



**FACULTAD DE FARMACIA
ESCUELA DE QUÍMICA Y FARMACIA**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES**

Tesis para optar al Título de Químico Farmacéutico

JUAN ANDRE OLIVEROS POZO.

Director de tesis: Waldo Vergara Herrera

Octubre, 2018

RESUMEN

El mundo vive una situación delicada, el cambio de las características de la población mundial es un tema discutido debido al proceso de transición demográfica avanzada que se refleja en un aumento de la población adulta mayor en los últimos años. Debido a esto, es importante considerar las características propias que pueden afectar la calidad de vida de ellos. Un punto importante es la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que este grupo es principalmente afectado por las enfermedades del carácter crónico y que llevan a un mayor consumo de fármacos, lo que disminuye la propia percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

El estudio se llevó a cabo mediante una metodología fármaco-epidemiológico del tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal., mediante la aplicación de la escala FUMAT para medir la calidad de vida, los test de Morisky-Green y de Haynes-Sackett para medir la adherencia terapéutica y una adaptación a la encuesta de factores determinantes de cumplimiento terapéutico para determinar los factores asociados, los cuales fueron aplicados a diferentes grupos de adultos mayores que participan en los clubes sociales de los sectores de Viña del Mar quienes voluntariamente aceptaron a participar.

Se entrevistaron a 130 adultos mayores de 13 clubes sociales de Viña del Mar, donde el 60,8 % pertenecieron al tramo con los índices de calidad de vida más altos, en cuanto a la adherencia terapéutica el 58% refiere tener una buen cumplimiento. Entre los factores asociados a la adherencia, los relacionados al equipo médico y al paciente son los más relevantes en este grupo. Además se determinó que la relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico es existente y directa.

ABSTRACT

THERAPEUTIC ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY ADULTS

The world is living a delicate situation, the change of the characteristics of the world population is a subject discussed due to the process of advanced demographic transition that most of the countries live, which is reflected in an increase in the older adult population in recent years. Due to the accelerated increase in this group, it is important to consider the characteristics that can affect the quality of life of these groups. An important point is the adherence to pharmacological treatment, since this group is mainly affected by chronic diseases that diminish the perception of the quality of life of older adults.

The study was carried out using a drug-epidemiological methodology of the descriptive, quantitative and cross-sectional type, through the application of the FUMAT scale to measure quality of life, the Morisky-Green and Haynes-Sackett tests to measure therapeutic adherence and an adaptation to the survey of determinants of therapeutic compliance to determine the associated factors, which were applied to different groups of older adults who participate in the social clubs of the sectors of Viña del Mar, who voluntarily accepted to answer the questions.

130 elderly people from 13 social clubs in Viña del Mar were interviewed, where 60.8% belonged to the section with the highest quality of life indexes, in terms of therapeutic adherence 58% reported having a good compliance and between the factors associated with adherence, those related to the medical team and the patient are the most relevant in this group. In addition, it was determined that the relationship between quality of life and adherence to pharmacological treatment is existent and direct

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
HIPÓTESIS	16
OBJETIVOS	17
Generales	17
Específicos	17
SUJETOS Y PROCEDIMIENTOS	18
Tipo de estudio	18
Tipo de población	18
Criterios de selección.....	19
Inclusión.....	19
Exclusión	19
Procedimiento.....	20
Variables.....	23
RESULTADOS	24
Características de la población	24
Calidad de vida de la población	31
Adherencia terapéutica de la población	33
Relación entre calidad de vida y adherencia terapéutica de la población.....	34
Relación de la adherencia terapéutica con las distintas dimensiones que la componen	35
Relación de la adherencia terapéutica con los factores socioeconómicos de los participantes	35
Relación de la adherencia terapéutica con los factores relacionados con el tratamiento de los participantes	38
Relación de la adherencia terapéutica con los factores relacionados con la enfermedad(es) de los participantes	41

Relación de la adherencia terapéutica y los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria	43
Relación entre adherencia terapéutica y factores relacionados con el paciente	48
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	72
Anexo N°1. Consentimiento informado	72
Anexo N°2. Instrumento de recolección de datos.....	73
Anexo N°3. Cuadro obtención de datos Escala FUMAT	83
AnexoN°4. Escala de perfil de calidad de vida	84

INTRODUCCIÓN

La población mundial está en un cambio y crecimiento constante, y según los datos entregados por la organización de las naciones unidas (ONU) en la conferencia internacional de la población y el desarrollo de 1994, el planeta estaba habitado por 5.700 millones de personas. En el último informe entregado por la ONU el 2014, la población mundial llegó a los 7.200 millones de habitantes aumentando a una tasa anual del 1,2 %, y de mantenerse esta trayectoria, la población mundial alcanzará los 8.100 millones de habitantes en el 2025 y de 9.600 millones para el 2050 ⁽¹⁾.

El número de habitantes no es lo único que ha variado, sino que también las características de la población, en donde el aumento de la esperanza de vida, la disminución en los patrones de fertilidad y mortalidad, han generado un fenómeno complejo denominado “envejecimiento demográfico” ⁽²⁾, el cual se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más, con respecto a la población total. Este fenómeno está más avanzado en los países de Europa y América del norte, aunque ya se observan indicios de que se está produciendo o comenzará en breve en el resto de las regiones del planeta. Teniendo en cuenta los informes entregados por la ONU en 1994 y en el 2014, la proporción de adultos mayores (60 años o superior) ha aumentado de un 9% a un 12 %, y siguiendo esta tendencia se proyecta para el 2050 que la proporción de los adultos mayores alcanzaría el 21 % (ver gráfico 1)

⁽¹⁾.

Este proceso de transición demográfica varía en los distintos países y la organización mundial de la salud (OMS), considerando las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural como criterios, clasifica este proceso en cuatro grupos de transición ⁽³⁾:

- Transición incipiente: tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado (2,5 %).
- Transición moderada: tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento natural alto (3,0 %)
- Transición completa: tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado (2,0 %).
- Transición Avanzada: tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo (1,0 %).

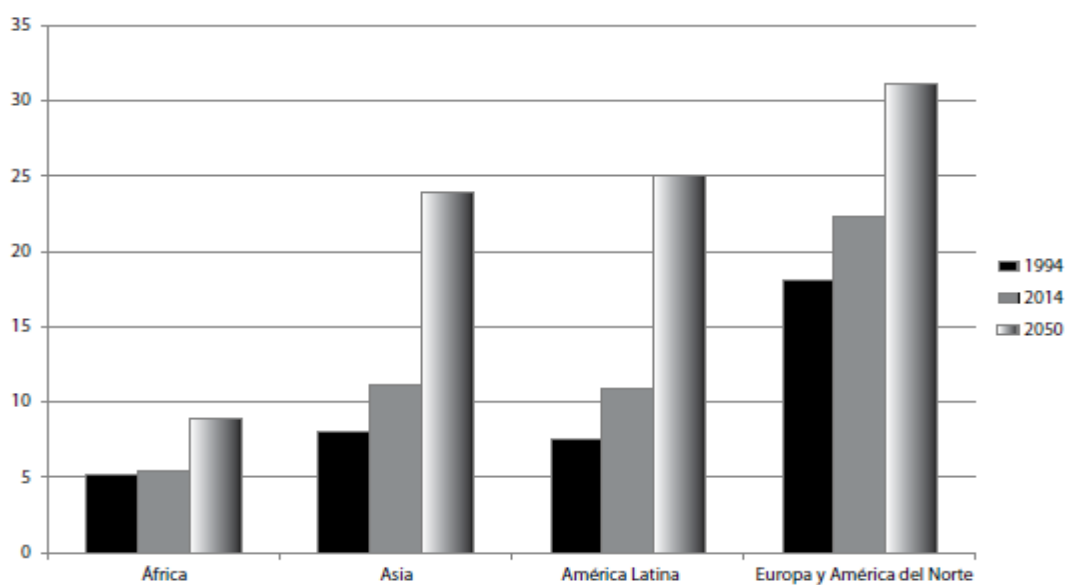


Gráfico N°1. Porcentaje de población mayor de 60 años, por región, 1994, 2014, 2050 ⁽¹⁾

La situación de América latina y el Caribe hasta la década de los 80 se caracterizaba por presentar una sociedad joven y de alto crecimiento, debido a su alta tasa de natalidad, escenario bastante diferente al de la actualidad ⁽³⁾, ya que de acuerdo con la información entregada por la ONU en el año 2007, en América Latina y el Caribe, el número de personas de 60 años y más alcanzaba los 52 millones de personas, proyectando que para el 2025, dicha cifra aumentaría al doble cercano a los 100 millones de personas mayores, mientras que en el año 2050 serán cerca de 190 millones de personas mayores. Específicamente en los países del cono sur de América, los datos censales presentan a Uruguay con la mayor proporción de personas mayores, con 17,7%; le siguen Argentina y Chile, con 13,4% y 11,4% respectivamente ⁽⁴⁾.

Chile según el censo del 2017 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) tiene una población 17.574.003 personas, de los cuales, el 11,4 % son personas mayores de 60 años, y con una proyección hacia el 2050 de un 28,2 % ^(4,5). De acuerdo a la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del 2006, el porcentaje de personas mayores de 60 años era 13% y en el realizado el 2015, el porcentaje de personas mayores de 60 años alcanzó el 17,5 % de la población total del país ⁽⁶⁾. Se debe considerar que las estimaciones entregadas por la encuesta CASEN son mayores a las estimaciones realizadas por INE ⁽⁷⁾.

En el caso de Chile, el envejecimiento se explica por condiciones asociadas, tanto a los avances tecnológicos y de salud, como a los cambios socioculturales experimentados en las últimas décadas. En el ámbito de la salud, el aumento de la esperanza de vida que se sostiene por encima de la disminución de las tasas de mortalidad, y además el descenso de las tasas de natalidad explican la evolución de la estructura por edad de la población. También de acuerdo a datos estadísticos, el número medio de hijos por mujer disminuyó de 4,44 en el periodo de 1965-1970 a 1,94 en el periodo 2005-2010. Además se observa

un decrecimiento en los nacimientos, considerando los mismos periodos anteriormente mencionados, que va desde 285,41 (miles por año) a 251,41 (miles por año). Otro componente demográfico importante, es la migración internacional, aunque aún no juega un papel decisivo en la dinámica de la población en Chile, pero que indudablemente se tiene que considerar en el futuro, ya que en los últimos años la población extranjera ha aumentado ⁽⁴⁾.

Considerando todo lo mencionado anteriormente, Chile se clasifica en el grupo de países con una transición de envejecimiento avanzado.

Por tanto, también es importante mencionar el concepto de envejecimiento, el cual es amplio y bastante difícil de definir, por lo mismo existen distintas definiciones dependiendo desde la perspectiva que se observe.

La OMS define el **envejecimiento** como el "proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación en la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos con los cuales se producen estos cambios en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales" ⁽⁸⁾.

Castanedo y cols., afirman que el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; por lo tanto, son la consecuencia de la acción del tiempo en los seres vivos. Los cambios que se generan son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. ⁽⁹⁾. Otros autores coinciden en su definición, en tratarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos ⁽¹⁰⁾.

En lo que concierne al envejecimiento humano, existen diferentes tipos de envejecimiento entre los que destacan el envejecimiento individual y el mencionado anteriormente como es el envejecimiento demográfico o poblacional.

El **envejecimiento individual** es el proceso de evolución -hasta ahora irreversible- que experimenta cada persona en el transcurso de su vida y que termina con la muerte. Este es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimientos: el primario o intrínseco y el secundario.

El **envejecimiento primario** es el proceso o grupo de procesos, responsables de los cambios observados que derivan del propio paso del tiempo y no los relacionados con la presencia de enfermedad y están centrados en el estudio de los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento ⁽¹¹⁾.

El **envejecimiento secundario** es aquel que se genera cuando el ser vivo es sometido a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos que ocurren a lo largo de la vida, siendo los representantes principales de este tipo de envejecimiento los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno ⁽¹²⁾.

En relación con la vejez y las características del adulto mayor, se puede afirmar que la **vejez** es la etapa final del proceso de envejecimiento. Es la consecuencia de vivir muchos años, en comparación con otras personas de un mismo grupo poblacional. Esta etapa es el resultado del desarrollo del ciclo vital de la vida, el cual está enmarcado por las características y experiencias de lo vivido durante las etapas anteriores, ya sea a nivel individual, social, desde su historia de salud y de los determinantes de esta (estilos de vida, biológica, ambiente, y sistemas de salud entre otros)⁽⁹⁾.

En “La asamblea mundial sobre el envejecimiento” realizada en 1982 por la ONU en Viena, se acordó considerar como ancianos al grupo de personas de 60 años o más. Más tarde a este grupo se denominó “**adultos mayores**”. De acuerdo a la definición entregada por la OMS, se considera como adulto mayor a toda persona que tiene 60 años o más en países en vías de desarrollo y en países desarrollados a toda persona que

tiene 65 años o más. La diferencia en la edad cronológica está justificada por las características socioeconómicas existentes entre los países⁽¹³⁾.

Cuando se menciona a este grupo etario se tiene que considerar una serie de cambios que caracterizan a este período de la existencia y que se pueden agrupar desde el punto de vista:

- **Económico**, ya que esta etapa se asocia a la jubilación y al término del ciclo productivo de la vida. Esta situación trae un conflicto en los adultos mayores, debido a la disminución de los ingresos y la preocupación que genera esto, al no poder satisfacer sus necesidades.
- **Sociocultural**, ya que la importancia de este grupo varía dependiendo del lugar. En la cultura asiática y en tribus indígenas, la figura del adulto mayor tiene una gran importancia en la sociedad, debido a que la edad es símbolo de experiencia y sabiduría. En cambio en la región occidental, el adulto mayor ha perdido su valoración moral por múltiples factores que han cambiado la imagen de éste a una semejante al decline y la improductividad.
- **Familiar**, debido a que el adulto mayor se enfrenta al dilema que los hijos se independizan teniendo que vivir solos, situación que se agrava cuando hay pérdida de la pareja. O por el contrario cuando tienen que abandonar su hogar para vivir con algún familiar se pueden sentir discriminados y poco útiles.
- **Fisiológico**, ya que el envejecer trae consigo un descenso progresivo de las funciones orgánicas y psicológicas que conlleva a la pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas entre otras. Estas pérdidas varían y son percibidas de manera distinta por cada individuo. Por lo mismo, este grupo etario requiere una atención médica mayor, debido a que son más susceptibles a las enfermedades, en especial a las patologías de carácter crónico⁽⁹⁾.

Para comprender en forma más integral a este grupo etario es conveniente considerar entre otros, los factores anteriormente descritos.

Sin embargo, para completar el círculo de este grupo etario, es necesario mencionar la calidad de vida de este segmento poblacional. Si bien el tema de la calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente ⁽¹⁴⁾. Este concepto surge en Estados Unidos de Norteamérica después del término de la segunda guerra mundial. A partir de este hecho, diversos investigadores se interesan en investigar la percepción que las personas tienen de su vida. En 1948, se implanta el Estado de Bienestar y la Declaración Universal de Derechos Humanos, a raíz de esto, surge la necesidad de que los Estados garanticen a las personas los derechos mínimos como: salud, vivienda, bienestar, y servicios sociales, entre otros, y todos aquellos que aseguren las condiciones de vida. Por lo mismo no es una coincidencia que la idea de calidad de vida surja con la implantación del Estado de Bienestar y la Declaración Universal de Derechos Humanos y cabe destacar que recién en 1975 se instaura el concepto de calidad de vida ⁽¹⁵⁾.

No existe una definición universal del concepto de **calidad de vida**, diversos autores poseen concepciones distintas del término. Algunos de ellos la definen mediante aspectos objetivos o subjetivos, mientras que otros ocupan ambos.

La OMS engloba, tanto el aspecto objetivo, como el subjetivo y la definen como **“la Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de**

independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales, entre otras” ⁽¹⁶⁾.

Por lo tanto, la calidad de vida es el resultado de la combinación de factores objetivos y subjetivos. El aspecto objetivo depende del individuo (uso y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, y emocional, entre otras) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, cultural y política), que interactúan con él. El aspecto subjetivo está determinado por el nivel de satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción propia o de la población tenga de su vida, lo cual se traduce en un sentimiento positivo o negativo ⁽¹⁷⁾.

El concepto de bienestar es empleado comúnmente como sinónimo de calidad de vida, este representa un término multidimensional de las políticas sociales y se relaciona con el abastecimiento de cosas necesarias para vivir bien, proporcionando una vida entretenida, tranquila y saludable. Por lo tanto, bienestar significa tener buenas condiciones de vida objetivas y alto grado de bienestar subjetivo ⁽¹⁸⁾.

En la actualidad, existe un cierto acuerdo en otorgar un carácter multidimensional al concepto de calidad de vida, reconociendo componentes, tanto objetivos, como subjetivos. Siguiendo esta tendencia la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) establece 11 dimensiones para la medición de calidad de vida de las personas, las cuales son: vivienda; ingresos; empleo; comunidad; educación; medio ambiente; compromiso cívico; salud; satisfacción; seguridad y balance vida-trabajo ⁽¹⁸⁾.

Osorio y cols., define 5 dimensiones principales para la medición de calidad de vida, los cuales son: salud, material, individual, entorno físico y entorno social ⁽¹⁹⁾. Además los instrumentos de medición de calidad de vida computan distintas dimensiones como es el caso del World Health Organization Quality-of-Life 100 (WHOQOL-100) que mide 6 dimensiones que son: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones

sociales, ambiente y espiritualidad. En el caso de la escala **FUMAT** mide 8 dimensiones ⁽¹⁵⁾ que se detalla más adelante.

Como se aprecia, aún no están establecidas las dimensiones que se deben de considerar para precisar la calidad de vida y se medirán dependiendo de las características del grupo que se desea investigar. Considerando los conceptos de salud, estado de salud y calidad de vida surge la idea de la **calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**, que agrupa los elementos propios de cada individuo, como aquellos externos a éste, que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud, aunque este nuevo concepto surge de la necesidad de vincular y estudiar la dimensión de salud con el concepto de calidad de vida ⁽¹⁷⁾.

La calidad de vida se ha medido e investigado en diferentes grupos etarios y se observa que ésta puede variar de acuerdo a la edad, género, estado de salud y lugar demográfico. En el caso de los adultos mayores, en el abordaje de la calidad de vida se debe considerar los elementos y aspectos que tienen en común con los otros grupos etarios, así como los aspectos específicos de este grupo ⁽¹⁹⁾. Diversos autores han investigado los factores de la calidad de vida que son importantes para los adultos mayores, y coinciden en que las variables más significativas son: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica ⁽²⁰⁾. Entre los factores significativos para este grupo, el soporte social que está catalogado como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de donde provenga este ⁽²¹⁾. El estado de salud es otro factor importante, ya que en general, cualquier enfermedad afecta la calidad de vida del adulto mayor, en especial los problemas de salud mental como los desórdenes de ansiedad, síndromes depresivos y afectivos entre otros ⁽²²⁾.

Existen diversas herramientas diseñadas para la medición de calidad de vida, pero no todas están adaptadas para evaluar la realidad y calidad de vida de los adultos mayores. Teniendo en cuenta esta realidad, se consideraron algunas herramientas más específicas como son.

La escala de calidad de vida en la tercera edad (MGH), compuesta por 46 ítems, y 3 dimensiones. La dimensión salud en donde se categoriza la funcionalidad física, psíquica y social. La dimensión de satisfacción de la vida, que se toman en cuenta las categorías de familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, apoyo social y satisfacción con el presente. Y por último la dimensión que evalúa las condiciones socioeconómicas ⁽²³⁾.

La escala FUMAT, que es una herramienta que determina la calidad de vida en 8 dimensiones. Estas son el bienestar físico, emocional, y material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Es un cuestionario auto administrado que consta de 57 preguntas de respuesta tipo Likert (desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo), que están distribuidas en las 8 sub- escalas que corresponde a las dimensiones anteriormente mencionadas ⁽²⁴⁾.

Otra de las herramientas que se emplean para la medición de calidad de vida en los adultos mayores es el **cuestionario COOP/WONCA**, el cual está destinado para medir calidad de vida en relación con la atención sanitaria, y se trata de un cuestionario auto administrado simple y corto, que consta de láminas con ilustraciones que evalúan las dimensiones: capacidad física, sentimientos, actividades diarias y sociales, cambios y percepción de la salud global ⁽²⁵⁾.

Es importante reiterar que el envejecimiento trae consigo una serie de cambios, entre los cuales está el descenso de las funciones fisiológicas, lo cual conlleva a una mayor prevalencia de patologías en especial las de carácter crónico. Entre ellas destacan las cardiovasculares, diabetes, cáncer, y respiratorias, entre otras; las cuales tienen en común una progresión lenta, una larga duración y que solamente tienen tratamientos sintomáticos, por lo tanto, el objetivo de la terapéutica es el de atenuar o eliminar los síntomas y evitar complicaciones para mejorar y proporcionar un mejor bien estar de los pacientes ⁽²⁶⁾.

Además es frecuente que los adultos mayores padezcan más de una enfermedad crónica (pluri-patología) y por lo mismo tengan que diariamente consumir varios medicamentos (politerapia). Según datos de Estados Unidos de América del norte, el 30 % del total de las prescripciones de medicamentos son efectuadas para adultos mayores, un dato no menor considerando que la población de este grupo etario no supera el 18 % de la población. Además de la prescripción formal de los medicamentos, un 40 % de esta población, afirma consumir 1 o más medicamentos de venta directa, los que no son reportados en los registros médicos regulares. Con respecto al consumo de medicamentos, se estima que el 65% de la población de adultos mayores utiliza más de 3 medicamentos. En estudios realizados en Reino Unido y Canadá se han documentados cifras similares en la tasa de uso de medicamentos ⁽²⁷⁾.

En Chile cerca del 90% de la población adulto mayor utiliza algún medicamento, además se estima que el 80 % de estos emplea 3 o más fármacos ⁽¹⁹⁾.

El tener que utilizar más de un medicamento en forma simultánea diariamente trae consigo otro fenómeno que es el incumplimiento terapéutico o la falta de adherencia al tratamiento que se transforma en un problema prevalente y relevante en la práctica

clínica, en especial en las enfermedades crónicas. En este contexto se estima que entre un 20-50% de los pacientes no emplea sus medicamentos como está prescrito, aunque esto varía dependiendo de la patología. La OMS considera la falta de adherencia al tratamiento como un tema prioritario de salud pública, debido a las consecuencias negativas que se generan. Algunas de las consecuencias negativas importantes son el incremento de las tasas de hospitalizaciones, y de los costos monetarios y un aumento de la morbilidad por el fracaso terapéutico asociado, lo que termina afectando directamente la calidad de vida del paciente. La importancia de la adherencia al tratamiento en el adulto mayor es aún más determinante, por las características de este grupo que son más sensibles a las consecuencias negativas por la falta de adherencia al tratamiento sobretodo en las enfermedades crónicas ⁽²⁸⁾.

El concepto de adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica se ha indagado bastante con el objetivo de generar soluciones. Este fenómeno se percibe como el proceso que implica el cumplir con las indicaciones o prescripciones médicas, en cuanto a la ingesta de los medicamentos y/ o a las modificaciones en el estilo de vida. Es un proceso de colaboración y participación proactiva que va más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud y tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud y de vida ⁽²⁹⁾. La OMS define adherencia terapéutica como “el grado que el comportamiento de una persona - tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”, esta definición se diferencia del concepto de cumplimiento terapéutico, ya que le da un rol más protagónico al paciente en su propia atención médica ⁽³⁰⁾. Una forma de cuantificar la adhesión al tratamiento farmacológico es mediante la tasa de adhesión, definida como el porcentaje

de dosis prescritas de un medicamento que han sido realmente utilizadas por el paciente, aunque se considera esta práctica insuficiente, ya que se recomienda además valorar el momento de las dosis y comprobar si el paciente sigue el tratamiento según los intervalos pauteados ⁽³¹⁾.

Es importante reconocer cual(es) son los factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica farmacológica, ya que se piensa erróneamente que el responsable principal es el paciente ⁽³¹⁾, debido a que se han señalado una gran cantidad de variables relacionados con la falta de adherencia terapéutica farmacológica y estas se pueden clasificar de la manera siguiente: ^(26, 32)

- **Factores relacionados con el nivel socioeconómico:** el nivel socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, y la lejanía del centro de tratamiento, entre otros.
- **Factores relacionados con el paciente:** La edad, el género, los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las expectativas del paciente, y el entorno familiar, entre otros.
- **Factores relacionados con el régimen terapéutico:** la complejidad del tratamiento, la politerapia, la duración, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

- **Factores relacionados con la enfermedad:** la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos
- **Factores relacionados con la estructura sanitaria y el profesional de la salud:** los servicios de salud poco desarrollados, accesibilidad, mala distribución de medicamentos, falta de conocimiento del personal de salud, desconfianza, consultas cortas, y mala comunicación, entre otros.

El poder evaluar la adherencia permite visualizar los resultados asociados con la terapia utilizada y disponer de tratamientos más efectivos y eficientes, por lo mismo existen distintos métodos para su medición y se clasifican en directos e indirectos ^(28,32).

Los **métodos directos** consisten en la medición de un fármaco o su metabolito en una muestra biológica, la determinación de marcadores biológicos añadidos a la formulación del medicamento o la observación directa del tratamiento. La desventaja de este tipo de métodos es que son caros y pueden ser interpretados como un acto de desconfianza por parte del personal de salud, por lo tanto son poco aplicables ^(28,31).

Los **métodos indirectos** se basan en la información entregada por el paciente acerca de su tratamiento y la forma para recopilar esta información, es por medio de entrevistas personalizadas o de autocuestionarios; por ejemplo el test de Morisky-Green-Levine o el test de Haynes-Sackett también denominado test de cumplimiento autocomunicado.

El **test de Morisky-Green** es un método que está validado para diversas patologías crónicas, y consiste en una entrevista personal, en donde se formulan 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al incumplimiento ⁽³³⁾.

El **test de Haynes-Sackett** o de cumplimiento autocomunicado, es una técnica que consta de dos partes y se enfoca en preguntar al enfermo de su nivel de adherencia al tratamiento. Este método evita interrogar de forma directa al paciente y se intenta crear un ambiente grato de conversación, donde al paciente se comenta la dificultad que surge al momento de utilizar medicamentos ⁽³³⁾.

Existen otros métodos indirectos para medir la adherencia terapéutica algunos de estos son: el control de la retirada de recetas/dispensaciones o la evaluación de los resultados terapéuticos esperados; pero estas técnicas tienen la desventaja de resultar imposible evaluar la adherencia en todos los pacientes, debido a la presión asistencial y al poco tiempo que es disponible para tener a mano la información buscada.

En síntesis, los métodos indirectos son los más utilizados por los autores porque son más prácticos que los métodos directos y de bajo costo monetario, pero tienen la desventaja que son menos objetivos y tienden a sobreestimar la adherencia terapéutica ⁽²⁸⁾.

HIPÓTESIS

La adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos mayores incide en la calidad de vida de ellos, por lo tanto, determinar los factores que influyen en la adherencia permitirá contribuir en la calidad de vida.

OBJETIVOS

General.

- Determinar la relación existente entre la percepción de la calidad de vida del adulto mayor y la adherencia al tratamiento farmacológico

Específicos.

- 1.- Caracterizar la población estudiada de acuerdo a las características socio demográficas tales como género, edad y escolaridad entre otras
- 2.- Determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor en sus diferentes dimensiones, aplicando la escala FUMAT
- 3.- Establecer la adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores en adultos mayores, utilizando el test de Morisky-Green, el test de Haynes-Sackett y la encuesta de factores determinantes de cumplimiento terapéutico.

SUJETOS Y PROCEDIMIENTOS

Tipo de estudio

Para la concreción de los objetivos, la metodología está enmarcada dentro de un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, transversal, y de incidencia, para lo cual se recogerá y analizarán datos de las variables cuantificadas para establecer relaciones y describir la población participante.

La cuantificación incrementará y facilitará la comprensión de los participantes y lo descriptivo caracterizará el comportamiento de la población, lo cual ayudará a establecer relaciones entre algunas variables recopiladas.

El tipo transversal es debido a que la observación se realizará en un momento determinado, sin un seguimiento prospectivo en el tiempo.

Tipo de población

La población en estudio, abarca a 130 adultos mayores de 13 clubes sociales de los cerros de Viña del Mar, principalmente de las poblaciones de Miraflores alto, Santa Julia, Villa Dulce y Santa Inés. La selección de los participantes fue a través de los criterios de inclusión y exclusión establecidos, además para participar deben firmar el consentimiento informado (anexado en el documento de recolección). El estudio se realizó entre los meses de marzo y mayo del 2018, donde se asistió a los lugares seleccionados de lunes a viernes para realizar las entrevistas. Una doble visita se realizó a cada CAM, para poder abarcar una mayor cantidad de adultos mayores, ya que en general ellos se juntan en promedio unas dos horas a la semana.

Criterios de selección

Inclusión:

- Adultos mayores de ambos géneros y que asistan a los clubes de adultos mayores seleccionados.
- Adultos mayores con patologías actuales y que estén con algún tratamiento farmacológico.
- Adultos mayores autovalentes. (puedan leer y escribir)

Exclusión:

- Adultos mayores que por su condición no permita la realización de la entrevista
- Adultos mayores que no tengan conocimiento del tratamiento farmacológico que están usando.

Procedimiento

Para la selección de los clubes de adultos mayores (CAM), se contactó con el departamento de información estadística del CESFAM de Gómez Carreño, el cual proporcionó una lista con los contactos de los CAM de Viña del Mar. De esta manera se contactó con los presidentes de cada CAM para la posterior visita y realización de las entrevistas a los adultos mayores y por medio de los criterios de selección determinar quiénes son candidatos para ser incluidos.

Cada vez que se obtenga un posible participante en el estudio, se procedió a solicitar su participación y se explicó los objetivos del estudio y en el caso que acepte se pide que lea y eventualmente firme el consentimiento informado. (Ver anexo N ° 1)

La recolección de datos se llevó a cabo una vez que el paciente conoció los detalles del estudio, accedió a participar y firmo el consentimiento informado; posteriormente se procedió a realizar la entrevista personal para la confección del instrumento de recolección de datos, el cual se divide en 4 partes que son las siguientes: (Ver anexo N°2)

- La primera parte está destinada a ser completada con los datos socio-demográficos del adulto mayor (ítem I)
- La segunda parte es la escala FUMAT la cual sirve para medir la calidad de vida del adulto mayor (ítem II)

- La tercera parte son los test de Morisky-Green-Levine y el test de Haynes-Sackett que miden adherencia al tratamiento farmacológico (ítem III).
- La cuarta parte corresponde a la encuesta de factores determinantes de cumplimiento terapéutico (ítem IV).

Para medir la calidad de vida se utilizó la escala FUMAT, que permite evaluar esta dimensión desde una perspectiva objetiva y se enfoca en 8 aspectos que son importantes en esta temática, que son las siguientes:

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| - Bienestar emocional | - Bienestar Físico |
| - Bienestar material | - Relaciones interpersonales |
| - Inclusión social | - Desarrollo personal |
| - Autodeterminación | - Derechos |

Este protocolo es un cuestionario que consta de 57 preguntas de tipo Likert (desde el 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 acuerdo hasta el 4 totalmente de acuerdo), distribuidas en 8 sub-escalas que corresponden a cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente. Para la obtención del índice de calidad de vida, primero se deben sumar el puntaje de cada dimensión (Ver anexo N° 3) e interpretarla en una escala de perfil de calidad de vida (Ver anexo N° 4), el cual dará el puntaje estándar por cada dimensión y su correspondiente percentil. Una vez obtenido el puntaje estándar de cada dimensión, se realiza la sumatoria de todos los puntajes estándar y este se interpreta nuevamente en la escala de perfil de calidad de vida y de esta forma se obtiene el índice de calidad de vida ^(15,24).

Para medir la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizaron dos test. El primero es el test de Morisky-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista personal y consta de un pequeño cuestionario de cuatro interrogante, que orientan en la adherencia o no adherencia al tratamiento, se considera adherente a la persona que responde de forma correcta a las cuatro preguntas: no/sí/no/no (Ver anexo N° 2, ítem III) .

El segundo método empleado fue el test de Haynes-Sackett o de cumplimiento autocomunicado, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista personal que consta de dos partes. En la primera pregunta se busca indagar en el paciente su nivel de adherencia al tratamiento, si se declara ser incumplidor, no se sigue con la entrevista y se intenta indagar el porqué del incumplimiento. Si se declara cumplidor se avanza con las preguntas siguientes para determinar si en verdad es adherente al tratamiento farmacológico (Ver anexo N° 2, ítem III).

Como incumplidor o no adherente al tratamiento farmacológico, se considerará si en cualquiera de los dos test arroja ese resultado.

Para determinar los factores asociados a la adherencia terapéutica se utilizó una adaptación de la encuesta de factores determinantes de cumplimiento terapéutico. Esta encuesta utilizada para pacientes con tuberculosis ⁽³⁴⁾ se adaptó en el segmento que evalúa los factores relacionados con la enfermedad, ya que en este estudio se abarcara cualquier enfermedad que padezca el adulto mayor y que esté con un tratamiento farmacológicamente.

Finalmente para el procesamiento de los datos se construyó una base de datos en el programa Microsoft Excel a partir de los datos proporcionados en las entrevistas. Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva y para observar la dependencia o asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores, y otras variables de interés se realizó por medio del Test X^2 de independencia.

Variables

Dependientes

- Calidad de vida

Independientes

- Adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados

Generales:

- Características sociodemográficas
 - Género
 - Edad → Promedio y según clasificación de la OMS
 - Localidad
- Patologías → N° y clasificación por sistemas
- Medicamentos → N° y clasificación de acuerdo al código ATC

RESULTADOS

En esta sección se mostrarán los resultados del estudio, en primer lugar se presentarán las características de la población del estudio a través de estadísticas descriptiva. Luego se presentan los datos recolectados por medio de la escala FUMAT y expresados a través del índice de calidad de vida (ICD), posteriormente mostrarán los resultados referentes a la adherencia terapéutica de la población en estudio. Finalmente se presenta la información relacionada a los factores de adherencia farmacológica, información entregada por la encuesta usada.

Características de la población en estudio

La muestra está compuesta por 130 adultos mayores de 13 CAM del sector de Viña de Mar, distribuidos en 5 CAM del sector de Miraflores Alto, 3 de Villa Dulce, 3 de Santa Julia y 2 de Santa Inés; en donde se entrevistó en promedio a $10 \pm 1,3$ adultos mayores con un mínimo de 7 y un máximo de 13 participantes por cada CAM.

En relación con la edad de la población, el promedio correspondió a $73,4 \pm 7,6$ años y principalmente pertenecían a los grupos de edad avanzada (57,7%) y ancianos (42,3%).

No participo ningún adulto correspondiente al grupo de grandes longevos ⁽³⁵⁾

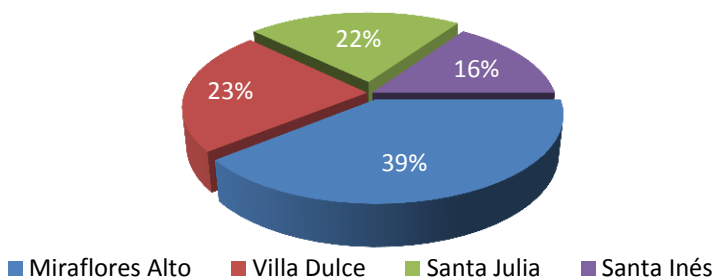


Gráfico N°2. Distribución porcentual según sector donde viven. N = 130

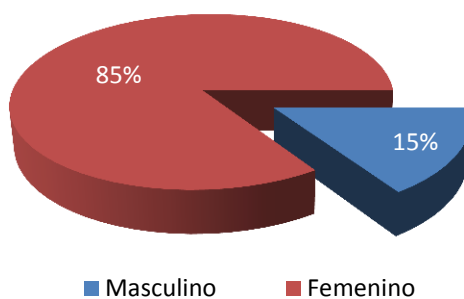


Gráfico N°3. Distribución porcentual según género. N = 130

De acuerdo a lo presentado en los gráficos anteriores (N°2 y N°3), se aprecia que la mayor parte de los participantes (39%) son del sector de Miraflores alto, le siguen el sector de Villa Dulce, Santa Julia y Santa Inés con (23%, 22% y 16% respectivamente). Además del total de entrevistados, se observa un predominio del género femenino con un 85%, por encima del 15% que representa al género masculino.

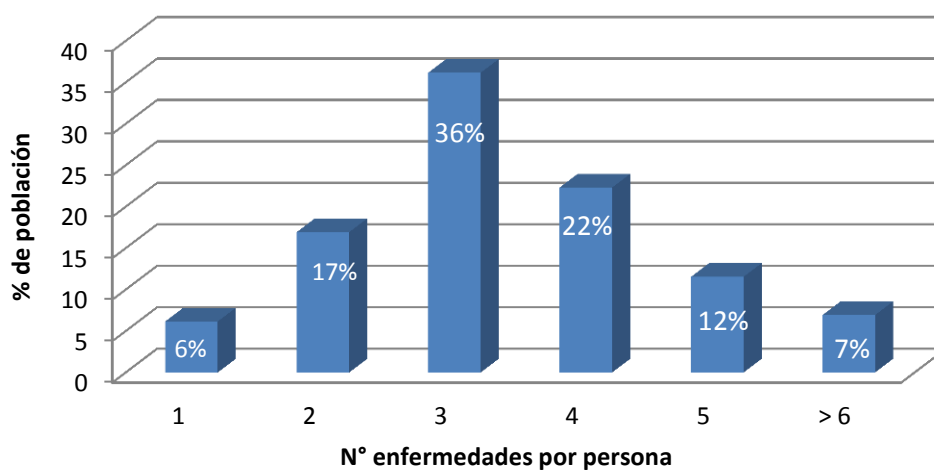


Gráfico N° 4. Distribución porcentual según el N° de enfermedades N = 130

De acuerdo a la información recopilada en las entrevistas, en el total de los participantes se encontraron 440 patologías, con un promedio de $3,4 \pm 1,3$ enfermedades por persona. Además en el gráfico N° 4 se observa la distribución porcentual del N° enfermedades por persona y se aprecia que la mayor parte de los participantes exhibe 3 enfermedad (36 %), seguido de los participantes con 4 (22 %) y con 2 (17%) enfermedades respectivamente.

Tabla N°1. Distribución porcentual de las enfermedades

Enfermedades por sistemas	Frecuencia	% de enfermedades
Trastornos metabólicos y nutrición	127	28,9
Sistema cardiovascular	117	26,6
Sistema musculo esquelético	55	12,4
Sistema nervioso	46	10,5
Sistema endocrino	38	8,6
Sistema respiratorio	21	4,8
Sistema gastrointestinal	13	3,0
Oftalmología	12	2,7
Sistema inmunológico	7	1,6
Otros	4	0,9
Total	440	100

En la tabla n°1 se muestra el tipo de enfermedad según el sistema que está comprometido, observando en primer lugar un predominio de los trastornos metabólicos y de nutrición (28,9%), en donde las enfermedades más predominantes son las dislipidemias y diabetes mellitus, con una representatividad en el total de los participantes de un 52,3 % y 45,4 % respectivamente. Las patologías que afectan el sistema cardiovascular (26,6%), tienen como representantes a la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares, con una proporción en el total de los participantes de un 76,1 %, 6,1% y 3,1 % respectivamente. Los padecimientos que afectan al sistema musculoesquelético (12,4%), tienen como representantes a la artrosis (cadera, rodilla y cuello) y dolores lumbares con una frecuencia en el total de los participantes de un 31,5 % y 8,5 % respectivamente. Las enfermedades que afectan al sistema nervioso representan el 10,5% del total, en donde predominan los trastornos del sueño, la depresión, enfermedad de Párkinson y epilepsia, con una proporción del total de los participantes de un 21,5%, 12,3%, 0,8% y 0,8% respectivamente. Las patologías que involucran al sistema endocrino representan el 8,6%, siendo la principal afección el hipotiroidismo con una representatividad en el total de los participantes de un 29,2 %. Las alteraciones fisiopatológicas que afectan al sistema respiratorio (4,8%), tienen como representantes al asma y la enfermedad pulmonar obstructiva con una frecuencia en el total de los participantes de un 13,8 % y 2,3 % respectivamente. Las enfermedades que comprometen al sistema gastrointestinal (12,4%), tiene como representante principal al colon irritable con una frecuencia en el total de los participantes de un 10%. Finalmente los padecimientos que afectan el sistema inmunológico (1,6%) y la visión (2,7%), tienen como representantes a la rosácea, lupus eritematoso sistémico y glaucoma con una frecuencia en el total de los participantes del 1,5%, 1,4% y 8,4% respectivamente.

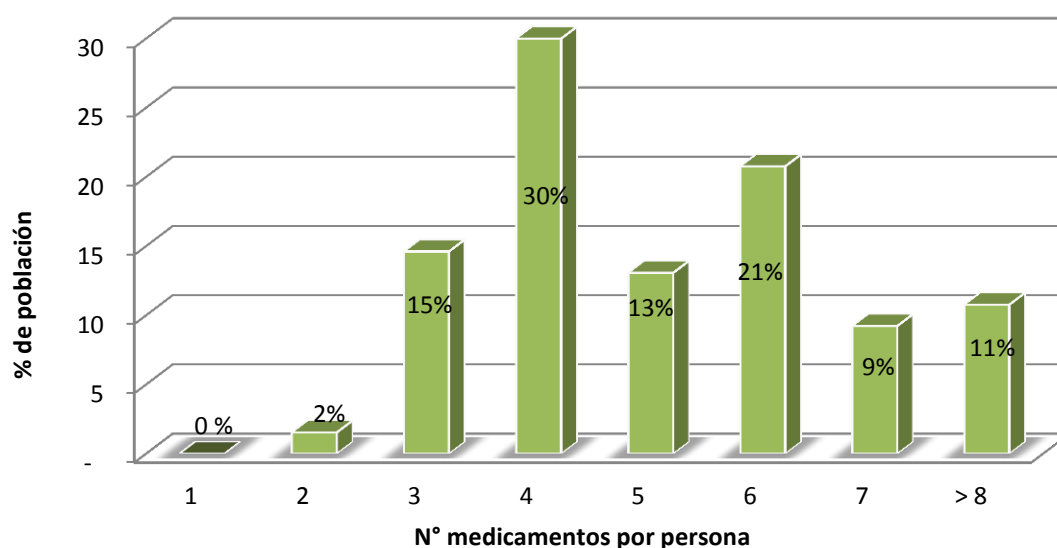


Gráfico N°5.Distribución porcentual según el N° de medicamentos usados. N=130

En relación a la información recopilada, el total de los participantes utiliza 685 medicamentos para tratar sus enfermedades y en promedio cada persona emplea $5,3 \pm 2,0$ medicamentos. Según el gráfico N° 5, los participantes que predominan son aquellos que emplean 4 (30%) medicamentos, seguido de aquellos que usan 6 (21%) y 3 (15%), respectivamente, además se observa que no existen encuestados que utilicen 1 medicamento y solo el 2% usa 2 medicamentos.

Tabla N°2. Distribución porcentual de los medicamentos utilizados por los encuestados.Clasificación de acuerdo al nivel 1 del código ATC⁽³⁶⁾.

Sistemas	Frecuencia	% de medicamentos
Sistema cardiovascular	227	33,1
Sistema digestivo y metabolismo	175	25,5
Sangre y órganos hematopoyéticos	77	11,2
Sistema nervioso	52	7,6
Sistema musculoesquelético	51	7,4
Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales	43	6,3
Sistema respiratorio	41	6,0
Órganos de los sentidos	11	1,6
Medicamentos dermatológicos	4	0,6
Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	3	0,4
Aparato genitourinario y horm. sexuales	1	0,1
Total	685	100

En la tabla N°2, se observa que del total de los medicamentos utilizados, aquellos que se emplean para el tratamiento de las enfermedades crónicas, como hipertensión arterial (sistema cardiovascular), diabetes mellitus y dislipidemias (trastornos metabólicos y de nutrición) abarcan el 58,6 % del total de los medicamentos usados por los participantes.

Tabla N°3. Distribución porcentual de características socioeconómicas

Escolaridad		
	Frecuencia	%
Enseñanza básica	46	35,4
Enseñanza media incompleta	23	17,7
Enseñanza media completa	33	25,4
Técnico profesional	19	14,6
Universitario	9	6,9
Total	130	100
Previsión de salud		
Fonasa	104	80,0
Isapre	11	8,5
SISAN	15	11,5
Total	130	100
Sitio donde adquieren sus medicamentos		
Hospital	10	7,7
Consultorio	91	70,0
Farmacia Privada	29	22,3
Total	130	100

En la tabla N°3, se observan las características socioeconómicas y educacionales de los encuestados, además del sitio donde adquieren sus medicamentos, apreciando que más de la mitad de la muestra (53,4%) no logró terminar la enseñanza media, aunque existe un porcentaje importante (21,5%) que alcanzó estudios superiores. En relación con la

previsión de salud, predomina el sistema público (FONASA) con un 80 % y el Sistema de salud naval (SISAN) con 11,5%, lo cual coincide con el sitio donde adquieren los medicamentos, teniendo un predominio por el consultorio (70%) y la farmacia privada (22,3%). Cabe destacar que los participantes que se atienden por SISAN deben comprar sus medicamentos.

Calidad de vida de la población

Tabla N° 4. Distribución porcentual y frecuencias de la calidad de vida.

Puntuación Estándar total	Índice calidad de vida (ICV)	Percentil correspondiente a ICV	Frecuencia	%
109 - 92	110 - 122	75 - 95	79	60,8
79 - 91	99 - 109	50 - 74	43	33,1
67 - 90	90 - 98	49 - 25	5	3,8
< 66	< 71 - 89	1 - 24	3	2,3
Total			130	100

En la tabla N°4 se desglosa la distribución de la población de acuerdo al índice de calidad de vida, percentil que corresponde y las puntuaciones estándar obtenidas. El promedio del ICV de los participantes fue de $109,7 \pm 7,1$ y el promedio de los puntajes estándares fue $92,1 \pm 8,8$. De acuerdo con la distribución, los participantes que obtuvieron un ICV mayor o igual a 110 corresponden al 60,8% del total. Cabe destacar que el puntaje estándar mayor fue 109 pts (122 ICV) obtenido por 1 participante y el puntaje estándar

menor fue 64 pts (87 ICV) obtenido por 3 participantes. Como se mencionó en el procedimiento la escala FUMAT utiliza 8 dimensiones para medir a través de una escala de puntajes la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla N°5. Dimensiones de calidad de vida.

Dimensión de Calidad de vida	Media + desv. Estándar	Dimensión de Calidad de vida	Media + desv. Estándar
Bienestar emocional	11,5 ± 1,6	Bienestar físico	11,2 ± 1,9
Relaciones interpersonales	11,7 ± 1,3	Autodeterminación	13,5 ± 1,1
Bienestar material	7,4 ± 2,8	Inclusión social	12,6 ± 1,6
Desarrollo personal	12,7 ± 1,5	Derechos	11,5 ± 1,5

En la tabla N°5 se presentan las dimensiones, sus promedios y desviación estándar correspondientes, en donde se destaca las dimensiones de bienestar material y físico los que presenta la menor puntuación y la mayor variabilidad.

Adherencia terapéutica de la población en estudio

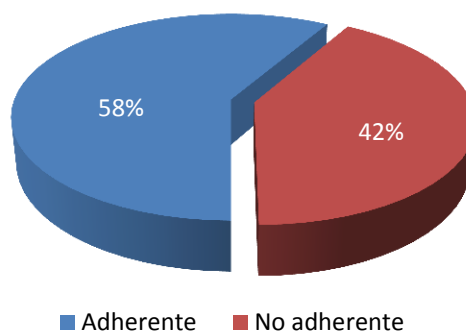


Gráfico N° 6. Distribución porcentual de la adherencia al tratamiento farmacológico de la población estudiada. N = 130

En el gráfico N° 6 se muestra el grado de adherencia al tratamiento farmacológico, destacando un mayor porcentaje (58%) de participantes con buena adherencia.

Tabla N°6. Causas de no adherencia al tratamiento farmacológico

Causa de no adherencia	Frecuencia	Porcentaje %	Total N° de no adherentes
Sienten que no lo necesitan	16	29,6	54
Olvidan tomar los medicamentos	43	79,6	54
Se aburren de tomar medicamentos	9	16,7	54
Son muy caros los medicamentos	5	9,3	54

En la tabla precedente N°6 se observan algunas de las causas expresadas por los participantes, por las cuales no se adhieren al tratamiento farmacológico, destacando una gran proporción de los participantes que son no adherentes (79,6%), olvida ingerir sus medicamentos, ya sea por consumir muchos medicamentos o simplemente por falla en su memoria.

Relación entre calidad de vida y adherencia terapéutica de la población

Tabla N°7. Distribución porcentual y relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento farmacológico

Índice calidad de vida	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)
122 - 110	61	18	79	77,2	22,8	100
109 - 99	13	30	43	30,2	69,8	100
98 - 90	2	3	5	40,0	60,0	100
89 - 0	0	3	3	0,0	100,0	100
Total	76	54	130			

De acuerdo a la información recopilada en la tabla N°7, la mayor parte de los participantes que son adherentes al tratamiento se agrupa en el tramo con el ICV más alto. Además se aprecia que a medida que el ICV baja, el % de participantes no adherentes aumenta, observando una relación estadística significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 7,82 < X^2_{\text{calculado}} = 30,47$) con un 95% de confianza.

Relación de la adherencia terapéutica con las distintas dimensiones que la componen.

Relación de la adherencia terapéutica con los factores socioeconómicos de los participantes

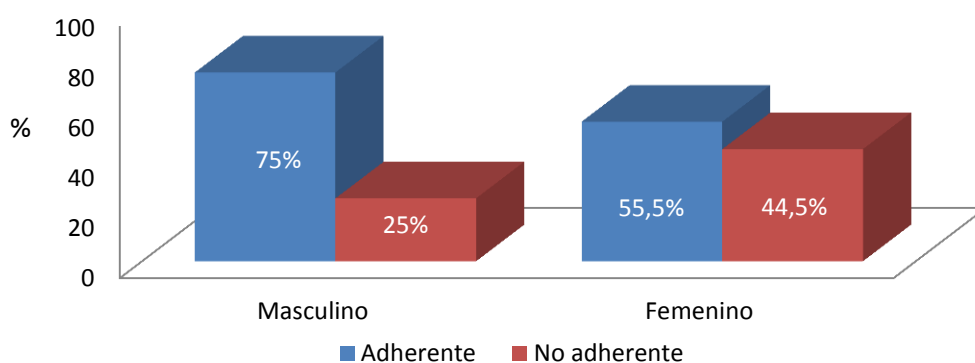


Gráfico N°7. Distribución porcentual y relación entre adherencia farmacológica y género. N masculino = 20. N femenino = 110

En el gráfico N°7, se observa un porcentaje mayor de participantes del género masculino adherentes (75%) en comparación con el género femenino (55,5%), sin embargo no existe una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 2,66$) al 95% de confianza.

Tabla N°8. Distribución porcentual y relación entre edad y adherencia al tratamiento farmacológico

Grupo edad	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	No adherentes (%)	Adherentes (%)	Total (%)
Edad avanzada	48	27	75	36,0	64,0	100
anciano(a)	28	27	55	49,1	50,9	100
Total	76	54	130			

En la tabla N°8, se observa un porcentaje mayor de participantes adherentes en el grupo de edad avanzada (60 – 74 años), en comparación con el grupo anciano(a) (75 – 90 años), sin embargo no existe una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 2,23$) al 95% de confianza.

Tabla N° 9. Distribución porcentual y relación entre nivel de escolaridad
y adherencia al tratamiento farmacológico

Nivel de escolaridad	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)
Ens. Básica	20	26	46	43,5	56,5	100
Ens. Media inc.	12	11	23	52,2	47,8	100
Ens. Media com.	24	9	33	72,7	27,3	100
Técnico prof.	14	5	19	73,7	26,3	100
Universitario	6	3	9	66,7	33,3	100
Total	76	54	130			

En la tabla N°9 se observa que a medida que los participantes incrementan su nivel de escolaridad exhiben una adherencia farmacológica mayor, sin embargo, no existe una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 9,48 > X^2_{\text{calculado}} = 9,45$) al 95% de confianza

Relación de la adherencia terapéutica con los factores relacionados con el tratamiento de los participantes de la población estudiada

Tabla N° 10. Distribución porcentual y relación entre N° de medicamentos por persona y adherencia al tratamiento farmacológico

Número de medicamentos	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)
2	1	1	2	50,0	50,0	100
3	9	6	15	60,0	40,0	100
4	26	17	43	60,5	39,5	100
5	12	5	17	70,6	29,4	100
6	15	12	27	55,6	44,4	100
7	11	1	12	91,7	8,3	100
≥ 8	2	12	14	14,3	85,7	100
Total	76	54	130			

En la tabla N° 10, se observa que los participantes que usan entre 2-5 medicamentos presentan una mayor adherencia farmacológica, que luego tiende a disminuir al aumentar el n° de medicamentos, excluyendo de esta tendencia los participantes que emplean 7 medicamentos, apreciando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 14,07 < X^2_{\text{calculado}} = 15,04$) al 95% de confianza

Tabla N° 11. Distribución porcentual y relación entre factores relacionados con el tratamiento y adherencia al tratamiento farmacológico

	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total(%)	χ^2
¿Considera que la cantidad de medicamentos que debe tomar es mucha?							10,08
Si	20	29	49	40,8	59,2	100	
No	56	25	81	69,1	30,9	100	
¿Conoce los efectos indeseados de los medicamentos que toma para su tratamiento?							0,29
Si	20	12	32	62,5	37,5	100	
No	56	42	98	57,1	42,9	100	
¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos							13,31
Si	7	19	26	26,9	73,1	100	
No	69	35	104	66,3	33,7	100	
¿Ha presentado malestar cuando se toma los medicamentos?							1,21
Si	10	11	21	47,6	52,4	100	
No	66	43	109	60,6	39,4	100	
¿Ha tenido fracaso en tratamientos anteriores?							6,45
Si	8	15	23	34,8	65,2	100	
No	68	39	107	63,6	36,4	100	
Total	76	54	130				

En la tabla N° 11 se presenta la relación entre los factores asociados al tratamiento de los participantes y su adherencia terapéutica.

En relación con la interrogante relacionada - si consideran que utilizan muchos medicamentos -, el 37,7% respondió que sí y el 62,3% respondió negativo, además se aprecia que los participantes que respondieron afirmativo, muestran un mayor porcentaje de no adherencia (59,2%). A su vez los participantes que respondieron que no, exhiben

un mayor porcentaje de participantes adherentes (69,1%), observando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 10,08$) al 95% de confianza.

Con respecto a la pregunta del conocimiento de los efectos adversos de los medicamentos que utilizan, el 24,6% respondió que sí y el 75,4% respondió que no, además se aprecia que los participantes que respondieron que tienen un mayor conocimiento de los efectos adversos exhiben un mayor porcentaje de participantes con adherencia terapéutica, sin embargo no existe una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 0,28$) al 95% de confianza.

En la interrogante relacionada con la interrupción del tratamiento por no tener los medicamentos, el 20 % interrumpió su tratamiento por no tener los medicamentos y el 80 % afirma no interrumpió su tratamiento. Además se aprecia que los participantes que interrumpieron su tratamiento muestran un porcentaje mayor de participantes no adherentes (73,1%), a su vez aquellos que no interrumpieron su tratamiento tienen un mayor porcentaje de participantes adherentes (66,3%), observando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 13,31$) al 95% de confianza.

En la interrogante relacionada con los malestares producidos al usar un medicamento, el 16,2 % afirmó presentar alguna vez malestar, además se aprecia que los participantes que no presentaron algún malestar exhiben un porcentaje mayor de adherencia (60,6%), sin embargo no existe una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 1,21$) al 95% de confianza.

En la pregunta de los fracasos en tratamientos anteriores, el 17,7 % afirma haber presentado algún fracaso anterior. Además se aprecia que los participantes que afirman haber tenido fracasos anteriores, muestran un porcentaje mayor de no adherentes (65,2%), observando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 6,45$) al 95% de confianza.

Relación de la adherencia terapéutica con los factores relacionados con la enfermedad(es) de los participantes de la población estudiada

Tabla N° 12. Distribución porcentual y relación entre n° de enfermedades por persona y adherencia al tratamiento farmacológico

Número de enfermedades	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)
1	5	3	8	62,5	37,5	100
2	15	7	22	68,2	31,8	100
3	34	13	37	72,3	27,7	100
4	14	15	29	48,3	51,7	100
5	7	8	15	46,7	53,3	100
≥ 6	1	8	9	11,1	88,9	100
Total	76	54	130			

En la tabla N°12, se observa que los participantes que presentan entre 1-3 enfermedades muestran una mayor adherencia farmacológica en comparación con aquellos que manifiestan 4 o más enfermedades, y que a medida que se incrementa el n° de enfermedades también aumenta el % de no adherentes, observando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 11,07 < X^2_{\text{calculado}} = 15,04$) al 95% de confianza.

Tabla N°13. Distribución porcentual y relación entre factores relacionados con las enfermedades y adherencia al tratamiento farmacológico

	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)	χ^2
¿Este síntoma es frecuente?							0,02
Si	44	32	76	57,9	42,1	100	
No	32	22	54	59,3	40,7	100	
¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?							5,39
Si	19	24	43	44,2	55,8	100	
No	57	30	87	65,5	34,5	100	
Debido a la enfermedad, ¿ha notado cambio en su estilo de vida?							7,85
Si	14	22	36	38,9	61,1	100	
No	62	32	94	66	34	100	
Total	76	54	130				

En la tabla N° 13, se observa la relación entre los factores asociados a las enfermedades de los participantes y su adherencia terapéutica.

En la interrogante relacionada con la frecuencia de la sintomatología de la enfermedad, el 58,5% respondió que los síntomas son frecuentes. En relación con la adherencia terapéutica, ambos grupos (los que respondieron si y no) tienen mayor porcentaje de participantes adherentes, sin embargo no existe una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 0,02$) al 95% de confianza.

En la pregunta de las limitaciones que genera la enfermedad, el 33,1 % respondió que sí. Además se aprecia que los participantes que no presentan limitaciones por la

enfermedad muestran un porcentaje mayor de adherencia (65%), observando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 5,39$) al 95% de confianza.

En la interrogante relacionada con el cambio en el estilo de vida debido a la enfermedad, el 27,7% afirman un cambio en su estilo de vida. Además se aprecia que aquellos sin un cambio en su estilo de vida muestran un porcentaje mayor de adherencia terapéutica (65,9%), observando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 7,85$) al 95% de confianza.

Relación de la adherencia terapéutica y los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.

Tabla N° 14. Distribución porcentual y relación sistema de previsión de salud y adherencia al tratamiento farmacológico

Sistema previsión de Salud	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)
SISAN	12	3	15	80,0	20,0	100
ISAPRE	9	2	11	81,8	18,2	100
FONASA	55	49	104	52,9	47,1	100
Total	76	54	130			

En la tabla N° 14, se observa que tanto, el sistema de previsión de salud ISAPRE y SISAN presentan un porcentaje mayor de participantes adherentes (81,8 y 80% respectivamente), en cambio los participantes que pertenecen a FONASA la distribución es bastante homogénea en relación con la adherencia terapéutica, observando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 5,99 < X^2_{\text{calculado}} = 6,67$) al 95% de confianza.

Tabla N° 15. Distribución porcentual y relación entre el sistema de previsión de salud y factores de adherencia al tratamiento farmacológico relacionados al equipo o sistema de asistencia sanitario

	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)	χ^2
¿El médico o el servicio farmacéutico dan las recomendaciones sobre el tratamiento? Sistema de Salud público. FONASA							7,27
Si	38	21	59	64,4	35,6	100	
No	17	28	45	37,8	62,2	100	
Total	55	49	104				
¿El médico o el servicio farmacéutico dan las recomendaciones sobre el tratamiento? Sistema de Salud privado. ISAPRE							1,66
Si	8	1	9	88,9	11,1	100	
No	1	1	2	50	50	100	
Total	9	2	11				
¿El médico o el servicio farmacéutico dan las recomendaciones sobre el tratamiento? Sistema de Salud Naval. SISAN							0,41
Si	10	2	12	83,3	16,7	100	
No	2	1	3	66,7	33,3	100	
Total	12	3	15				

En la tabla N° 15, se aprecia que el 56,7 % de aquellos que pertenecen a FONASA, admiten que el médico explica los tratamientos que utilizan, en comparación del 81,8 % y 80 % que corresponden a aquellos que pertenecen a ISAPRE o SISAN respectivamente. Además se aprecia que los 3 sistemas de previsión de salud muestran un porcentaje mayor de participantes adherentes, si el médico o servicio farmacéutico proporciona las recomendaciones pertinentes al tratamiento que utilizan, aunque solo la relación establecida con el sistema FONASA es estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 7,27$) al 95 % de confianza.

Tabla N° 16. Distribución porcentual y relación entre el sistema de previsión de salud y factores de adherencia al tratamiento farmacológico relacionados al equipo o sistema de asistencia sanitario

	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)	χ^2
¿Considera que el médico es receptivo a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento Sistema de Salud público. FONASA							7,27
Si	36	19	55	65,5	34,5	100	
No	19	30	49	38,8	61,2	100	
Total	55	49	104				
¿Considera que el médico es receptivo a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento Sistema de Salud privado. ISAPRE							1,66
Si	8	1	9	88,9	11,1	100	
No	1	1	2	50	50	100	
Total	9	2	11				
¿Considera que el médico es receptivo a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento? Sistema de Salud Naval. SISAN							0,41
Si	10	2	12	83,3	16,7	100	
No	2	1	3	66,7	33,3	100	
Total	12	3	15				

En la tabla N° 16, se aprecia que el 52,9 % de los participantes que pertenecen a FONASA, afirman que el médico manifiesta una buena recepción hacia sus preguntas, en comparación del 81,8 y 80 % que corresponden a los participantes que pertenecen a ISAPRE o SISAN respectivamente. Además se aprecia que los 3 sistemas de previsión de salud muestran un porcentaje mayor de participantes adherentes, si el médico recepciona bien sus preguntas, aunque solo la relación establecida con el sistema FONASA es estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 7,40$).

Tabla N°17. Distribución porcentual y relación entre factores relacionados al equipo o sistema de asistencia sanitario y adherencia terapéutica

	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)	χ^2
El sistema de salud al que usted está afiliado le cubre los medicamentos para su tratamiento							0,40
Si	48	37	85	56,5	43,5	100	
No	28	17	45	62,2	37,8	100	
¿Le ha tocado a usted comprar sus medicamentos?							0,50
Si	17	15	32	53,1	46,9	100	
No	59	39	98	60,2	39,8	100	
Total	76	54	130				

En la relación entre los factores relacionados al equipo o sistema de asistencia sanitario y la adherencia terapéutica de los participantes que se muestra en la tabla N°17, se observa lo siguiente:

En relación con la cobertura de medicamentos por parte del sistema de salud, el 65,4 % afirma que si cubren los medicamentos que debe utilizar. Además se aprecia que cuando el sistema de previsión de salud no cubre el tratamiento, el porcentaje de adherencia es mayor (62,2%) sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 0,40$) al 95% de confianza.

En relación con la compra de los medicamentos por parte del participante, el 24,6% afirma que tiene que adquirir alguno de sus medicamentos. Además se aprecia que aquellos que no deben adquirir sus medicamentos exhiben un mayor porcentaje de adherentes (60.2%), sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 0,50$) al 95% de confianza.

Relación entre adherencia terapéutica y factores relacionados con el paciente

Tabla N°18. Distribución porcentual y relación entre factores relacionados con el paciente y adherencia terapéutica

	Adherentes Frecuencia	No adherentes Frecuencia	Total Frecuencia	Adherentes (%)	No adherentes (%)	Total (%)	χ^2
¿Cree que no necesita seguir el tratamiento para el manejo de su enfermedad?							15,33
Si	1	12	13	7,7	92,3	100	
No	75	42	117	64,1	35,9	100	
¿Conoce la dieta a seguir para cumplir con el tratamiento?							7,73
Si	51	23	74	68,9	31,1	100	
No	25	31	56	44,6	55,4	100	
¿Recibe apoyo de su familia?							0,87
Si	64	42	106	60,4	39,6	100	
No	12	12	24	50	50	100	
¿Queda lejos de su casa el Centro de Salud?							0,40
Si	10	11	21	47,6	52,4	100	
No	66	43	109	60,6	39,4	100	
Total	76	54	130				

En la tabla N° 18, se observa la relación entre los factores asociados al paciente y su adherencia terapéutica.

En relación a si no cree que necesita seguir con el tratamiento, el 10 % cree que no necesita seguir el tratamiento, por lo tanto, exhiben un porcentaje alto de no adherencia (92,3%) al tratamiento farmacológico, apreciando una relación estadísticamente significativa ($\chi^2_{\text{teórico}} = 3,84 < \chi^2_{\text{calculado}} = 15,33$) al 95% de confianza

En cuanto al conocimiento por parte de los participantes de la dieta a seguir para contribuir con el tratamiento, el 56,9% afirma poseer conocimiento de ésta. Además se aprecia que los participantes que manifiestan conocimiento de la dieta, muestran un porcentaje mayor de adherentes (68,9%) al tratamiento farmacológico, determinando una relación estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 < X^2_{\text{calculado}} = 7,73$) al 95% de confianza.

Con respecto al apoyo familiar que reciben los participantes, el 81,5 % afirma tener apoyo familiar. Además se aprecia que aquellos que manifiestan apoyo familiar, muestran un porcentaje mayor de adherentes (60,4) al tratamiento farmacológico, sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 0,87$) al 95% de confianza.

En la pregunta relacionada con la cercanía de los centros de salud al cual acuden, el 16,2% afirma que quedan lejos de su casa, además se aprecia, que aquellos que tienen cerca de su casa el centro de salud, muestran un porcentaje mayor de adherencia (60,2%), sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ($X^2_{\text{teórico}} = 3,84 > X^2_{\text{calculado}} = 0,40$) al 95% de confianza

DISCUSIÓN

Como preámbulo de la discusión, es necesario destacar la importancia que puede generar este tema, ya que la población mundial está en constantes cambios a medida que pasa el tiempo y uno de ellos, es la aceleración hacia el envejecimiento, la cual es una tendencia mundial. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a llegar a más allá de los 60 años, esto trae profundas consecuencias para la salud de las personas y para los sistemas de salud de los países ⁽³⁷⁾. En Chile la situación no es muy distinta y el envejecimiento ha ido en ascenso en los últimos años, con una cifra en el último censo del año 2017 de un 11,4 % de adultos mayores, transformando la pirámide poblacional a una del tipo regresiva ⁽³⁸⁾, es por ello que la intención del estudio es determinar algunas de las características de ésta población y de algunos factores que pueden contribuir para una mejor calidad de vida en este segmento poblacional, los que pueden ser pilares para futuras estrategias que ayuden a las políticas de salud pública del país.

Para Contextualizar de acuerdo con las características sociodemográficas de la ciudad de Viña del Mar, que fue el lugar en donde se realizó el estudio, ella cuenta con 334.248 habitantes de los cual, el 13,6% corresponden a personas mayores de 64 años, según los datos entregados por el censo del 2017 de la región de Valparaíso ⁽³⁸⁾.

De acuerdo con las distintas características de la población entrevistada, se observará si están relacionadas con los objetivos planteados, es por ello que en relación con el género de los participantes, existe un predominio femenino con un 85% del total, lo que sería coincidente con el mayor número de mujeres en este tramo de la vida⁽⁶⁾, además de la tendencia de este género a la mayor participación en actividades de tipo comunitarias⁽³⁹⁾, ya sea por una predisposición a tener una vida social⁽⁴⁰⁾ o bien por una propia

reafirmación del estereotipo de género, por lo que se entendería como una mayor presencia de las mujeres adultas mayores en las organizaciones comunitarias ⁽³⁹⁾.

La edad media de los participantes fue de $73,4 \pm 7,6$ años, valor que se encuentra muy cercano con aquellos mencionados en otros estudios ^(26,41,42,43), además la población encuestada se ubica principalmente en el rango de edad avanzada que va entre los 60 – 74 años ⁽³⁵⁾.

En relación con la distribución de los clubes sociales en los distintos sectores de la comuna de Viña del Mar en donde se realizaron las entrevistas, existe un predominio por los CAM que se ubican en el sector de Miraflores en comparación con los otros 3 sectores, lo cual se debió al mayor acceso a este sector.

El nivel de escolaridad que exhibía la muestra con un (53,4%) fue aquella que no alcanzo a terminar sus estudios de primera y segunda enseñanza, y solo una pequeña parte (6,9%) logró acceder a la enseñanza superior, lo cual coincide con las encuestas nacionales del adulto mayor⁽⁶⁾ y se puede explicar debido al escaso acceso a estudios superiores que existía en su época, además del rol que cumplían las mujeres (grupo mayoritario del estudio) en aquella época, donde se casaban a temprana edad para conformar una familia y a muy pocas se les permitían continuar estudiando ⁽³⁹⁾.

Al indagar en cuanto al sistema de previsión de salud al cual pertenecen, se constata un predominio hacia el sistema público (FONASA) con un 80% de los participantes y un solo el 8,5 % que pertenecen al sistema privado (ISAPRE) lo cual coincide con las estadísticas a nivel nacional de este segmento poblacional ⁽⁶⁾, en donde la disminución del ingreso monetario especialmente por el proceso de jubilación, limita las opciones para el ingreso a un mejor sistema de previsión de salud por el alto costo que implica ^(4 6,7).

Por otra parte es necesario puntualizar que para los participantes, el sitio principal para la adquisición de los fármacos es el consultorio (70%), seguido por las farmacias privadas

(22,3%), lo cual coincide con los datos entregados anteriormente de la previsión de salud, además es necesario destacar que debido a las políticas actuales de salud a nivel nacional, la mayor parte de las enfermedades mencionadas en los resultados están consideradas en el programa AUGE ⁽⁶⁾.

Al precisar las patologías que afectan a esta población, se observó una media de $3,4 \pm 1,3$ enfermedades por persona, lo cual se debe a las características de este segmento poblacional que está expuesto a padecer pluripatologías⁽³⁾, El tipo de padecimientos patológicos que más afectó a los entrevistados, fueron los del tipo crónico no transmisible ^(8,9,26,29,41) predominando HTA, DM y dislipidemias, alteraciones que a nivel mundial son las que exhiben mayor incidencia y han ido en aumento en los últimos años. Además destacan enfermedades como la artrosis, en especial las rodillas o caderas que limitan el movimiento, al igual que la depresión y el insomnio que disminuyen la propia percepción de la calidad de vida ^(41,44). También con las patologías están muy relacionadas las terapias medicamentosas y es por ello que se precisó el número de medicamentos utilizados por los participantes, que fue de $5,3 \pm 2,0$ fármacos por persona, lo cual se debe a la presencia de pluripatologías de carácter crónico, por lo cual deben ser permanentes y además generalmente se usa más de un medicamento para controlarlas ^(26, 45,46).

Antes de entrar en los resultados de calidad de vida de los participantes, es necesario destacar que la herramienta utilizada fue la Escala FUMAT, que tiene la particularidad de medir de forma objetiva e integral la calidad de vida de personas mayores de 50 años o que sufren de alguna discapacidad a través de la evaluación de 8 dimensiones ⁽¹⁵⁾. La ventaja que presenta, además de las particularidades prácticas y económicas, es que permite obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los entrevistados, de las condiciones que influyen en su funcionamiento y poder relacionarlos con cada una de

las 8 dimensiones, por lo tanto, actúa como una guía para impulsar estrategias tendientes para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Aunque la finalidad de este instrumento no es la de clasificar, si no que la de evaluar, la entrega de los resultados es a través de un índice denominado índice de calidad de vida y entrega de cierta manera una ubicación en una escala, que permite identificar y posicionar de forma más clara este concepto, teniendo en cuenta que la valoración máxima es 123 puntos, ubicado en el percentil 95 y cualquier valoración por debajo de 71 está dentro del percentil 1⁽²⁴⁾.

En relación con los valores obtenidos, se observa que la media del ICV es de $109,7 \pm 7,1$ puntos y el primer tramo que corresponde a los índices de calidad más altos correspondió lo logró el 60,8 % de la población, también se destacan los bajos porcentajes de los dos últimos tramos con un 3,8% y 2,3% (3° y 4° respectivamente), valores que corresponden a los índices de calidad más bajos, esto puede coincidir con el alza de la percepción de calidad de vida por parte de este grupo en el último tiempo⁽⁴⁷⁾. Además se tiene que considerar el hecho que la participación en los CAM mejora su perspectiva en relación con este concepto, ya que se consideran dimensiones como las relaciones interpersonales, desarrollo personal e inclusión social, que pueden influir fuertemente al tener mayor participación en la comunidad^(41,47), afirmación que se puede considerar al contrastar los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones. Aunque la dimensión que obtuvo el mayor puntaje obtenido fue la autodeterminación con una media de $13,5 \pm 1,1$ puntos, las dimensiones anteriormente mencionadas mostraron un puntaje bastante alto, y con una distribución bastante adecuada, en donde se destaca el puntaje de la dimensión inclusión social, con un valor de $12,6 \pm 1,6$ puntos. También es necesario destacar, aunque de manera negativa el bajo puntaje mostrado por la dimensión de bienestar físico con un valor medio de $11,2 \pm 1,9$ puntos y el de bienestar material con un valor medio de $7,4 \pm 2,8$ puntos, este último valor corresponde a la

dimensión con menor puntaje estándar y distribución más amplia lo que no parece extraño debido a lo mencionado anteriormente, destacando que este grupo está atravesando por una etapa de cambio, como el dejan de trabajar debido a la jubilación y por lo tanto, el ingreso monetario disminuye, lo cual puede ser causa del bajo puntaje exhibido en relación con las otras dimensiones ^(3,41). También es necesario no olvidar la dimensión de bienestar físico y su baja puntuación, que se puede justificar debido a las características que el propio proceso de envejecimiento genera, provocando una disminución en las funciones fisiológicas y orgánicas que decaen con el tiempo, transformando a estas personas, en individuos más frágiles frente a enfermedades del carácter crónico ^(26,41,48) y todo lo que conlleva el adquirir este tipo de enfermedades, generando una baja percepción en su estado de salud que termina afectando a las otras dimensiones y por consecuencia en la percepción de la calidad de vida.

Considerando lo anteriormente descrito, también se determinó la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de esta muestra, por lo cual se analizó la adherencia a través de dos test, el Morisky-Green-Levine y el test de Haynes-Sackett, ambos han demostrado entregar un buen valor predictivo y son útiles en este tipo de investigación ^(26,33), además el empleo concomitante de ambas pruebas aumenta la precisión ⁽²⁶⁾.

Los resultados en la adherencia terapéutica, se asemejan bastante a los mostrados en la literatura ^(26,29), aunque levemente elevados según los registrados en la OMS, que afirma que el porcentaje de adherencia en individuos con enfermedades crónicas es solo del 50% ^(26,29,32). Entre las causas de la no adherencia, de los participantes, las cuales coinciden con las observadas en otros estudios ⁽⁴⁵⁾ destacando principalmente el olvido del uso de sus medicamentos, ya sea de manera completa o de forma parcial como ingerirlo en una hora distinta a la indicada, lo cual se puede explicar por la confusión

generada por la conjunción de la pérdida de la memoria por la edad ^(3,45) y la gran cantidad de medicamentos que utilizan. Otras de las causas de no adherencia, que se expresó por parte de la comunidad fue la no necesidad y el desinterés de seguir el tratamiento, además de lo oneroso que son los medicamentos que deben utilizar, lo cual también se puede explicar por las características del principal grupo de enfermedades que padecen, las cuales avanzan generalmente en forma silenciosa, con sintomatologías que se expresan una vez que está avanzada la enfermedad y que muchas veces incluye como parte del tratamiento no farmacológico cambios en estilo de vida ^(26 49), además se tiene que considerar que este grupo etario con autonomía propia, son especialmente vulnerables al incumplimiento terapéutico, al poseer índices de morbilidad más altos, combinados con problemas cognitivos y sociales, que dificultan el empleo correcto de los medicamentos ⁽²⁶⁾.

Como se mencionó anteriormente, el tipo principal de enfermedades que afectan a este grupo etáreo, son las patologías de carácter crónico, cuyas consecuencias pueden ser muy perjudiciales para la salud y para la calidad de vida el individuo ^(41,50), por lo cual es de suma importancia determinar de qué forma puede influir la adherencia terapéutica en la calidad de vida de las personas, para ello se realizó la prueba chi cuadrado de Pearson para determinar la dependencia de ambas variables, observando que existe dependencia con un intervalo de confianza al 95 %, de la variable de calidad de vida con adherencia terapéutica y también se aprecia una relación directamente proporcional entre los valores del índice de calidad de vida y el porcentaje de participantes adherentes de la población. De lo anteriormente mencionado se aprecia en el primer tramo la mayor cantidad de participantes adherentes y que a medida que disminuye el ICV, el porcentaje de participantes no adherentes aumenta, lo cual se observa en el cuarto tramo. Es necesario puntualizar, aunque existen muchos trabajos que consideran el tema de calidad de vida,

surge una dificultad al intentar contrastar los resultados obtenidos con los datos entregados por otras investigaciones, ya que pocas de ellas relacionen ambas variables, en especial en adultos mayores con enfermedades crónicas ⁽²⁶⁾ y además los métodos para evaluar dichas las variables son distintas, por tanto, los resultados difieren entre un estudio y otro.

En algunos ensayos clínicos se observa que los pacientes que no siguen el régimen terapéutico establecido, independientemente de que sea placebo o no, presentan un peor pronóstico que aquellos que si siguen el tratamiento, lo cual ciertamente termina por afectar la calidad de vida de ellos. Aunque indudablemente se debe considerar, que las condiciones en los ensayos clínicos son muy distintas a las de la vida real ⁽⁴⁸⁾.

En un estudio llevado cabo en la provincia de Córdoba, España, se trató de determinar el grado de influencia de la adherencia terapéutica, en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes con procesos crónicos polimedicados, mediante el uso de las láminas de COOP/WONCA para evaluar CVRS y del test de Haynes–Sackett en conjunto con el test de Morisky–Green para evaluar la adherencia terapéutica y se determinó que no existe una relación entre los resultados entregados por la sumatoria de las láminas de COOP/WONCA y la adherencia terapéutica, aunque sí se pudo establecer relación entre dos de las dimensiones (cambio favorable en el estado de salud y dolor), las cuales mostraron un mayor grado de adherencia al tener mejores resultados en sus respectivas laminas ⁽²⁶⁾.

Existen estudios que evalúan ambas variables, pero el problema que surge es que no son orientados para el adulto mayor o son para patologías específicas sesgando un poco los resultados dependiendo de las características de la enfermedad.

Entre esos estudios existe uno realizado en la ciudad de Madrid, España, el cual determinó la influencia de la adherencia terapéutica en la calidad de vida en pacientes con

insuficiencia cardíaca. En ese estudio se utilizó una herramienta específica para dicha enfermedad que evalúa la calidad de vida y el grado de adherencia de los pacientes, dejando como conclusión que una de las principales causas de ingreso/reingreso hospitalario por dicha enfermedad, es la no adherencia terapéutica y teniendo cuenta lo que significa la estancia hospitalaria en la calidad de vida de aquellas personas ⁽⁴⁵⁾.

Otros estudios realizados en pacientes hipertensos, en los cuales se usó como herramienta de investigación el Cuestionario de Salud SF-36[®] para medir calidad de vida y se evaluaron conductas hacia la adherencia al tratamiento, se concluyó que las pacientes que se adherían y tenían conductas positivas hacia su enfermedad, presentaban mejores resultados en los cuestionarios ^(29,51, 52)

En un estudio realizado en la ciudad de Lima, Perú se determinó la relación de calidad de vida y adherencia terapéutica en personas mayores de 40 años, con diabetes mellitus tipo dos, en la cual se concluyó que existe una relación directa entre ambas variables ⁽⁴⁴⁾.

Observando los resultados de dichas investigaciones, se infiere que de algún modo la calidad de vida de las personas se ve influida por la adherencia terapéutica y que además la no adherencia está relacionada con bajos índices de calidad de vida, lo cual también se observa en este trabajo.

Partiendo de la premisa que existe una relación entre ambas variables se analizó los distintos factores que influyen en la adherencia de la muestra, considerando que están repartidas en las distintas dimensiones que lo componen ^(26, 32).

De acuerdo con los resultados obtenidos entre factores socioeconómicos y adherencia terapéutica, estos no muestran dependencia en ninguna de las variables (edad, género y nivel de escolaridad), lo que contrasta con otros estudios, en donde la edad influye de manera inversa con la adherencia y el nivel de escolaridad afecta de manera directa en la adherencia terapéutica de la población en estudio ^(44,46,53), aunque las relaciones en los

resultados obtenidos son similares, no lograron determinar una dependencia entre las variables

En relación con los factores asociados al tratamiento se observa una relación de dependencia entre el número de medicamentos y la adherencia terapéutica, cuya relación es inversamente proporción, donde a medida que aumenta el número de medicamentos, disminuye el porcentaje de participantes con adherencia y además coincide con una de las preguntas de la encuesta, lo que se cumple a excepción de un ítem, el cual puede ser justificado por la variabilidad de las enfermedades y el número de la muestra. También se demostró dependencia entre fracasos en tratamientos anteriores e interrupción por falta de los medicamentos, los cuales exhiben una relación inversa en ambos ítem lo que coinciden con lo descrito en otros estudios ^(44, 46, 53, 54).

En relación con los factores asociados a la enfermedad, se aprecia que existe dependencia entre ambas variables y su relación es inversamente proporcional, ya que al aumentar el número de enfermedades disminuye el porcentaje de participantes adherentes, lo cual se puede atribuir, al número y complejidad de la terapia además del deterioro que pueden originar las enfermedades en estas personas ^(46,53). En relación con las otras dos preguntas, aunque exista una cierta dependencia entre las variables, las diferencias en lo descrito por la población no es muy significativo.

En relación con los factores asociados al paciente, se observó dependencia entre la variable de adherencia terapéutica con dos de las preguntas descritas. Al indagar por el grado de conocimiento de acuerdo a la dieta se apreció que los participantes con mayor grado de conocimiento presentan un mayor porcentaje de adherencia lo cual se puede deber a una mejor actitud y perspectiva en relación con su enfermedad, situación que se ha observado en otros estudios ^(45,46), en relación con la importancia que le otorga el participante a su tratamiento, queda claro que aquellas personas que creen que no deben

seguir con este, exhiben un grado menor de adherencia, ya que las creencias y las actitudes negativas hacia su enfermedad son factores de incumplimiento terapéutico ^(44,54).

En relación con los factores asociados al equipo médico o al sistema, se aprecia una dependencia entre las variables con respecto a la actitud, entrega de conocimientos y la relación que el equipo médico tenga hacia ellos y esto cobra real importancia en el sistema de salud público (FONASA), ya que en los otros dos sistemas aunque exista una relación marcada respecto a estos ítem no se mostró una dependencia estadística, lo cual puede estar influida al número pequeño que componen estos grupos, evidencia que coincide con lo observado en otros estudios ^(34,44,46,53,54).

En relación con los métodos empleados para la investigación de los factores de adherencia, surge la necesidad de la creación de mejores instrumentos que puedan abarcar de mejor manera las distintas dimensiones que afectan este concepto y además se puedan usar de manera general en enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES

1. Una relación directa existe entre la calidad de vida de los adultos mayores y su grado de adherencia con el tratamiento farmacológico, lo cual está influido por los distintos factores que afectan en el cumplimiento.
2. Los adultos mayores que participan en CAM tienen una buena percepción de la calidad de vida, quedando demostrado con el mayor porcentaje de éstos que pertenecen al primer tramo correspondiente a los ICV más altos. Entre las dimensiones más destacadas en este grupo, el bienestar material y el bienestar físico son los que muestran mayor variabilidad entre los participantes.
3. Referente a la adherencia al tratamiento farmacológico, se determinó que los adultos mayores que participan en los CAM tienen una buena adherencia, incluso mayor a la encontrado en la literatura. Entre los factores asociados con las distintas dimensiones, las variables como número de enfermedades, número de medicamentos, fracasos terapéuticos, interrupción del tratamiento, actitud o creencias negativas, afectan de manera inversa o favorecen el incumplimiento, en cambio el conocimiento de la enfermedad/tratamiento y las buenas relaciones con el personal médico favorecen el cumplimiento o adherencia terapéutica. Las variables como edad, género o nivel de escolaridad que en bibliografía son influyentes en la adherencia no resaltaron en este estudio, debido a las características propias de las personas que participa en los clubes sociales.

4. Referente a las características de la población en estudio, el mayor porcentaje que participa en los CAM son del género femenino. En cuanto a la edad, el grupo perteneciente a la edad avanzada son los que predominan en esta población y en relación al nivel de escolaridad más de la mitad de los encuestados no terminaron sus estudios en el colegio.
5. Por último se destaca la necesidad de realizar mayores estudios en este segmento poblacional, ya que la transición demográfica demuestra el cambio que está sucediendo, en donde las políticas nacionales y mundiales se tendrán que adaptar para satisfacer las demandas de este conglomerado de personas constantemente en aumento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2014. La situación demográfica en el mundo. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>.
(Página visitada el 25 de septiembre del 2017)

2. Llanes C. 2015. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev. Habanera Cienc Méd. 14(1):89-96.

3. Galbán A, Sansó P, Díaz-Canel FJ, Carrasco AM. 2007. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cub Salud Pública, 33(1)

4. Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación y Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2009. Dimensiones del envejecimiento y su expresión territorial. http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones_del_Envejecimiento_y_su_expresion_territorial.pdf . (Página visitada el 26 de septiembre del 2017)

5. Instituto Nacional de Estadísticas –Chile. 2018. 2° Entrega de resultados definitivos Censo 2017. http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2018/05/presentacion_de_la_segunda_entrega_de_resultados_censo2017.pdf. (Página visitada el 20 de mayo del 2018)

6. Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social. 2017. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional año 2015, síntesis y resultados del adulto mayor. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf.
(Página visitada el 27 de septiembre del 2017).

7. Gobierno de Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2011. Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile. <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20ESTUDIO%20RECOPILACION%20ESTADISTICA.pdf>. (Página visitada 27 de septiembre del 2017).

8. Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento. 2009. http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf.
(Página visitada el 28 de septiembre del 2017)

9. Rodríguez KD. 2011. Vejez y envejecimiento. Editorial Universidad del Rosario. Doc Inv Esc Med Cs Salud. 12

10. Alvarado AM y Salazar AM. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 25(2): 57-62

11. Finch CE, Tanzi RE. 1997. Genetics of aging. Science. 278:407-11.
12. De la Fuente C. 2001. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica.p.15-55
13. Torres AE. Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar. Tesis para optar al diploma de Especialista en Medicina Familiar, Universidad de Colima, Colima, 2003.
14. Schwartzmann L. 2003. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc enferm. 9(2): 09-21.
15. Sanabria MS. Calidad de vida e instrumentos de medición. Tesis para optar al grado de Trabajador Social, Universidad de la Laguna, San Cristóbal Tenerife, 2016.
16. Cardona JA. y Higueta LF. 2014. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cub Salud Pública. 40(2): 175-189

17. Botero BE y Pico ME. 2007. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años : Una aproximación teórica. Revista hacia la Promoción de la Salud. 12: 11-24
18. Marcial N, Peña BV, Escobedo JS y Macías A. 2016 . Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. Estudios sociales (Hermosillo, Son.). 26 (48): 277-303.
19. Parraguez P, Torrejón MJ y Anigstein MS. 2011. Calidad de vida en personas mayores en Chile. Rev Mad – Universidad de Chile. 24: 61-75.
20. Rubio R, Rico A, Cabezas JL. 1997. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. Geriatrika. 13: 271-81.
21. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Macía A. 1997 . Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Madrid, España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (Inserso)
22. Lizan L. 1995. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. Aten Primaria. 16(1):131-132.

- 23.** Bayarre HD. 2009. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana: an approach from the Cuban perspective. Rev Cub Salud Pública. 35(4): 110-116.
- 24.** Verdugo MA, Gómez LE y Arías B. 2009. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT. Editorial Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Salamanca.
- 25.** López SR., Martínez CM., Romero AB y Angel M. 2005. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. Index de Enfermería. 14(51): 24-28.
- 26.** Alba MA, Pérula CJ y cols. 2015. Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedicados de más de 65 años. Med fam Andal. 2: 111-124.
- 27.** Salech F, Palma D, Garrido P. 2016. Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev. Med. Clínica Las Condes. 27(5): 660-670.
- 28.** Información Farmacoterapéutica de la Comarca. 2011. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf. (visitada el 24 de octubre de 2017).

- 29.** Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. 2014. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Psiencia Rev. Latinoamericana Cienc Psic.* 6(2): 64-70.
- 30.** Cabrera CS. 2005. Adherenci terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes transplantados. *Inmanecia.* 4(2): 118-121.
- 31.** Conthe P y Tejerina F. 2007. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol Supl.* 7(F):57-66.
- 32.** Ramos LE. 2015. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc.* 16(2).
- 33.** Rodríguez MA, García E y cols. 2009. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care Españ.* 11(4): 183-191.
- 34.** Rodríguez E y Mondragón CH. 2014. Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm..* 43 (1): 104-119

- 35.** Guzmán A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF. Tesina para obtener el título de Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, 2010.
- 36.** Instituto Hondureño de Seguridad Social. 2009-2011. Cuadro básico de medicamentos (CBM). 4° revisión.
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18372es/s18372es.pdf>. (Página visitada el 2 de junio del 2018)
- 37.** Organización Mundial de la Salud. 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=04FE8A63043C5D380F0C2CE5ECDD8ECF?sequence=1. (Página visitada el 3 de junio del 2017).
- 38.** Instituto Nacional de Estadísticas–Chile. 2018. Resultados definitivos Censo 2017.
http://www.censo2017.cl/wpcontent/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf. (Página visitada el 5 de junio del 2018)
- 39.** Cárdenas C. La significación de la participación social de los adultos mayores de la comuna Quinta Normal. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Comunitaria, Universidad de Chile, 2012.

40. Wilson G. 1996. Yo soy ojos y ella los brazos: Cambios en los roles de género en la vejez avanzada. En Relación entre Género y Envejecimiento, Arber y Ginn, comp. Narcea Editores. Madrid.
41. Gonzáles AL, Padilla A. 2006. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. Univ. Psychol, 5 (3), 501-509.
42. Olivi A, Fadda G, Pizzi M. 2015. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. UAEM, 24 (84), 227-249.
43. Arenas MD, Moreno E, Reig A, Millán I, Egea J, Amoedo M, Gil M, Sirvent A. 2004. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonka en una población de hemodiálisis. Nefrología, 24(5).
44. Molina YR. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo". Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2008.
45. Conthe P, Visus E. 2005. La importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardiaca. Med. Clin. (Barc.), 124(8), 302-7
46. Basterra M. 1999. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care, 1, 97-106.

47. Pontificia Universidad Católica de Chile . 2017. Chile y sus mayores, 10 años de la Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes. https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20170429/asocfile/20170429174326/iv_encuesta_de_calidad_de_vida_en_la_vejez.pdf. (Página visitada el 9 de junio 2018).

48. Granger BB, Swedberg K, Ekman I, Granger CB, Olofsson B, McMurray JJ. 2005. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. *Lancet*, 366(9502):2005-11.

49. Conthe P y Tejerina F. 2007. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol Supl*, 7, 57-66

50. Castañeda AH. 2015. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Rev Cuid*, 6(1): 906-13.

51. Tsai J, Wang W, Chan P, Lin L, Wang C, Tomlinson B y Liu J. 2004. The beneficial effects of Tai Chi Chuan on blood pressure and lipid profile and anxiety status in a randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(5), 747–7

52. Varela MT, Arrivillaga M, Cáceres D, Correa D y Holguín L. 2005. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana Psicología*, 8 (2).

53. Giacaman JA. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de Ancud. Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico, Universidad Austral de Chile, Valdivia, 2010.
54. Zurera I, Caballero MT y Ruíz M. 2014. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 17(4), 251-260.

ANEXOS

Anexo N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a):

Le invitamos a participar en el estudio titulado “Adherencia terapéutica y calidad de vida en adultos mayores”. El trabajo se realiza dentro del marco que exige la Universidad de Valparaíso para optar al título profesional de Químico Farmacéutico, desarrollado por Juan Andre Oliveros Pozo (Rut 17.356.436-8) y dirigido por el Prof. Waldo Vergara Herrera.

Su participación es voluntaria y puede elegir ser o no ser parte del estudio, de modo que si se niega a participar seguirá recibiendo la misma atención que hasta ahora. De igual forma, si usted acepta participar, puede retirarse en cualquier momento que estime conveniente, sin problemas ni sanciones.

Durante el estudio se harán encuestas para obtener información sobre su estado de salud en general y en caso de poseer alguna enfermedad, se le preguntará por los medicamentos que toma para tratar su enfermedad. Además se le preguntaran algunos datos personales. Sus datos serán identificados por medio de sus iniciales, de manera que toda la información recopilada al respecto será estrictamente confidencial. Asimismo, es importante destacar que su participación es gratuita y ninguno de los miembros del equipo a cargo del estudio recibirá dinero ni compensaciones por ello. El estudio tiene una duración aproximada de 30 minutos.

De aplicarse algún procedimiento que genere molestias, deberá explicitarse y señalar como se realizara dicho procedimiento

Yo, _____ (NOMBRES Y APELLIDOS, RUT), con fecha _____ (DÍA/MES/AÑO), declaro que me ha sido leída y he leído la información proporcionada, he podido aclarar mis dudas y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Autorizo voluntariamente para que se utilice la información solicitada anteriormente.

ACEPTO

Anexo N° 2

Ítem I.

Datos personales				
Nombre:				
Género:			Edad:	
Club social:				
Dirección:				
Teléfono :			Fecha de aplicación:	
Patologías asociadas:				
Medicamentos de uso				
Nombre genérico (comercial)	Concentración	Vía	Dosis	Indicación
¿Consume algún medicamento de venta libre? ¿Cuál?				
¿Dónde adquiere sus medicamentos? Farmacia: Farmacia consultorio: Farmacia privada: Otros:				
¿Consume algún tipo suplemento alimenticio o vitaminas?				

Ítem II. Escala FUMAT medición de calidad de vida ⁽¹⁵⁾.

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, elija la opción de respuesta que mejor lo describa y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Alguna s veces	Nunca o casi nunca
1. En general, se muestra satisfecho con su vida.	4	3	2	1
2. Manifiesta sentirse inútil.	1	2	3	4
3. Se muestra intranquilo o nervioso.	1	2	3	4
4. Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
5. Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.	4	3	2	1
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido.	1	2	3	4
8. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Alguna s veces	Nunca o casi nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.	4	3	2	1
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
12. Carece de familiares cercanos.	1	2	3	4
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

BIENESTAR MATERIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Alguna s veces	Nunca o casi nunca
15. El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17. Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	1	2	3	4
20. dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21. El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

DESARROLLO PERSONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)	4	3	2	1
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24. Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28. Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29. Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

BIENESTAR FÍSICO	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30. Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31. Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	1	2	3	4
33. Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

AUTODETERMINACIÓN	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36. Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38. Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39. Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41. Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

INCLUSIÓN SOCIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.	4	3	2	1
45. Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

DERECHOS	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Alguna s veces	Nunca o casi nunca
53. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

Ítem III.**Adherencia al tratamiento farmacológico.****Test de Morisky-Green-Levine ⁽³³⁾**

1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?	Si	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		
Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/sí/no/no		

Test de Haynes-Sackett ⁽³³⁾

- La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si responde no.

- ¿Cómo los toma (todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez)?
- Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?

Ítem IV.

Encuesta de factores determinantes de cumplimiento terapéutico ⁽³⁴⁾.

Datos sociodemográfico

Género: M ___ F ___ Edad: _____

Escolaridad: Ninguna___ EB___ Emi___ EMc ___ Técnico___ Universitaria___

Tipo de previsión de salud: Público ___ Privado___

Factores relacionados con el tratamiento

1. ¿Considera que la cantidad de medicamentos que debe tomar es mucha?
Sí ___ No___
2. ¿Conoce los efectos indeseados de los medicamentos que toma para su tratamiento?
Sí ___ No___
3. ¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?
Sí ___ No___
4. ¿Ha presentado malestar cuando se toma los medicamentos? Sí ___ No___
5. ¿Ha tenido fracaso en tratamientos anteriores? Sí ___ No___

Factores relacionados con la enfermedad

1. ¿Este síntoma es frecuente? Sí ____ No ____
2. ¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?
Sí ____ No ____
3. Debido a la enfermedad, ¿ha notado cambio en su estilo de vida?
Sí ____ No ____

Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria

1. ¿El médico o el servicio farmacéutico da las recomendaciones sobre el tratamiento?
Sí ____ No ____
2. ¿Considera que el médico es receptivo a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento? Sí ____ No ____
3. ¿El sistema de salud al que usted está afiliado le cubre los medicamentos para su tratamiento? Sí ____ No ____
4. ¿Le ha tocado a usted comprar sus medicamentos? Sí ____ No ____

Factores relacionados con el paciente

1. ¿Cree que no necesita seguir el tratamiento para el manejo de su enfermedad? Sí ____ No ____
2. ¿Conoce la dieta a seguir para cumplir con el tratamiento? Sí ____ No ____
3. ¿Recibe apoyo de su familia? Sí ____ No ____
4. ¿Queda lejos de su casa el Centro de Salud? Sí ____ No ____

Anexo N° 3 ⁽¹⁵⁾.

Sección 1ª. Escala de Calidad de Vida FUMAT 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones. 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles. 3. Introducir el Índice de Calidad de Vida.			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntuación estándar compuesta)			
Percentil de Índice e Calidad de Vida			

