

En esta investigación se usará un tipo de muestra no probabilística, para el cálculo de la muestra se determinó el nivel de confianza con un 95% y un margen de error no mayor a 5% dando una aproximación, será de 21 pacientes con diabetes mellitus tipo II

9.6 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se obtuvo la información mediante dos instrumentos, uno de ellos es la ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC – UN – P³⁸, y el segundo titulado *Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos u no farmacológicos en personas que presenten factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*³⁹.

³⁸ Ficha de la caracterización de la diada (Paciente – Cuidador) en situación de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado de enfermería al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia, Versión 5.3., 6 de junio del 2018

³⁹ Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. UNAL, Versión 3.

10 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este estudio se determinaron los factores que intervienen en la adherencia farmacológica y no farmacológica de pacientes crónicos adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, la muestra estuvo conformada por 21 pacientes quienes aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

10.1.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Se realizó la recolección de la información aplicando la ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC – UN – P⁴⁰ elaborado por el grupo de cuidado de la Facultad de enfermería - Universidad Nacional de Colombia.

El instrumento consta de caracterización sociodemográfica, apoyo y nivel de satisfacción, niveles de bienestar y autovaloración de las TIC's.

Tabla 1. Distribución porcentual – caracterización sociodemográfica

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA		
	Número de participantes	Porcentaje
Genero		
Femenino	14	67%
Masculino	7	33%
Edad		
60 – 69 años	8	38.1%
70 – 79 años	10	42.9%
Mayores a 80 años	3	19%
Nivel de escolaridad		
Ninguno	4	19%
Primaria incompleta	14	67%
Bachiller	1	4.8%
Técnico	1	4.8%
Profesional	1	4.8%
Estado civil		
Casado(a)	14	67%
Unión libre	2	9.5%
Viudo(a)	5	24%
Ocupación		
Hogar	15	71%
Independiente	6	29%
Estrato socioeconómico		
1	7	33.3%

⁴⁰ Ficha de la caracterización de la diada (Paciente – Cuidador) en situación de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado de enfermería al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia, Versión 5.3., 6 de junio del 2018

2	7	33.3%
3	7	33.3%
Religión		
Católica	20	95%
Cristiana	1	4.8%
Nivel de compromiso con la religión		
Alto	4	19%
Medio	13	62%
Bajo	4	19%

De acuerdo a los resultados de la caracterización el género que predominó fue el femenino con un porcentaje de 66.7%, las edades de los pacientes oscilaron entre los 60 y 90 años, el mayor porcentaje 42.9% se presentó en el grupo de edad de 70 a 79 años. En relación al estudio de MORROS et al⁴¹. los resultados coinciden con los obtenidos en esta investigación, dado que el género con mayor porcentaje fue el femenino y las edades de mayor prevalencia oscilaron entre los 70 y 79 años.

Con relación al nivel de escolaridad en los participantes el mayor porcentaje 66.7% presenta primaria incompleta y seguido 19.1% no cuenta con ningún grado de escolaridad. En relación al estado civil, casado se encuentra en un 66.7%, seguido de un 23.8% viudos y el 9.5% unión libre. Al igual que en la investigación realizada por MAIDANA et al⁴², el estado civil casado fue el mayor predominio y el mayor porcentaje de los participantes solo contaban con primaria.

Teniendo en cuenta la ocupación de los participantes, en el porcentaje más alto 71% se dedican al hogar y solo un 29% son trabajadores independientes. lo que lleva a pensar que la mayoría de esta población no cuenta con un apoyo económico propio. Respecto al estrato socio-económico los porcentajes en los tres diferentes niveles 1,2 y 3 fue el mismo 33.3%

El 95.2% son de religión católica y el nivel de compromiso frente a las creencias religiosas es medio con un porcentaje de 61.9%, lo cual podría representarse como un factor protector de salud.

⁴¹ MORROS-GONZÁLEZ, Elly, et al. Anciano con diabetes y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. Acta médica colombiana, 2017, vol. 42, no 4, p. 230-236.

⁴² MAIDANA, Gladys Mabel, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Memorias del instituto de investigaciones en ciencias de la salud, 2016, vol. 14, no 1.

10.1.2 APOYOS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN

Tabla 2: Distribución porcentual - apoyos y nivel de satisfacción

Tipo de apoyo	Número de personas	Porcentaje
Apoyo psicológico		
1	3	14%
2	8	38%
3	8	38%
4	2	9.5%
Apoyo familiar		
1	1	4.8%
2	2	9.5%
3	10	48%
4	8	38%
Apoyo religioso		
1	3	14%
2	4	19%
3	11	52%
4	3	14%
Apoyo económico		
1	1	4.8%
2	7	33%
3	12	57%
4	1	4.8%
Apoyo social		
1	4	19%
2	7	33%
3	9	43%
4	1	4.8%

Para calificar el nivel de satisfacción de los tipos de apoyos con los que contaban los adultos mayores, teniendo en cuenta que los niveles 3 y 4 son los parámetros más altos de satisfacción se puede evidenciar que en todos los apoyos como el familiar, religioso, económico y social se encuentran en niveles altos de satisfacción a excepción del apoyo psicológico en el que los niveles entre poco satisfactorio y satisfactorio se encuentran en iguales porcentajes 38%.

10.1.3 NIVELES DE BIENESTAR

Tabla 3. Distribución porcentual - niveles de bienestar

Nivel de bienestar	Número de personas	Porcentaje
Bienestar físico		
1	1	4.8%
2	6	29%
3	9	43%
4	5	24%
Bienestar psicológico		
1		
2	5	24%
3	9	43%
4	7	33%
Bienestar social		
1	1	4.8%
2	8	38%
3	9	43%
4	3	14%
Bienestar espiritual		
1	3	14%
2	2	9.5%
3	12	57%
4	4	19%

En relación a la tabla 3, para determinar el nivel de bienestar físico, psicológico, social y espiritual frente a las condiciones y calidad de vida actuales de los adultos mayores, los porcentajes más altos están ubicados en los niveles 3 y 4 lo que determina que la percepción es satisfactoria frente al bienestar y la calidad de vida actual de cada uno de ellos. En un estudio de Cuba 2019⁴³ destaca la importancia del bienestar subjetivo, entendido como un sistema adaptativo que comprende aspectos afectivo-emocionales y psicológicos; indicando que los pacientes crónicos con mayor bienestar subjetivo logran tener mayor adherencia al tratamiento en un 85,7%.

⁴³ Pomares-Avalos A, Jorge-González R, Alfonso-Trujillo Y, Vázquez-Núñez M. Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista Finlay. Año 2019 [en línea] <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/672/1770> revisado el 12 agosto de 2020. 2019

10.1.4 AUTOVALORACION EN EL USO DE LAS TIC's

Tabla 4. Distribución porcentual - Tics y uso

TIC's	Número de personas	Porcentaje
TIC uso de Tv		
Alto	4	19%
Medio	13	62%
Bajo	4	19%
TIC uso radio		
Alto	4	19%
Medio	12	57%
Bajo	5	24%
TIC uso computador		
Alto		
Medio	3	14%
Bajo	18	86%
TIC uso teléfono		
Alto	5	24%
Medio	10	48%
Bajo	6	29%
TIC uso internet		
Alto	2	9.5%
Medio	3	14%
Bajo	16	76%

Tabla 5. Distribución porcentual – TIC's en su autocuidado

TIC's	Número de personas	Porcentaje
Uso de TIC autocuidado		
Si	10	45%
No	11	55%

En el uso de las TICs se concluye que el medio de información más usado con relación a los niveles medio y alto corresponde a la televisión con un 81%, seguido de la radio con un 76%, y el teléfono con un porcentaje de 72%; se evidenció que las TICs con menor uso son el internet con un 23,5% y el uso del computador con un porcentaje bajo de 14%.

Al momento de preguntar si implementaban el uso de las TICs para fomentar su autocuidado el 55% no la implementan y el 45% restante si hacen uso de ellas al momento de su cuidado. Sin embargo, en un estudio realizado en Manizales

Colombia en el año 2015⁴⁴ se demostró que personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II tomaron mayores actitudes de autocuidado y adherencia al tratamiento con el uso de teléfonos móviles y el envío de SMS educativos a través del mismo medio generando una mejor conducta y nivel de compromiso para el control de su enfermedad.

10.2 INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS

Se aplicó el instrumento elaborado por la Doctora en enfermería Claudia Patricia Bonilla Ibáñez para evaluar los factores que influyen en la adherencia farmacológica y no farmacológica⁴⁵. El instrumento consta de 4 dimensiones: Factores socioeconómicos (FC), factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud (FPS), factores relacionados con la terapia (FT) y factores relacionados con el paciente (FRP)

10.2.1 DIMENSIÓN I: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (FC)

Esta dimensión está conformada por 14 ítems, los cuales abordan temas como: recursos económicos, nivel de educación, aspectos sociales, apoyo familiar y social. Entre los resultados más relevantes al momento de la aplicación se obtuvieron los siguientes.

⁴⁴ Vélez-Álvarez C, Vidarte-Claros JA, Álvarez-Rosero RE, García-Navarro JA. Salud electrónica para el autocuidado de pacientes con factores de riesgo asociados al síndrome metabólico. Rev Univ. salud. 2016 [en línea] <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a16.pdf> revisado el 12 de agosto de 2020. 2016 18(1):170-181.

⁴⁵ Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. UNAL, Versión 3.

Tabla 6. Distribución porcentual - Factores socioeconómicos

COD	Pregunta	Porcentajes	
FC1	Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)	Siempre	52%
		a veces	48%
		Nunca	
FC2	Puede costearse los medicamentos.	Siempre	48%
		A veces	43%
		Nunca	9.5%
FC3	Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.	Siempre	67%
		A veces	33%
		Nunca	
FC4	Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.	Siempre	60%
		A veces	30%
		Nunca	10%
FC5	Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.	Siempre	71%
		A veces	19%
		Nunca	9.5%
FC6	Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.	Siempre	24%
		A veces	48%
		Nunca	29%
FC7	Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.	Siempre	43%
		A veces	38%
		Nunca	19%
FC8	Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.	Siempre	86%
		A veces	14%
		Nunca	
FC9	Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos.	Siempre	
		A veces	9.5%
		Nunca	90%
FC10	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	Siempre	4.8%
		A veces	43%
		Nunca	52%
FC11	El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.	Siempre	29%
		A veces	29%
		Nunca	43%
FC12	Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.	Siempre	81%
		A veces	19%
		Nunca	
FC13	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.	Siempre	
		A veces	48%
		Nunca	52%
FC14	Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.	Siempre	38%
		A veces	33%
		Nunca	29%

Como se describe en la tabla anterior, se puede determinar que la disponibilidad y adecuación de los recursos con relación a disponibilidad económica, acceso a los medicamentos y costos de estilos de vida con relación a los alimentos recomendados mostraron los siguientes resultados frente a nuestro grupo muestra.

El mayor número de los encuestados resaltaron que a veces pueden costearse los medicamentos con un porcentaje de 43%, con relación a la afirmación FC5 el 71% consideran que, a pesar de los costos vale la pena hacerlo.

En relación al manejo de la dieta FC6, es importante resaltar que un 48% de las personas encuestadas refiere dificultad en los cambios de la dieta debido al alto costo de los alimentos recomendados.

Con relación a factores del sistema familiar y en concordancia con los condicionantes básicos en salud que refiere la teoría de Dorothea Orem⁴⁶, el grupo de adultos mayores participantes cuentan con un factor protector con relación al apoyo familiar destacando que en el ítem FC1, el 52% de ellos resaltan que sus familias cuentan con disponibilidad económica para sus necesidades básicas. En las afirmaciones FC8 y FC9 más de la mitad corresponden a porcentajes altos con relación al apoyo familiar frente a la motivación para el cumplimiento de su régimen terapéutico, además en el ítem FC12 se destaca que el 81% de las personas que lo apoyan reconocen la complejidad de la enfermedad y su tratamiento. Un estudio realizado en Ecuador 2018⁴⁷ demostró que las personas que reciben apoyo de familiares tienen mayores probabilidades de adherirse a los tratamientos establecidos.

La afirmación FC14 relacionada con el factor condicionante básico sociocultural con un porcentaje de 33% frente a la población participante indica que a veces comparten sus preocupaciones con su entorno social, lo cual podría mostrarse que no es un sistema de apoyo significativo.

⁴⁶ OREM, Dorothea. Op. cit.

⁴⁷ Avelino Tomalá, L. I. (2018). Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de Salud Santa Elena. Año 2018. [en línea] <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12185/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-79.pdf>

10.2.2 DIMENSIÓN II: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD (FPS)

Tabla 7. Distribución porcentual - factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud

COD	Pregunta	Porcentajes	
FPS1	El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.	Siempre	57%
		a veces	43%
		Nunca	
FPS2	El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre su tratamiento	Siempre	52%
		A veces	43%
		Nunca	4.8%
FPS3	La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.	Siempre	48%
		A veces	48%
		Nunca	4.8%
FPS4	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas	Siempre	24%
		A veces	33%
		Nunca	43%
FPS5	La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.	Siempre	9.5%
		A veces	24%
		Nunca	67%
FPS6	Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.	Siempre	14%
		A veces	43%
		Nunca	43%
FPS7	Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.	Siempre	57%
		A veces	29%
		Nunca	14%
FPS8	Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.	Siempre	43%
		A veces	38%
		Nunca	19%
FPS9	Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.	Siempre	62%
		A veces	24%
		Nunca	14%
FPS10	Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.	Siempre	38%
		A veces	24%
		Nunca	38%
FPS11	En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.	Siempre	38%
		A veces	24%
		Nunca	38%
FPS12	Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.	Siempre	76%
		A veces	19%
		Nunca	4.8%
FPS13	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entiende	Siempre	52%
		A veces	48%
		Nunca	
FPS14	Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde.	Siempre	14%
		A veces	33%
		Nunca	52%
FPS15	El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.	Siempre	33%
		a veces	29%
		Nunca	38%
FPS16	Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.	Siempre	
		A veces	9.5%
		Nunca	90%

FPS17	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.	Siempre	67%
		A veces	24%
		Nunca	9.5%
FPS18	El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.	Siempre	57%
		A veces	43%
		Nunca	
FPS19	La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.	Siempre	57%
		A veces	24%
		Nunca	19%
FPS20	Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.	Siempre	57%
		A veces	29%
		Nunca	14%
FPS21	Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.	Siempre	81%
		A veces	14%
		Nunca	4.8%

En relación con los factores del sistema del cuidado de salud mediante los resultados obtenidos en esta dimensión, cabe resaltar las siguientes afirmaciones; FPS1 el 57% se sienten animados por el equipo interdisciplinario para volver a sus controles como un factor que beneficia el motivo de asistencia y el cumplimiento de sus citas, lo que puede estar relacionado con el ítem FPS2 ya que el 52% de los participantes indican que siempre el personal de enfermería da recomendaciones escritas sobre el tratamiento, aunque un 43% indica que no siempre se dan dichas recomendaciones, por lo que es importante incentivar la educación por parte de enfermería para fomentar el autocuidado y con ello elevar el nivel de adherencia en las personas mayores de 60 años. Resultados similares obtenidos en nuestra investigación por PEREZ et al. 2019⁴⁸ se determinó que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con satisfacción adecuada del servicio recibido, presentaron adhesividad al tratamiento y mayor control de su salud.

Frente a la afirmación FPS4 con un porcentaje de 43% no refiere tener dudas a cerca de la manera de tomar sus medicamentos, sin embargo existe un porcentaje significativo del 33% de adultos mayores que refieren que siempre terminan con dudas.

En el ítem FPS9 se puede interpretar que la información recibida sobre los beneficios de los medicamentos es satisfactoria en un 62% de los adultos mayores, lo que puede ser un factor protector e incentivar a continuar con el régimen terapéutico, sin embargo en el ítem FPS13 un 48% los participantes seleccionaron la opción de a veces por no entender siempre las explicaciones dadas por el médico o la enfermera, este dato es relevante para que los

⁴⁸ PÉREZ PAVÓN, Abel, et al. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. Revista Waxapa, 2019, vol. 10, no 18, p. 20-25. [En línea] <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818d.pdf>

proveedores de la salud tengan en cuenta que las explicaciones sobre el tratamiento deben ser claras y concisas.

En la afirmación FPS20 el 57% de los participantes dicen conocer los riesgos que llevan a una persona a sufrir Diabetes Mellitus tipo II. Un estudio realizado en Brasil 2016⁴⁹ demostró que el grado de conocimiento sobre su enfermedad y la medicación favorece el cumplimiento del régimen terapéutico, además de influir en su calidad de vida y grado de satisfacción.

10.2.3 DIMENSIÓN III: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA (FT)

Tabla 8. Distribución porcentual - factores relacionados con la terapia

COD	Pregunta	Porcentajes	
FT1	Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.	Siempre	71%
		a veces	14%
		Nunca	14%
FT2	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.	Siempre	24%
		A veces	24%
		Nunca	52%
FT3	Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.	Siempre	
		A veces	48%
		Nunca	52%
FT4	Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.	Siempre	9.5%
		A veces	14%
		Nunca	76%
FT5	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.	Siempre	81%
		A veces	19%
		Nunca	
FT6	Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.	Siempre	
		A veces	4.8%
		Nunca	95%
FT7	Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.	Siempre	95%
		A veces	4.8%
		Nunca	
FT8	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	Siempre	67%
		A veces	14%
		Nunca	19%
FT9	Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.	Siempre	86%
		A veces	14%
		Nunca	
FT10	Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas	Siempre	67%
		A veces	33%
		Nunca	

⁴⁹ MAIDANA Gladys, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa, Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):70-77. [En línea] <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>

Con base al factor condicionante estado de salud y a los factores relacionados con la terapia se puede resaltar algunos items como en el FT2 mas de la mitad de las personas refirieron nunca suspender sus medicamentos cuando mejoran sus sintomas lo cual es una conducta importante de autocuidado, no obstante el 48% restante afirman que a veces o siempre suspenden el tratamiento. Por lo tanto se sugiere que el profesional de enfermería plantee estrategias educativas relacionadas con la importancia de la continuidad en el tratamiento farmacológico.

Así mismo en los items FT5, FT6 y FT7 se sustenta que las personas reconocen en un alto porcentaje los beneficios de seguir el tratamiento para el mejoramiento y mantenimiento de la salud.

En relación al tratamiento no farmacologico en la afirmación FT8 y FT9 se puede evidenciar que a pesar que los adultos mayores creen conveniente que el control de su peso es importante para el manejo de su salud (67%), también reconocen que adquirir costumbres saludables frente a dieta y ejercicio son conductas difíciles de adoptar (86%). Un estudio por MERCHAN 2018⁵⁰ concluye que la persona con diabetes mellitus requiere de un régimen terapéutico no farmacológico en cuanto a hábitos saludables de alimentación y practica de ejercicio complejo, puesto que se extiende a lo largo de su vida y requiere cambios relevantes de conducta por parte del paciente.

⁵⁰ MERCHÁN FELIPE, María de las Nieves. Variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. 2014. [en línea] https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf

10.2.4 DIMENSIÓN IV: FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE (FRP)

Tabla 9. Distribución porcentual - Factores relacionados con el paciente

COD	Pregunta	Porcentajes	
FRP1	Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.	Siempre	
		a veces	4.8%
		Nunca	95%
FRP2	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.	Siempre	76%
		A veces	24%
		Nunca	
FRP3	Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce	Siempre	9.5%
		A veces	14%
		Nunca	76%
FRP4	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	Siempre	52%
		A veces	48%
		Nunca	
FRP5	Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.	Siempre	
		A veces	48%
		Nunca	52%
FRP6	Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir.	Siempre	
		A veces	
		Nunca	100 %
FRP7	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.	Siempre	90%
		A veces	9.5%
		Nunca	
FRP8	Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.	Siempre	95%
		A veces	4.8%
		Nunca	

Esta dimensión se relaciona con el patrón de vida como factor condicionante básico en salud en el que el paciente esta inmerso en temas sobre apoyo social, apoyo del sistema de salud, apoyo familiar y conocimiento de autocuidado. Las afirmaciones que se consideran de mayor importancia son las siguientes; el ítem FRP1 enuncia que el 95% de los participantes no consideran que su enfermedad limite su oportunidad de estar con otras personas lo cual se podría considerar como una fortaleza para su autocuidado. En el ítem FRP4 el 52% de ellos se interesan por conocer sobre su condición de salud y sobre como podrían cuidarse, aunque cabe resaltar que el 48% de personas afirman solo a veces interesarse. En los ítem FRP7 Y FRP8 90% y 95% respectivamente las personas demostraron la importancia de seguir su tratamiento para mejorar su salud y consideran importante las pautas de autocuidado como es el seguir su régimen terapéutico para el mejoramiento de su salud y ser concientes de su responsabilidad para con ellos. En un estudio realizado en México 2019⁵¹ refiere que los factores

⁵¹ RAMÍREZ GARCÍA, María Cristina; ANLEHU TELLO, Alejandra; RODRÍGUEZ LEÓN, Alfonso. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo

relacionados con el paciente como el conocimiento, actitud, creencias, percepciones y expectativas influyen de manera determinante en el comportamiento de adherencia.

10.3 ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DE VARIABLES

De acuerdo a los resultados anteriormente descritos se vio la necesidad de realizar un cruce con las variables que se encontraron con resultados significativos de acuerdo a los dos instrumentos aplicados; a través de la prueba Chi-Cuadrado, para medir asociación. En todos los casos se consideró como estadísticamente significativo los valores de $p < 0.05$

Tabla 10. Grupos de Edad y Asociación con apoyos y nivel de satisfacción

Apoyo psicológico	Edad en años		P. overall
	60 – 69	70 – 90	
1	1 (12.5%)	2 (15.4%)	0.008
2	0 (0.00%)	8 (61.5%)	
3	5 (62.5%)	3 (23.1%)	0.003
4	2 (25.0%)	0 (0.00%)	

Según el cruce de variables se puede evidenciar en la tabla 10, no hay diferencias significativas en los niveles (1- 4) de los grupos de edad, el análisis sólo permitió evidenciar las diferencias entre los grupos de edad como un todo sin considerar las diferencias entre los niveles. Estas diferencias ocurren en el grupo de edad de 70-90 años con respecto al primer grupo en el nivel 3 por lo que se sugiere que en el grupo de edad de 60 a 69 tiene mayor percepción de apoyo psicológico.

Un estudio por ORTIZ et al⁵², manifiesta que los últimos años de vida son difíciles para las personas mayores, ya que estos se caracterizan por pérdidas, amenazas y adaptación. Lo anterior permite suponer que debido a todos los cambios que conlleva esta etapa de la vida a los adultos mayores requieren de un cuidado especial en este tipo de apoyo, debido a que el componente emocional

⁵² ORTIZ ARRIAGADA, Juana Beatriz; CASTRO SALAS, Manuel. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería, 2009, vol. 15, no 1, p. 25-31. [En línea] https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004

generalmente está afectado en este grupo poblacional y la familia se convierte en un recurso importante para mediar las emociones.

Tabla 11. Grupos de Edad y Asociación con nivel de bienestar físico

Bienestar físico	60 – 69	70 – 90	P. overall
1	0 (0.00%)	1 (7.69%)	
2	1 (12.5%)	5 (38.5%)	
3	7 (87.5%)	2 (15.4%)	
4	0 (0.00%)	5 (38.5%)	0.03

En este caso se encontró una diferencia en nivel de bienestar físico (valor 4) para el grupo de 70-90 años, esto se debe posiblemente a que no hay individuos con este valor en 60-69 años; es importante considerar que el tamaño de la muestra puede afectar esta interpretación por lo cual se sugiere a futuro un estudio de análisis de componente donde se relacione con un mayor número de muestra para realizar un análisis factorial. Entre las edades 60 a 69 años hay una mayor percepción sobre sí mismo que nos indica que puede ser más crítico a la hora de evaluar su bienestar físico, lo que no ocurre entre la edad de 70 a 90 años por que cambia la percepción del bienestar físico debido a que, en este rango de edad, se evidencia un deterioro por el envejecimiento. PORTILLA 2011⁵³ indica que el bienestar físico de los pacientes con diabetes mellitus puede alterar el concepto que tiene de sí mismo, todo esto de alguna forma en su satisfacción consigo mismo y con su vida; este estudio se asemeja a los resultados obtenidos en el presente estudio.

⁵³ PORTILLA GARCÍA, Lisette Angie. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. 2011. [En línea] https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3279/Portilla_gl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tabla 12. Grupo de edad y asociación con el uso de TIC

	60 – 69	70 – 90	P. OVERALL
Uso del computador			0.042
Alto	0 (0.00%)	0 (0.00)	
Medio	5 (62.5%)	13 (100%)	
Bajo	3 (37.5%)	0 (0.00%)	
Uso de internet			0.021
Alto	1 (12.5%)	1 (7.69%)	
Medio	4 (50.0%)	12 (92.3%)	
Bajo	3 (37.5%)	0 (0.00%)	

Al analizar variables como la edad frente al uso de las TIC's, se logra evidenciar significativamente que, a mayor edad es menor el uso de tecnologías como el computador y el internet para la implementación de estrategias de autocuidado, lo cual genera un reto para las instituciones de salud promover el uso de estas herramientas en su población fomentando acciones de autocuidado para el mejoramiento de la adherencia en los distintos regímenes terapéuticos.

Tabla 13. Grupo de edad y asociación entre factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud

	60 – 69	70 – 90	P. OVERALL
*FPS2:			0.009
A veces	6 (75.0%)	3 (23.1%)	0.003
Nunca	1 (12.5%)	0 (0.00%)	0.004
Siempre	1 (12.5%)	10 (76.9%)	0.041
**FPS15:			0.011
A veces	3 (37.5%)	3 (23.1%)	
Nunca	0 (0.00%)	8 (61.5%)	
Siempre	5 (62.5%)	2 (15.4%)	
***FPS21:			0.042
A veces	3 (37.5%)	0 (0.00%)	
Nunca	0 (0.00%)	1 (7.69%)	
Siempre	5 (62.5%)	12 (92.3%)	

*El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre su tratamiento

**El cambio frecuente de medicamentos lo confunde

***Puede conseguir su medicamento teniendo en cuenta la EPS

Según los resultados de la tabla 12 se indica un alto grado de variabilidad en la respuesta del ítem FPS2 de como el paciente percibe las recomendaciones escritas sobre su tratamiento; se resalta el grupo muestra los adultos mayores entre edades de 70 a 90 años tienen mayor percepción frente a las recomendaciones que brinda el personal de enfermería con relación al grupo de 60 a 69 años.

Se necesitan más estudios con un mayor número de individuos donde pueda darse una mejor explicación a este hecho. Este tipo de variables pueden estar influenciadas por diversos factores por lo que es importante realizar estudios de tipo multivariado como el análisis factorial y componentes principales

Al cruzar las variables edad y factores relacionados con el personal de salud las afirmaciones con mayor asociación significativa fueron FPS15, FPS21, lo cual indica que, en los adultos mayores, a mayor edad el personal de enfermería debe ser más clara y concisa frente a las recomendaciones dadas en sus regímenes terapéuticos, promoviendo educación en salud frente al manejo de los diferentes medicamentos incentivando el acceso a sus tratamientos para así garantizar una mayor adherencia. Para el análisis de esta información se puede fundamentar en los factores del sistema de cuidados de salud de Dorothea O. y en el postulado de Organización de la atención en salud propuesto por Lalonde. Puesto que coinciden en mejorar la calidad de atención con relación entre el individuo y el personal de salud para mejorar la prestación de los servicios sanitarios.

Tabla 14. Evaluación de la asociación entre escolaridad y el proveedor de salud

	Ninguno	Primaria	Bachiller	Técnico	Profesional	P. OVERALL
*FPS3:						0.057
a veces	4 (100%)	4 (28.6%)	1 (100%)	0 (0.00%)	1 (100%)	
nunca	0 (0.00%)	1 (7.14%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
siempre	0 (0.00%)	9 (64.3%)	0 (0.00%)	1 (100%)	0 (0.00%)	
**FPS13:						0.192
a veces	3 (75.0%)	5 (35.7%)	1 (100%)	0 (0.00%)	1 (100%)	
siempre	1 (25.0%)	9 (64.3%)	0 (0.00%)	1 (100%)	0 (0.00%)	

*La información verbal por parte del médico o enfermera es detallada y precisa

**El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienda

Al realizar el cruce de variables entre el nivel de escolaridad y el proveedor de salud no representó una asociación estadística significativa lo cual muestra que el grado de escolaridad no afecta el nivel de comprensión frente a su enfermedad, tratamiento, complicaciones y cuidados de su salud.

Tabla 15. Evaluación de la asociación entre el tiempo de la enfermedad y los factores relacionados con la terapia

	0 – 5 años	6 – 10 años	Más de 10 años	P. Overall
*FT8				0.630
a veces	1 (20.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	
nunca	0 (0.00%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	
siempre	4 (80.0%)	4 (50.0%)	6 (75.0%)	
**FT9				1.000
a veces	1 (20.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	
siempre	4 (80.0%)	7 (87.5%)	7 (87.5%)	

*Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar

** Cree conveniente para su salud controlar el peso mediante la dieta y el ejercicio

Al realizar el cruce estadístico de las diferentes variables, no se halló asociación significativa entre años de enfermedad y factores de la terapia, pero cabe resaltar que a mayores años con la enfermedad Diabetes mellitus, reconocen que cumplir con el tratamiento y las recomendaciones mejoran su nivel de salud. Con relación al tratamiento no farmacológico se evidencia que a mayor tiempo con la enfermedad aún siguen considerando difícil las costumbres sobre alimentos y ejercicio como hábitos saludables.

11 CONCLUSIONES

Esta prueba piloto si bien presentó limitaciones por el tipo de población y la cantidad de la muestra debido a la situación de pandemia generada por el COVID-19, se puede resaltar que el tratamiento farmacológico y no farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II resulta ser un tema de gran importancia para la prevención de complicaciones que se pueden desencadenar a causa de esta enfermedad.

Con base a los resultados de la caracterización se determina que el apoyo familiar en los adultos mayores se puede considerar un factor de adherencia importante, lo que no ocurre en el apoyo psicológico puesto que estos individuos sienten menor percepción de satisfacción en el componente emocional, de manera que se debe implementar estrategias que intervengan a nivel institucional, familiar y comunitario para favorecer el estado psicoemocional en esta población longeva.

El uso de las TICS en este estudio piloto resalta el poco uso de las nuevas tecnologías con relación a herramientas como el computador e internet por lo cual se recomienda diseñar estrategias para promover el uso de estas nuevas herramientas para el mejoramiento del autocuidado.

Con relación a los factores identificados con el proveedor de salud que influyen en la no adherencia terapéutica de los adultos mayores, se encuentra la poca claridad en las recomendaciones por parte del personal de enfermería, por lo que este comportamiento se convierte en la mayor oportunidad de mejora, ya que la comunicación clara y pertinente paciente-enfermero es fundamental para una mayor adherencia de la persona con enfermedad crónica.

Referente a los factores relacionados con la terapia, la dieta y el ejercicio, el grupo estudiado manifestó la dificultad de adquirir este tipo de costumbres, sin embargo, consideraron que estos hábitos de vida saludable podrían tener un impacto positivo para el mantenimiento de su salud. Marc Lalonde en su postulado sobre factores determinantes de la salud como estilos de vida, enmarca que la disminución de hábitos personales y las malas decisiones conllevan riesgos para la salud del individuo.

El profesional de enfermería debe proveer motivación y educación a los pacientes en relación al tratamiento no farmacológico, como lo es la dieta y el ejercicio, por lo tanto, debe realizarse con indicaciones fáciles de comprender de acuerdo al nivel educativo del usuario y al grupo de edad, para lograr un acercamiento y comunicación asertiva que influya directamente en los resultados de salud del paciente.

Así mismo, en la dimensión factores relacionados con el paciente se evidenciaron aplicación de conductas de autocuidado, además, reconocieron la importancia de los tratamientos y la responsabilidad individual ante el cuidado de la salud lo cual influye positivamente en la adherencia a los tratamientos. Basados en la teoría de Dorothea Orem es importante que la persona sea capaz de gestionar las acciones de autocuidado para el mantenimiento de su salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, se crea la necesidad de abordar estrategias de autocuidado para ayudar a la persona a mejorar la adherencia al tratamiento.

- **Estrategias educativas:**

- Implementar dentro de los protocolos de consulta institucional, la entrega de un formato de medicación prescrita donde se den especificaciones relacionadas con horarios y dosis (si es antes, durante o después de la comida, antes de acostarse, etc.) además de dejar implícito la función beneficiosa del medicamento, de esta manera se busca tener un mayor control de la información entregada al paciente y evaluar su comprensión.
- Incrementar la entrega de material educativo enfocado a diabetes tipo II, donde se dé información puntual acerca de los signos de alarma ante alguna posible complicación y las acciones que han de tomar en cada uno de los casos, además de reforzar los hábitos de vida saludable, adherencia al tratamiento farmacológico y explicación de los beneficios que tiene el cumplimiento de los puntos mencionados anteriormente para su salud.

- **Estrategias para el proveedor y equipo de salud**

Mediante la consulta de control de enfermería es necesario motivar a los adultos mayores e influir de manera satisfactoria a la adherencia de los tratamientos, además de identificar las barreras que dificultan el cumplimiento de los mismos con el fin de promover conductas responsables de autocuidado y así disminuir complicaciones de su enfermedad.

- **Estrategias tecnológicas:**

Implementar un seguimiento telefónico estricto especialmente para aquellos pacientes que su historial clínico muestra no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico e inasistencias a sus controles:

- Realizar llamada telefónica periódicas, con el fin de incentivar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de consultar los motivos de inasistencias y establecer la reprogramación de la consulta.
- Enviar mensaje de texto como recordatorio los últimos tres días antes de su cita control.
- ✓ Reconocer en el adulto mayor el uso de nuevas tecnologías, para de esta manera implementar nuevas herramientas como una APP, que el paciente podría descargar en su teléfono, con funciones como: control de la glucemia, alertas cuando se evidencia alguna alteración, además de poderla integrar con un contacto directo al personal de salud que pueda ofrecer asesoría en tiempo real según la necesidad del paciente.

12 BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ CORREA, Kelly. Población colombiana y la diabetes tipo II [en línea]. En: El Mundo. Medellín (2 de julio del 2017). Disponible en: <https://www.elmundo.com/noticia/EI-12de-la-poblacion-Colombiana-padecera-Diabetes-Mellitus-tipo-dos/355036>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diabetes mellitus tipo2 [en línea]. ADA, 2020. Disponible en: <https://ada.com/es/conditions/diabetes-mellitus-type-2/>

ARÁNZAZU MENESES, Leyder Milena; ANARTE RUIZ, Carmen; MASOLIVER FORÉS, Angel y BARREDA FORÉS, Enrique. Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón) [en línea]. En: Revista de SEAPA. 2019, vol. 7, no 2, p. 27-38.

Avelino Tomalá, L. I. (2018). Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de Salud Santa Elena. Año 2018. [en línea] <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12185/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-79.pdf>

BARRERA ORTIZ, Lucy; PINTO AFANADOR, Natividad; SANCHEZ HERRERA, Beatriz; CARRILLO G., Gloria Mabel. Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica [en línea]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2010. 360 p. Disponible en: http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf

BBC Mundo. 1 de cada 11 personas en el mundo ya tiene diabetes, advierte la OMS [en línea]. Abril, 2016. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160406_salud_diabetes_oms_lb

CASTILLO MOREJÓN, Maidielis; MARTÍN ALONSO, Libertad y ALMENARES RODRÍGUEZ, Kenia. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017, vol. 33, no 4.

COLOMBIA, CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266. (25, enero, 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C., 1996.

COLOMBIA, CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911. (05, octubre, 2004). por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C., 2012.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley estatutaria 1581. (17, octubre, 2012). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogotá D. C., 2012.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430. (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D. C., 1993.

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [en línea]. Ginebra, 2002. Disponible en: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf

DILLA, Tatiana; VALLADARES, Amparo; LIZA, Luis y SACRISTAN, José Antonio. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora [en línea]. En: Atención Primaria, vol. 41, no. 6. p. 342-348. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

DOMÍNGUEZ GALLARDO, Laura Andrea y ORTEGA FILÁRTIGA, Edgar. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, 2019, vol. 6, no 1, p. 63-74.

Ficha de la caracterización de la diada (Paciente – Cuidador) en situación de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado de enfermería al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia, Versión 5.3., 6 de junio del 2018

FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia [en línea]. Bogotá D. C., 2019. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2018/?1591292562360>

Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. UNAL, Versión 3.

LEÓN-HERNÁNDEZ, Rodrigo. C.; PEÑARRIETA DE CORDOBA, Isabel.; GUTIERREZ-GOMEZ, Tranquilina; BANDA-GONZALEZ, Olga; FLORES-BARRIOS, Florabel; y RIVERA, M.C. [en línea]. Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas [en línea]. En: Enfermería universitaria, 2019, vol. 16, no 2, p. 128-137. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000200128&script=sci_arttext

LOPEZ, Greissly Navarro; BUITRAGO PABÓN, Evelyn; PALLARES CORREA, Wendy y NIÑO PRATO, Freddy. Factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento antidiabético [en línea]. En: Revista Científica del Departamento de Medicina. 2017, vol. 4, no 1. p. 73-80.

MAIDANA Gladys, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa, Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):70-77. [En línea] <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>

MAIDANA, Gladys Mabel, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Memorias del instituto de investigaciones en ciencias de la salud, 2016, vol. 14, no 1.

MERCHÁN FELIPE, María de las Nieves. Variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. 2014. [en línea] https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013 [en línea]. 2013. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales [en línea]. Bogotá, D.C., 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 [en línea]. Bogotá, D.C., 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

MINISTERIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento y vejez [en línea]. Bogotá D.C., 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

MORROS-GONZÁLEZ, Elly, et al. Anciano con diabetes y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. Acta médica colombiana, 2017, vol. 42, no 4, p. 230-236.

MUNDO ENFERMERO. Adherencia [en línea]. 2020. Disponible en: <https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=79>

NARANJO HERNÁNDEZ, Ydalsys. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem [en línea]. En: Gaceta Medica Espirituana. 2017, vol. 19, no. 3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SECTORIAL, SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud [en línea]. Cundinamarca, 2015. Disponible en: <http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/07f0fd4e-9af4-4dc6-921a-28bed95a7c17/ASIS+Cundinamarca+2015+WEB.pdf?MOD=AJPERES&CVID=llg82jv>

OPEN COURSE WARE. La adherencia al tratamiento [en línea]. Universidad de Cantabria, s.f. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf

OREM, Dorothea. Nursing. Concepts and practice. 6 ed. United States of America: Mosby, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes [en línea]. OMS, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [en línea]. Ginebra, 2003. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la diabetes [en línea]. Ginebra, 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255spa.pdf;jsessionid=2F47463A15ED80655CB83315FE1FD26C?sequence=1>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la diabetes [en línea]. Ginebra, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights [online]. Geneva, 2019. 153 p. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>

ORTIZ ARRIAGADA, Juana Beatriz; CASTRO SALAS, Manuel. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería, 2009, vol. 15, no 1, p. 25-31. [En línea] https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004

PALACIOS, Anselmo; DURÁN, Maritza y OBREGÓN, Oswaldo. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico [en línea]. En: Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2012, vol. 10, no 1. p. 34-40.

PÉREZ PAVÓN, Abel, et al. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. Revista Waxapa, 2019, vol. 10, no 18, p. 20-25. [En línea

a] <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818d.pdf>

PÉREZ PAVÓN, Abel; LÓPEZ ESPINOSA, Raul; GARRIDO PÉREZ, Silvia; CASAS PATIÑO Donovan y RODRÍGUEZ TORRES Alejandra. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México [en línea]. En: Waxapa. 2018, vol. 10 no. 18. p.20-25.

Pomares-Avalos A, Jorge-González R, Alfonso-Trujillo Y, Vázquez-Núñez M. Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista Finlay. Año 2019 [en línea] <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/672/1770>

PORTILLA GARCÍA, Lisette Angie. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. 2011. [En línea] https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3279/Portilla_gl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

RAILE ALLIGOOD, Marta y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías de enfermería. 7 ed. Barcelona: McGraw-Hill, 2011.

RAMÍREZ GARCÍA, María Cristina; ANLEHU TELLO, Alejandra; RODRÍGUEZ LEÓN, Alfonso. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II

RINCÓN-ROMERO, Mayerli Katherine; TORRES-CONTRERAS, Claudia y CORREDOR-PARDO, Katya Anyud. Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista Ciencia y Cuidado. 2017, vol. 14, no. 1. p. 40-59.

Statista. Ranking de los países con mayor número de enfermos de diabetes en 2019 [en línea]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/612458/paises-con-mayor-numero-de-personas-con-diabetes/>

VASQUEZ ZAMBRANO, Ruddy Cristina. Factores de la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II del Hospital Nacional Sergio E. Bernales-2018 [en línea]. 2018. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias Médicas, 2018.

Vélez-Álvarez C, Vidarte-Claros JA, Álvarez-Rosero RE, García-Navarro JA. Salud electrónica para el autocuidado de pacientes con factores de riesgo asociados al síndrome metabólico. Rev Univ. salud. 2016 [en línea] <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a16.pdf>

VILLAR AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención [en línea]. En: Acta Med Per. 2011, vol. 28, no. 4. p.237. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

ANEXO A Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA DE ENFERMERIA
GRUPO DE INVESTIGACION: TATAMA SALUD**

**Título de la Investigación
“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA FARMACOLOGICA Y NO
FARMACOLOGICA EN PACIENTES CRONICOS ADULTOS MAYORES CON DM TIPO II”**

INVESTIGADORES: JAISON FERNEY GARZON FLOREZ,
DANIEL MAURICIO BARRERO VERA
VANESSA FERNANDA LÓPEZ MUÑOZ
DOCENTE ASESOR: MARIA VICTORIA ROJAS MARTINEZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Día/mes/año: ____/____/_____

Código del Sujeto:

Este documento explica en qué consiste este estudio de investigación. Es importante que usted lea cuidadosamente esta información y que luego decida si desea participar o no como voluntario. Este consentimiento se aplica a la población adulto mayor con enfermedad crónica DM tipo II.

PROPÓSITO:

El propósito de este estudio es realizar una prueba piloto para identificar las características sociodemográficas y determinar el nivel de adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Para establecer un panorama de la situación de la población descrita, lo que ayudará a implementar medidas que contribuirán a mejorar y/o mantener la salud.

DURACIÓN:

El tiempo que cada sujeto de estudio otorgará para esta investigación será de 15– 25 minutos. Los resultados del estudio se reportarán en el PA 2020.

PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como sujeto en este estudio incluyen:

Participación activa respondiendo libre y voluntariamente a los instrumentos:

- Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica
- Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

El cuestionario que se le aplicará NO presentará ningún riesgo para usted. Los estudiantes investigadores y la docente investigadora estarán disponibles para en cualquier momento que surja alguna duda en alguna de las preguntas o afirmaciones de los instrumentos presentados. En ningún momento se presentará señalamientos por las respuestas positivas o negativas sobre el tema, además esta información personal tendrá confidencialidad y reserva por parte de los investigadores.

BENEFICIOS:

ANEXO B Autorización instrumento adherencia

Ibagué, Marzo 12 de 2020

Profesora- Magister
María Victoria Rojas Martínez,
Estudiantes
Vanessa Fernanda López Muñoz, Jaison Ferney Garzón Flórez, Daniel Mauricio Barrero Vera
Docente del programa de Enfermería
Universidad de Cundinamarca

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento "factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas cardiovasculares" en su investigación "**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CRÓNICOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**" le informo que consultadas las autoras del mismo se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras y solicitamos se nos informe los resultados de su investigación. Adicionalmente por favor confirmar que efectivamente el instrumento se utilizara para la investigación

Anexo instrumento versión 3
Documento para su interpretación.

Cordialmente,


CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ
Autora

ANEXO C Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes

Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a
tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de
riesgo de enfermedad cardiovascular
Versión 3|

No. _____ FECHA: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encuentra usted, una serie de ítem que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular.

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
I DIMENSION			
FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4. Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.			
5. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.			
6. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
9. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos.			
10. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
11. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.			
12. Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.			

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
13. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
14. Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.			
II DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			
15. El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.			
16. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos.			
17. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.			
18. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
19. La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.			
20. Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.			
21. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
22. Se da cuenta que su médico controla si esta siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
23. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
25. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
26. Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.			
27. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
28. Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde.			
29. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.			
30. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.			
31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
32. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.			
33. La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.			
34. Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.			

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
35. Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.			
III DIMENSION			
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
36. Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.			
37. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
38. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
39. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.			
40. Esta convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
41. Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.			
42. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.			
43. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
44. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.			
45. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas			
IV DIMENSION			
FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
46. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.			
47. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.			
48. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce			
49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
50. Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.			
51. Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir.			
52. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
53. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

ANEXO D Autorización de uso del instrumento ficha de caracterización de la diada cuidador - persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D. Versión 5.3 – 2018



Facultad de Enfermería
Grupo de Investigación
Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico

MODIFICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE USO DEL INSTRUMENTO FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR-PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D. Versión 5.3 -2018.

No. GCEPC-109-2020


Este acuerdo, se establece el 27 de Agosto de 2019 y está vigente desde ese momento, se pacta entre Gloria Mabel Carrillo, Líder (encargada) del grupo de Investigación Cuidado de enfermería al Paciente crónico del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en adelante LOS PROVEEDORES, quienes tienen su domicilio en la Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228, oficina 305, Bogotá D.C., Colombia, por una parte, y por la otra María Victoria Rojas, Profesora de carrera de la Universidad de Cundinamarca, adelante EL RECEPTOR, quien tiene su domicilio y oficinas en Carrera 24 # 10- 31 – Girardot; con fines de colaboración profesional y autorización de uso del instrumento, " Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D Versión 5.3 - 2018" en adelante EL MATERIAL, instrumento conformado y validado por LOS PROVEEDORES.

Este acuerdo se establece como respuesta a la solicitud escrita planteada por la Universidad de Cundinamarca, mediante correo electrónico del 25 de Agosto de 2019 para que se facilite el uso y del MATERIAL, "Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D Versión 5.3 -2018" LOS PROVEEDORES aceptan satisfacer la petición siempre que se acepten y cumplan las siguientes condiciones:

MODIFICACIÓN DEL PERMISO No. GCEPC-095-2019

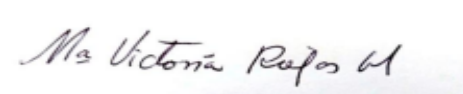
1. Se autoriza el uso EL MATERIAL "Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D Versión 5.3 -2018" sólo en la cantidad de ciento cincuenta ejemplares, para la aplicación en las experiencias o actividades del proyecto "Factores que intervienen en la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes Mellitus II - Clínica San Rafael Dumian - Girardot". De ninguna manera se autoriza la reproducción y/o distribución indiscriminada de EL MATERIAL.
2. EL MATERIAL en la versión física en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, continúa siendo propiedad de LOS PROVEEDORES. EL MATERIAL debe ser usado bajo el control inmediato y directo de EL RECEPTOR, únicamente por los involucrados en el proyecto "Factores que intervienen en la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes Mellitus II - Clínica San Rafael Dumian - Girardot". EL MATERIAL en la versión en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, no deberá ser: a) ofrecido en venta como instrumento o como parte de una obra; b) dispuesto o desplegado en un servicio documental en línea de manera que pueda ser descargado o copiado; c) utilizado para ofrecer algún servicio que permita brindar un diagnóstico o producto que se comercialice. Ningún otro derecho, licencia, registro o cualquiera otro beneficio, se otorga a EL RECEPTOR por el uso de EL MATERIAL como resultado de esta autorización.
3. Una vez firmado este Acuerdo, EL RECEPTOR estará autorizada para recibir EL MATERIAL de LOS PROVEEDORES, La Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de Cundinamarca son garantes de la ejecución y cumplimiento del mismo y en consecuencia lo rubrican.

He leído y acepto



LORENA CHAPARRO DÍAZ
LOS PROVEEDORES
Profesora Asociada
Líder del Grupo de Investigación
Universidad Nacional de Colombia

He leído y acepto:



MARÍA VICTORIA ROJAS MARTÍNEZ
EL RECEPTOR
Profesora Asociada
Líder grupo TATAMASALUD
Universidad de Cundinamarca

ANEXO E Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC –UN–P

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR- PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D¹, VERSION 5.3- 2018

Institución donde se diligencia el instrumento: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	INFORMACIÓN DEL CUIDADOR
Nombre: _____ Teléfono: _____	Nombre: _____ Teléfono: _____
IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL CUIDADOR Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
1.1 Diagnósticos Médicos: _____	1.1 Diagnósticos Médicos: _____
1.2. Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	1.2 Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
1.3. Edad _____ años	1.3 Edad _____ años
1.4 Grado Máximo de escolaridad _____	1.4 Grado Máximo de escolaridad _____
1.5 Departamento de Procedencia _____	1.5 Departamento de Procedencia _____
1.6 Lugar de Residencia: Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	1.6 Lugar de Residencia: Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>
1.7 Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre	1.7 Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre
1.8 Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____	1.8 Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____
1.9 Estrato socioeconómico 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1.9 Estrato socioeconómico 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
1.10. Tiempo que lleva con enfermedad crónica _____	1.10 ¿Cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1.11. Religión _____ Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	1.11 Religión _____ Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>
1.12. EPS ¿Otros Planes? Prepagada <input type="checkbox"/> Plan voluntario <input type="checkbox"/> Plan complementario <input type="checkbox"/> Póliza <input type="checkbox"/>	1.12. EPS ¿Otros Planes? Prepagada <input type="checkbox"/> Plan voluntario <input type="checkbox"/> Plan complementario <input type="checkbox"/> Póliza <input type="checkbox"/>

¹ Ficha de la caracterización de la diada (Paciente-Cuidador) en situaciones de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado de enfermería al Paciente Crónico, Universidad Nacional de Colombia, Versión 5.3., 6 de junio de 2018.

2. PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO

2.1 ¿Tiene un único cuidador?
 Sí No
 Otro (s), ¿Cuál (es)? _____

2.2 Número de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado _____

2.1 ¿Es usted el único cuidador?
 Sí No otro (s), ¿Cuál (es)? _____

2.2. Tiempo que lleva como cuidador _____

2.2.1. Número de horas que usted cree que dedica diariamente al cuidado de su familiar _____

2.3 Indique con una x los apoyos con los que cuenta y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:

Apoyo con que cuenta	Marque con x	Nivel de satisfacción			
		1	2	3	4
Psicológico					
Familiar					
Religioso					
Económico					
Social					
Otro. ¿Cuál?					

2.3 Indique con una x los apoyos con los que cuenta como cuidador y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:

Apoyo con que cuenta	Marque con x	Nivel de satisfacción			
		1	2	3	4
Psicológico					
Familiar					
Religioso					
Económico					
Social					
Otro. ¿Cuál?					

2.4 La persona que lo cuida es:

Esposo (a) Madre/padre
 Hijo(a) Abuelo(a)
 Amigo(a) Otro _____

2.4 ¿Ha tenido experiencias previas como cuidador?
 De quién(es): _____
 Diagnóstico: _____
 Tiempo como cuidador: _____

2.5 Percibe que para su familia, usted como paciente es una carga:
 Muy Alta Alta Moderada Baja

2.5 Nivel de percepción de carga según ZARIT:
 No sobrecarga
 Sobrecarga leve
 Sobrecarga intensa

2.6 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:

Niveles de Bienestar	1	2	3	4
Físico				
Psicológico-Emocional				
Social				
Espiritual				

2.6 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar. siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:

Niveles de Bienestar	1	2	3	4
Físico				
Psicológico-Emocional				
Social				
Espiritual				

3. MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
(TIC: Tecnologías de la información y la comunicación)

3.1. Autovaloración en el uso de las TIC's

TIC's	Nivel de uso		
	Alto	Medio	Bajo
Televisión			
Radio			
Computador			
Teléfono			
Internet			
Otro. ¿Cuál?			

3.2 ¿Para su autocuidado usted hace uso de las TIC's?

Sí No

3.1 Autovaloración en el uso de las TIC's

TIC's	Nivel de uso		
	Alto	Medio	Bajo
Televisión			
Radio			
Computador			
Teléfono			
Internet			
Otro. ¿Cuál?			

3.2 ¿Para su cuidado o el de su familiar usted hace uso de las TIC's?

Sí No

