

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS  
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA  
SUBSEDE VENUSTIANO CARRANZA.**

**TÍTULO DE LA TESIS:**

“PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÓNICOS CON DBT-HTA, EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN CHIAPAS. EN EL PERÍODO DE FEBRERO 2022 A ENERO 2023.”

**TESIS**

Para obtener el grado de Licenciado en Enfermería

**PRESENTA:**

L.E. ANA PATRICIA HERNÁNDEZ DÍAZ

**ASESORES DE TESIS:**

Mtra. Delia Ochoa Narváez

Mtra. Cecilia De Jesús Ochoa Diego

Mtra. María Fernanda Solís Cruz.

**VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS 2024.**





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS  
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

+

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Subsede Venustiano Carranza, Chiapas; mayo 02 de 2024

C. ANA PATRICIA HERNANDEZ DIAZ

Pasante del Programa Educativo de: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

REVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADHESIÓN AL

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÓNICOS CON DBT-HTA

EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN CHIAPAS, EN EL PERIODO DE FEBRERO 2022 A ENERO 2023.

En la modalidad de: TESIS PROFESIONAL

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

Mtra. Delia Ochoa Narvaez.

Lic. Cecilia de Jesus Ochoa Diego.

Lic. Maria Fernanda Solis Cruz.

Cop. Expediente



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



# UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

REGISTRO DE TEMA PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO RECEPCIONAL

Venustiano Carranza, Chiapas;  
19 de abril de 2024

C. **Mtro. José de Jesús Ochoa Martínez**

Director de La Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública

Por este medio solicito a usted su autorización para el registro del tema:

**PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÓNICOS CON DBT-HTA, EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO**

**CHALCHIHUITÁN CHIAPAS, EN EL PERIODO DE FEBRERO 2022 A ENERO 2023.**

Lo anterior para sustentar Examen Profesional en la modalidad de:

**TESIS PROFESIONAL**

Para obtener el Título de: LICENCIADA EN ENFERMERIA

Sin otro particular por el momento y en espera de su respuesta, aprovecho la ocasión para saludarle.

ATENTAMENTE

**ANA PATRICIA HERNANDEZ DIAZ**

Nombre y firma del (la) Sustentante

Matrícula No. 669218026



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

C.c.p. Expediente.



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS**  
SECRETARÍA GENERAL  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR  
AUTORIZACIÓN DE TEMA PARA TITULACIÓN

Lugar: Subsede Venustiano Carranza, Chiapas.  
Fecha: 23 de abril de 2024

C. ANA PATRICIA HERNANDEZ DIAZ

No. de Matricula 669218026

Presente

En respuesta a su solicitud, comunicó que el tema denominado: PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES  
CRÓNICOS CON DBT-HTA, EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN CHIAPAS, EN EL  
PERIODO DE FEBRERO 2022 A ENERO 2023.

Mismo que ha elegido para la elaboración de su documento recepcional ha sido aprobado por esta Unidad Académica a efecto de que se titule en la modalidad de: TESIS  
PROFESIONAL

Haciendo la aclaración que la presente autorización tiene un año de vigencia a partir de esta fecha, con el fin de que concluya la elaboración del documento autorizado en el tiempo establecido.

Sin otro particular por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

  
MTRO. JOSÉ DE JESÚS OCHOA MARTÍNEZ  
DIRECTOR



FACULTAD DE CIENCIAS  
ODONTOLÓGICAS  
Y SALUD PÚBLICA



C.C.P. Expediente



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS  
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Constancia de Entrega de Ejemplares

Anexo

Unidad Académica	<u>Lic. Guadalupe del Rosario Martinez Serrano</u>	1 Impreso y 1 Electrónico
Biblioteca	_____	1 Electrónico
Presidente	<u>Mtra. Delia Ochoa Narvaez</u>	1 Impreso
Secretario	<u>Lic. Cecilia de Jesus Ochoa Narvaez</u>	1 Impreso
Vocal	<u>Lic. Maria Fernanda Solis Cruz</u>	1 Impreso

ATENTAMENTE

ANA PATRICIA HERNANDEZ DIAZ  
Nombre y firma del (a) sustentante

Matricula 669218026

C.c.p. Expediente



# UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR  
CONSTANCIA DE ENTREGA DE EJEMPLARES

Subsede Venustiano Carranza, Chiapas: 02 de mayo de 2024

C. MTRO. JOSÉ DE JESÚS OCHOA MARTÍNEZ

Director de: DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA

Presente

Adjunto al presente me permito enviar a usted relación debidamente requisitada, con la cual hago de su conocimiento y compruebo que he entregado un ejemplar denominado:

**REVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADHESIÓN AL**

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÓNICOS CON DBT-HTA**

**EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN CHIAPAS, EN EL PERIODO DE FEBRERO 2022 A ENERO 2023.**

Impreso y en electrónico que me fue autorizado, a efecto de que proceda con el trámite a que haya lugar.

ATENTAMENTE

**ANA PATRICIA HERNANDEZ DIAZ**  
No. de matrícula: 669218026

CCP. Expediente.



ASUNTO: OFICIO DE AUTORIZACIÓN

13 DE MARZO DE 2024

DR. IRVING DE JESÚS HERNÁNDEZ MOLINA

**DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN**

LIC. ALFREDO DE JESÚS ARÉVALO DOMÍNGUEZ

**JEFE DE ENSEÑANZAS DE ENFERMERÍA**

**PRESENTE**

Por este medio reciba cordial saludo, así mismo me permito llegar a ustedes, como ex pasante del servicio social de enfermería febrero 2022 – enero 2023 de la manera respetuosamente expongo:

Como tesista de la carrera de Lic. En enfermería de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Sede Venustiano Carranza Chiapas, me permitan la autorización de que el protocolo titulado "PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÓNICOS CO DBT-HTA, EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITAN CHIAPAS, EN EL PERIODO DE FEBRERO 2022 A ENERO 2023", el cual será publicado en el repositorio institucional de la UNICACH y con la posibilidad de ser colocada en el repositorio nacional de la CONACYT.

Sin más por el momento y seguro contar con su deferencia, aprovecho la oportunidad para desearle mucho éxito en sus actividades.

Atentamente.



Ana Patricia Hernández Díaz

EL QUE SUSCRIBE DR. IRVING DE JESUS HERNANDEZ MOLINA EN FUNCION COMO DIRECTOR DEL H.B.C. CHALCHIHUITAN CLUES C55SA018797 AUTORIZO A LA C. ANA PATRICIA HERNANDEZ DIAZ LA SOLICITUD DE PUBLICAR SU PROTOCOLO DE TESIS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UNICACH A SI COMO EL REPOSITORIO NACIONAL DE LA CONACYT.



DR. IRVING DE JESUS HERNANDEZ MOLINA

Director del H.B.C Chalchihuitan



INSTITUTO DE SALUD  
JURISDICCION SANITARIA No. II  
HOSPITAL BASICO COMUNITARIO  
CHALCHIHUITAN  
CLUES C55SA018793  
MUNICIPIO DE  
CHALCHIHUITAN, CHIS.

Se autoriza la solicitud  
Lic. Alfredo de Jesús Arévalo  
Domínguez

Uto Bueno

## Índice

Dedicatoria

Agradecimiento

Summary.....4

Resumen.....6

## Capítulo I

Introducción.....8

1.1 Planteamiento del problema.....12

1.2 Objetivos.....14

1.2.1. Objetivo General.....14

1.2.2 Objetivos Específicos.....14

1.3 Justificación.....15

1.4 Delimitación de Investigación.....16

1.5. Formulación de Hipótesis.....16

1.6. Variable.....16

## Capítulo II

### Marco Teórico

Antecedentes.....17

2.Impacto Sanitario y Económico de la falta de Adherencia.....21

2.1. Factores que inciden en la falta de la Adherencia.....23

2.2. Factores Relacionados con el Paciente.....24

2.3. Factores asociados a la Terapia.....25

2.4. Factores relacionados con el Personal y el Sistema Sanitario.....26

2.5. Factores relacionados con el estado de la Enfermedad.....26

2.6. Factores Socioeconómicos.....	27
3. APS (Atención Primaria de la Salud) .....	28
3.1. Características de APS.....	31
3.2. Funciones.....	32
4. Prestación de Atención Primaria.....	33
4.1. Pilares de la Atención Primaria renovada, debe estar sustentada en cuatro pilares.....	34
5. Autocuidado.....	37
6. Paciente Crónico.....	39
6.1. Característica de pacientes crónicos.....	42
6.2. Intervenciones de Enfermería con Pacientes Crónicos.....	43
7.. Rol de la Enfermería de Familia y Comunitaria.....	45

### **Capítulo III.**

#### **Metodología**

3.1 Definición del tipo de investigación.....	47
3.2 Universo y muestra.....	47
3.3 Instrumento de recolección de datos.....	48

### **Capítulo IV.**

#### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1 Análisis e interpretación de datos.....	49
4.2 Análisis estadísticos.....	49

### **Capítulo V.**

Conclusiones.....	74
Propuestas.....	75
Bibliografía.....	76
Anexos.....	77

## ***Dedicatoria***

A dios por darme sabiduría y entendimiento, porque me ayudado a lograr mis objetivos trazados.

A mis padres por apoyarme en todo este trayecto, siendo mi apoyo para no rendirme ante las adversidades y siempre estar para mí, por sus sacrificios, consejos, palabras de apoyo desde el inicio de mi carrera profesional hasta el final, gracias por haber confiado en mi para poder alcanzar esta meta.

## ***Agradecimiento***

A dios por sus bondades, regalarme la vida y darme esta oportunidad de realizar este trabajo de investigación que durante el año realice, para cumplir mi meta trazada.

A mis padres por su apoyo incondicional, amor, por ser mi motor y motivo, que se sientan orgullosos de mi persona.

A mis profesores que durante mi etapa de estudiante fueron los pilares para mi formación, brindarme todos sus conocimientos, su apoyo para crecer como persona y de manera profesional.

Al hospital básico CHALCHIHUITAN, perteneciente a San Cristóbal De Las Casas, Chiapas que acepto realizar mi investigación y brindarme la información solicitada.

## **SUMMARY**

In our country it is estimated that 50% of chronic patients are not adherent to the prescribed treatments, which can cause a significant public health problem. Lack of adherence has been associated with a decrease in the quality and life expectancy, leads to worse control of the disease and increases its complications, and has an impact on an increase in consultations, hospitalizations and complementary tests, with the consequent increase in health spending. Precisely to address this situation, in recent years different sectoral initiatives have been launched by Health Administrations, Professional College Organizations and Scientific Societies and, sometimes, with the collaboration of the pharmaceutical industry.

Precisely with the objective of offering it to Health Administrations and professional or scientific institutions that may be interested in this matter, this Treatment Adherence Plan (responsible use of medicine) is presented, promoted by Farmaindustria, which has been prepared by a large number of scientific societies, patient associations and experts, through an open and participatory process, in which the patient is the center of all proposals, beyond professional, organizational or healthcare issues. It is a comprehensive and integrative contribution in which, based on the available scientific evidence, considering the different initiatives addressed and the best practices developed, a set of measures is proposed in the areas of macro, meso and micro management.

Although the term “treatment” includes both the prescribed medications and the habits, personal care and lifestyle indicated or recommended to the patient, the Plan focuses on the area of the medication and its responsible use, without prejudice to including aspects of undoubted importance. such as patient training or promoting self-care. The Plan is structured into six pillars, which are deployed in 18 initiatives that, in turn, are divided into 26 actions. For each of them, a series of evaluation indicators are proposed aimed at measuring progress in improving therapeutic adherence. The Plan is complemented by an economic and clinical analysis of the impact of adherence on four highly prevalent chronic pathologies: CVD, COPD, Type 2 Diabetes and Major Depression. Likewise, it includes a possible deployment,

in which, for each action, the area in which it falls and the possible strategic collaborators are provided. The Plan presented is, therefore, a technical-scientific proposal that is made available to Health Administrations with the aim of advancing improvements in the health of patients, increasing compliance with prescribed treatments, since, as noted by Dr. Derek Yach, Executive Director of Noncommunicable Diseases and Mental Health at WHO, in the report Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action, “non-compliance with treatment is the main cause of not obtaining all the benefits that medications can provide to patients, it is the origin of medical and psychosocial complications of the disease, it reduces the quality of life of patients. patients, increases the probability of the emergence of drug resistance and wastes healthcare resources.”

Keywords: chronic patients, hypertension, diabetes, factors that influence adherence, non-pharmacological treatment.

## **RESUMEN**

En nuestro país se estima que el 50% de los pacientes crónicos no son adherentes a los tratamientos prescritos, lo que puede provocar un importante problema de salud pública. La falta de adherencia se ha asociado a una disminución de la calidad y de la esperanza de vida, da lugar a un peor control de la enfermedad e incrementa sus complicaciones, y repercute en un aumento de las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias, con el consiguiente incremento del gasto sanitario. Precisamente para hacer frente a esta situación durante los últimos años se han ido poniendo en marcha diferentes iniciativas de carácter sectorial por parte de las Administraciones Sanitarias, Organizaciones Colegiales Profesionales y Sociedades Científicas y, en ocasiones, con la colaboración de la industria farmacéutica.

Precisamente con el objetivo de ofrecerlo a las Administraciones Sanitarias y a las instituciones profesionales o científicas que puedan estar interesadas en esta materia se presenta este Plan de Adherencia al Tratamiento (uso responsable del medicamento), impulsado por Farmaindustria, que ha sido elaborado por un amplio número de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y expertos, mediante un proceso abierto y participativo, en el que el paciente es el centro de todas las propuestas, más allá de cuestiones profesionales, organizativas o asistenciales. Se trata de una aportación integral e integradora en la que, a partir de la evidencia científica disponible, considerando las diferentes iniciativas abordadas y las mejores prácticas desarrolladas, se propone un conjunto de medidas en los ámbitos de la macro, meso y micro gestión.

Aunque el término “tratamiento” incluye tanto los medicamentos prescritos como los hábitos, cuidados personales y estilo de vida indicados o recomendados al paciente, el Plan se centra en el ámbito del medicamento y de su uso responsable, sin menoscabo de incluir aspectos de indudable trascendencia como es la formación de los pacientes o el fomento del autocuidado. El Plan se estructura en seis pilares, que se despliegan en 18 iniciativas que, a su vez, se

dividen en 26 acciones. Para cada una de ellas se proponen una serie de indicadores de evaluación dirigidos a medir los avances en la mejora de la adherencia terapéutica.

El Plan se complementa con un análisis económico y clínico del impacto de la adherencia en cuatro patologías crónicas de alta prevalencia: ECV, EPOC, Diabetes tipo 2 y Depresión mayor. Igualmente, incluye un posible despliegue, en el que se facilita, para cada acción, el ámbito en el que se inscribe y los posibles colaboradores estratégicos. El Plan que se presenta es, por tanto, una propuesta de carácter técnico-científico que se pone a disposición de las Administraciones Sanitarias con el objetivo de avanzar en mejoras en la salud de los pacientes, aumentando el cumplimiento de los tratamientos prescritos, ya que, como señala el Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, en el informe *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*, “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales”.

**Palabras clave:** pacientes crónicos, hipertensión, diabetes, factores que influyen en la adhesión, tratamiento no farmacológico.

# **Capítulo I**

## **Introducción**

Las patologías crónicas, entre ellas las enfermedades cardiovasculares ha sido motivo de gran preocupación lo cual ha generado la necesidad de diseñar y aplicar diversas estrategias para su intervención tales como programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, conformación de grupos educativos y de seguimiento, programas de seguimiento telefónico, recordatorio de citas, jornadas educativas masivas, entre otras. Sin embargo, a pesar de todo esto, día a día aumenta tanto la morbilidad, como la mortalidad por causa de este tipo de patologías. Por lo tanto, se requiere seguir aunando esfuerzos por parte de los organismos sanitarios, las personas en riesgo o que padecen estas patologías, la familia y la comunidad en general, que permitan un mayor y mejor control de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, y de paso, contribuir a una mejor calidad de vida y bienestar de cada una de estas personas.

Estudiar la no adherencia al tratamiento no farmacológico, es de suma importancia para valorar acciones de autocuidado, toda vez que en enfermería la adherencia al tratamiento no farmacológico se concibe como comportamientos o expresiones de autocuidado de las personas (déficit de autocuidado de Dorothea Orem).

Enfermería juega un papel un papel fundamental tanto en la identificación de necesidades y capacidades de autocuidado, como también en el apoyo orientación, enseñanza y ayuda al paciente y su familia en las acciones que requiera y le permita mantener su salud, recuperarse de la enfermedad o adaptarse a los cambios.

La presente investigación de tipo cualitativo, descriptivo estuvo encaminada a determinar el rol de enfermería en la adherencia del tratamiento no farmacológico en personas con enfermedades crónicas (DBT-HTA). Que pertenecen al programa de pacientes crónicos del Hospital Básico de CHALCHIHUITAN, Chiapas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento sitúan a la adherencia como un importante asunto para la salud pública a nivel mundial. Además, el progresivo aumento del número de pacientes pluripatológicos y polimedcados acrecienta este problema.

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema prevalente, con consecuencias clínicas y económicas muy significativas, especialmente en los pacientes con enfermedades crónicas, siendo en su mayoría evitables. Todo ello supone un importante reto, en un contexto en el que las Administraciones están adoptando medidas específicas de distribución del gasto (principalmente provocadas por un notable incremento de la demanda sanitaria, una mayor inclusión de las nuevas tecnologías y una mejora en la innovación), con el objetivo de garantizar el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

También hay que tener en cuenta relevantes cambios demográficos, como el incremento de la esperanza de vida o la disminución de la natalidad. España ocupa el cuarto puesto en longevidad de los 182 países considerados desarrollados y el séptimo mundialmente, si se considera la totalidad de países estudiados. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida media en hombres es de 80 años y de 85,6 en las mujeres; según las proyecciones y estimaciones de futuro, se espera que estas cifras aumenten en el año 2063 hasta los 90,9 y 94,3 años, respectivamente. Además, la población envejecida supone el 17,2% de la población total en nuestro país y un 5,1% tiene más de 80 años, cifra que se espera que se duplique en 40 años.

El envejecimiento poblacional suele ir acompañado de un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas o de larga duración que precisan de un control adecuado y cercano por parte del paciente y de los profesionales sanitarios.

En atención primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas y, de éstos, el 94% están polimedcados, por lo que es fundamental que se siga una adecuada estrategia de adherencia terapéutica, para asegurar el control de la enfermedad. Desde el punto de vista de los recursos sanitarios, los pacientes con patologías crónicas suponen el 80% de las consultas en los centros de atención primaria y representan el 60% de las estancias hospitalarias, sobre todo en ingresos no programados.

En este marco, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios precisa una reorientación hacia las necesidades de los pacientes crónicos, garantizando una atención integral, coordinada y continua. Para ello, es necesaria la colaboración de los profesionales sanitarios y de los pacientes, y su implicación en el uso adecuado y responsable de los recursos disponibles, en un escenario donde la adherencia tendrá cada vez mayor relevancia y donde el empoderamiento del paciente (entendido como un paciente implicado, responsable y bien informado) representa el eje central para la transición hacia un nuevo modelo asistencial.

el Plan de Adherencia al Tratamiento ha contado con la participación de diversas entidades y profesionales que han hecho posible la elaboración de este documento. En primer lugar, cabe destacar el trabajo realizado por Farmaindustria y EY (antes Ernst and Young) en la redacción del Plan y como coordinadores de los diferentes agentes y organizaciones implicadas que han participado en su elaboración. Por otra parte, la colaboración y el esfuerzo de las distintas entidades sanitarias y asociaciones de pacientes que han prestado su apoyo, a lo largo del desarrollo de todo el Plan, ha sido clave para enriquecer el documento con las observaciones y comentarios surgidos durante las reuniones de trabajo celebradas.

Además, el Plan incluye diversas fuentes, entre las que destacan los documentos realizados por el Gabinete Sociología y Comunicación (Encuesta sobre adherencia terapéutica en España) y la Fundación Jordi Gol i Gurina - IDIAP (Efectividad de las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos: revisión meta-análisis).

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica

deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta de cumplimiento. Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Fármaco economía de Pfizer, “la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos”. De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos sociosanitarios.

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

## **1.1. Planteamiento del Problema**

En el Hospital básico Comunitario CHALCHIHUITAN, Chiapas, enfermería forma parte del consultorio de pacientes crónicos con enfermedades no transmisibles DBT – HTA, el cual se organiza interdisciplinariamente de la siguiente manera; el hospital básico comunitario brinda su servicio a este grupo de pacientes dos veces a la semana (martes y viernes) en el horario de 10hs a 14hs con un espacio de tiempo de 30 minutos por paciente. Los profesionales que forman parte de este equipo son: médico generalista, enfermería, nutricionista, psicóloga, obstetra, odontólogo, farmacia, agente sanitario, asistente social, administración. Estos usuarios deben solicitar el turno programado con una semana de anticipación y el mismo se otorga en el horario de atención.

Los pacientes al asistir a su turno es recepcionado por el personal de enfermería, quien le realiza control de peso y talla, circunferencia abdominal, control de tensión arterial, control de hemoglucotest HGT (si es diabético), control de somas y educación de acuerdo con su patología, por ejemplo, cuidado de los pies, hidratación, corte de uñas, etc. Durante el desarrollo de estos procedimientos el enfermero recaba información acerca de su entorno, compromiso del manejo de su tratamiento no farmacológico, conocimientos de su patología, estilo de vida, etc. De acuerdo con la necesidad más urgente a tratar del usuario, previo a la valoración es derivado al profesional correspondiente.

Actualmente en el hospital básico el número de pacientes que son tratados por hipertensión y diabetes crónicos es aproximadamente de 250, este total se ha obtenido de la ficha que se realiza a cada uno de ellos en la farmacia, donde consta de la patología y los medicamentos que se le ha indicado, cantidad de este y fecha de su próximo control.

Esta categorización de pacientes está organizada en base al programa del ministerio de la nación MAPEC (Modelo de Atención de Pacientes Crónicos) basada en recomendaciones en la evidencia que permiten tomar mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida.

En el seguimiento que realiza el servicio de enfermería con el equipo interdisciplinario, en el cuidado de los pacientes crónicos con enfermedades no transmisibles DBT e HTA que asisten a la consulta médica, se observa que en su mayor parte no adhieren al tratamiento no farmacológico (buena alimentación, ejercicio físico, cuidados de la piel, etc.) influyendo en su bienestar físico y nivel funcional.

**¿Qué factores pueden incidir en la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes con enfermedades no transmisibles (DBT/HTA) que asisten al Hospital básico Comunitario CHALCHIHUITAN, Chiapas, en el periodo de Mayo/Junio 2023?**

## **1.2. Objetivos**

### **Objetivo general:**

Conocer los factores que inciden en la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes con enfermedades no transmisibles, DBT-HTA que asisten al Hospital básico Comunitario CHALCHIHUITAN, Chiapas.

### **Objetivos específicos:**

- ✓ Identificar las intervenciones de enfermería en los pacientes crónicos con enfermedades no transmisibles DBT-HTA.
- ✓ Determinar si los factores socioculturales influyen en la adhesión del tratamiento de los pacientes crónicos con enfermedad no transmisibles DBTHTA.
- ✓ Características de los pacientes crónicos con enfermedades no transmisibles, DBT - HTA sujetos de estudios.
- ✓ Rol de enfermería en la intervención educativa en los pacientes crónicos de enfermedades no transmisibles DBT-HTA y con la participación del equipo interdisciplinario.

### **1.3. Justificación**

La no adherencia a los tratamientos compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud pública, desde la perspectiva de la calidad de vida.

El presente estudio constituye un aporte de relevancia social y la importancia en la salud de las personas con tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y lo que implica a la calidad de vida de la población.

El impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes es cada vez mayor. En el último informe de la organización mundial de la salud (OMS. Marzo 2013) concreta que, en este momento, uno de cada tres adultos en el mundo sufre hipertensión y uno de cada diez diabetes.

Para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento de los pacientes DBTHTA, es necesario saber de qué manera integrar a la familia para derivar estrategias en donde intervenga el profesional de enfermería, tanto en la promoción, prevención y recuperación de la salud, como estrategia para mejorar la adherencia.

Así mismo es importante enfatizar que el papel primordial de Enfermería es dirigir sus intervenciones hacia la prevención, por lo tanto, queda un terreno poco trabajado, pero muy importante, donde el personal profesional del cuidado debe incidir para evitar que las personas tengan situaciones de urgencia y posiblemente alguna secuela o incluso la muerte.

La DBT-HTA constituye, actualmente un importante problema de Salud Pública, a pesar de los avances de su detección, tratamiento y control, algunos pacientes tienen dificultad para adherirse al tratamiento, considerando que una de las principales causas radica en la influencia de factores que pueden ser perjudiciales para estas personas con enfermedades crónicas. La importancia del problema de la adherencia al tratamiento está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico y socioeconómico cultural, además de su efecto en la calidad de la atención.

#### **1.4. Delimitación de Investigación**

La presente investigación se llevará a cabo en el Hospital Básico Comunitario Chalchihuitan, Chiapas, en el servicio de Consulta Externa, en el turno Matutino, en el periodo correspondiente a Mayo/Junio del 2023. Ubicado en dicho municipio ya mencionado.

#### **1.5. Formulación de Hipótesis**

**H:** Los pacientes crónicos no transmisibles (diabéticos e hipertensos) en el Hospital Básico Comunitario Chalchihuitan, Chiapas poseen falta de adherencia al tratamiento no farmacológico, debido al desconocimiento de la importancia del mismo.

#### **1.6. Variable**

**Variable dependiente:** Falta de actividad física, Dificultad para modificar hábitos alimentarios, Cansancio para seguir el tratamiento no farmacológico.

**Variable independiente:** Adhesión al tratamiento

**Variable intermedia:** Conocimiento sobre la importancia de la adhesión al tratamiento.

## **CAPITULO II**

### **Marco Teórico**

#### **Antecedentes Históricos.**

El origen de esta definición se encuentra en la propuesta realizada por Haynes y sus colaboradores en el año 1976 para el término cumplimiento; sin embargo, la adherencia es un concepto más amplio que la toma de la medicación, abarca la implicación y el compromiso del paciente con su enfermedad, su tratamiento y con los profesionales sanitarios.

Para que un paciente mejore su adherencia debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su capacidad de autocuidado. Es necesario que conozca la enfermedad y la entienda, así como el tratamiento prescrito y la importancia de cumplirlo. Además, es clave que exista una relación con el médico, y el resto de los profesionales sanitarios, basada en la confianza y el diálogo, facilitando la participación del paciente en la toma de decisiones. La adherencia, además, debe englobar el acto terapéutico completo, considerando la importancia de los hábitos de vida asociados y garantizando el uso correcto de los medicamentos.

Mientras que el cumplimiento hace alusión al grado en el que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescrito, la persistencia está relacionada con el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, el tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción. En este sentido, para que un paciente sea adherente debe ser a su vez cumplidor y persistente. Además, para cada individuo se puede establecer un intervalo permitido para obtener o renovar la medicación prescrita, lo que se conoce como periodo de gracia. Si el paciente excede este intervalo predeterminado se considera que no es persistente.

Actualmente no hay consenso sobre la terminología más apropiada para determinar el proceso de la toma o no de la medicación, lo que podría tener cierta influencia sobre la disparidad de opiniones entre los profesionales y la sociedad en general acerca de la existencia de un problema con la adherencia y la magnitud de este. Sin embargo, parece que cada vez hay un mayor acuerdo en considerar que la adherencia está un paso por encima del simple cumplimiento, lo que representa un punto de partida para alcanzar un acuerdo sobre esta cuestión que, además, permita abordar de forma holística el reto de la adherencia terapéutica.

La adherencia viene definida por tres componentes: iniciación, ejecución y discontinuación. El proceso comienza con la iniciación del tratamiento, cuando el paciente toma la primera dosis de la medicación prescrita, y continúa con la ejecución, entendida como el grado en el que la pauta real de un paciente se corresponde con la prescrita por el médico, desde la primera hasta la última dosis. La discontinuación marca el final de la terapia; esto ocurre cuando, antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y no hay más dosis a partir de entonces. Es importante tener en cuenta que la falta de adherencia puede ocurrir en cualquiera de estas fases o en varias a la vez. La iniciación tardía o la no iniciación del tratamiento y la interrupción temprana del tratamiento.

La adherencia es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos. En la vida real, el incumplimiento puede explicar algunas de las diferencias que se observan entre la eficacia (uso de los fármacos en condiciones controladas) y la efectividad (uso de los medicamentos en las condiciones habituales).

Los niveles de adherencia varían entre patologías debido a que los determinantes generales impactan de manera distinta en cada condición. Además, existe gran variabilidad dependiendo del estadio o de la gravedad de la enfermedad.

En España, la magnitud de la falta de adherencia ha sido especialmente estudiada en los pacientes con alto riesgo cardiovascular, tales como los pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemias. Así, en la enfermedad cardiovascular se ha identificado que el 22,4% de los

pacientes abandonan los tratamientos prescritos por los médicos de atención hospitalaria y hasta un 39,4% en el caso de los indicados por los médicos de atención primaria.

Los pacientes con hipertensión (52%), diabetes (56%) y EPOC (41%) presentan, en general, valores bajos de adherencia. La irregularidad del curso clínico, la complejidad de los tratamientos y algunos aspectos socioculturales y psicológicos, asociados a estas enfermedades, determinan en muchos casos la falta de adherencia. Además, en estas patologías la dificultad que plantean los tratamientos no farmacológicos asociados, que a menudo implican cambios en los hábitos de vida, pueden suponer una barrera importante para la adherencia, entendida como el cumplimiento farmacológico y no farmacológico.

Un caso particular lo constituyen las enfermedades infecciosas (54%), en las que el paciente tiende a abandonar el tratamiento cuando empieza a sentirse bien, con el consiguiente problema de generación de resistencias a los antibióticos.

Asimismo, y dado el impacto que representan sobre el gasto sanitario otras enfermedades, como la hepatitis C, la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide o las enfermedades hematológicas, entre otras, debe considerarse la adherencia como un aspecto primordial. Del mismo modo, la actual evolución y tendencia demográfica, con un progresivo envejecimiento poblacional, pone de manifiesto la importancia de dedicar esfuerzos adicionales a los problemas de salud relacionados como, por ejemplo, la demencia senil o la enfermedad de Alzheimer.

De acuerdo con los estudios disponibles, los pacientes con edades comprendidas entre los 41 y los 50 años son los que demuestran valores más bajos de adherencia, en torno al 21%. En contraposición, los pacientes entre 81 y 90 años reflejan una adherencia al tratamiento del 61%, porcentaje que además aumenta con la edad (91-100 años, 75%).

Los condicionantes de la falta de adherencia también varían con la edad. El cuestionamiento de los tratamientos y la falta de concienciación sobre la importancia de un correcto cumplimiento son los principales entre los pacientes jóvenes, mientras que el miedo, el olvido y la confusión lo son entre los de más edad.

En relación con todo lo anterior cabe indicar que la falta de consenso sobre un método o una metodología homogénea para evaluar la falta de adherencia puede dar lugar a una cierta variabilidad en los datos disponibles. La adherencia puede ser evaluada tanto con métodos directos como indirectos. Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre o en cualquier otro tipo de fluido corporal o en la observación directa de la ingesta de la medicación. Se trata de métodos precisos, pero de un elevado coste, por lo que se emplean principalmente para el control de medicamentos con un rango terapéutico estrecho o en algunos ensayos clínicos muy controlados. De los métodos indirectos, los cuestionarios, entre los que destacan los test de Morisky-Green y Haynes-Sackett, y el recuento de la medicación sobrante son los más utilizados, a pesar de que el nivel de fiabilidad y precisión es menor. En esta categoría se incluyen también los sistemas de control electrónico de apertura de envases. Éstos son, de los métodos indirectos, los de mayor fiabilidad; sin embargo, su uso en la actualidad está restringido al ámbito de la investigación clínica.

## **2. Impacto Sanitario y Económico de la falta de Adherencia.**

En la actualidad, la falta de adherencia representa un importante reto para el sistema sanitario, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Desde el punto de vista clínico, una buena adherencia se relaciona con mejora en la calidad y la esperanza de vida de los pacientes. Por otro lado, una adherencia inadecuada implica un peor control de la enfermedad y la aparición de un mayor número de complicaciones, lo que a menudo se traduce en un mayor gasto sanitario. En el caso de las enfermedades infecciosas, una adherencia inadecuada puede, además de alterar la evolución de la enfermedad, favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas.

Una adherencia óptima repercute en una mejora en la calidad y esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad de los tratamientos y en la evolución de las enfermedades. En este sentido, un seguimiento adecuado del tratamiento prescrito está relacionado con una menor probabilidad de recaídas y complicaciones secundarias, y una menor morbimortalidad, observándose una relación directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud.

Desde el punto de vista económico, una baja adherencia supone un incremento de las hospitalizaciones, las visitas a Urgencias, las pruebas complementarias y la utilización de otros fármacos, con el consiguiente aumento en los costes para el sistema sanitario, además del desaprovechamiento de recursos que supone la financiación de fármacos cuando no se llegan a tomar o se toman de forma no responsable o la dificultad en la evaluación de los resultados terapéuticos en relación a los observados en los ensayos clínicos.

En paralelo a la elaboración del Plan se ha desarrollado un modelo de Markov para la enfermedad cardiovascular (ECV), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes tipo 2 y la depresión mayor, con el objetivo de estimar los impactos sanitarios (menor incidencia de eventos adversos y muertes evitadas) y los impactos económicos (costes sanitarios directos evitados) derivados de incrementos en la adherencia.

El principal resultado del modelo de ECV es que aumentar en un punto porcentual la adherencia supondría 1.291 muertes menos y permitiría evitar 1.108 eventos cardiovasculares. Si la mejora de la adherencia fuera de diez puntos se llegaría a evitar más de 8.700 muertes y hasta 7.650 eventos cardiovasculares, con un gasto sanitario directo evitable de 75 millones de euros.

En cuanto a los resultados para EPOC, mejorar en un punto porcentual la adherencia evitaría 21.000 exacerbaciones o agudizaciones y más de mil muertes. Si el aumento fuera de diez puntos se lograría evitar 190.000 exacerbaciones, con un gasto sanitario directo evitable de 80 millones de euros. En el caso de la diabetes tipo 2, aumentar en un punto el nivel de adherencia supondría evitar más de 1.400 eventos, mientras que, si el incremento fuera de 10 puntos se lograría reducir el número de complicaciones y las muertes asociadas en 14.000 y 1.600, respectivamente. Por último, en el análisis de la depresión mayor, la mejora en uno y diez puntos porcentuales de la adherencia evitaría más de 2.500 y 25.000 recaídas, respectivamente.

Es importante mencionar que los resultados económicos señalados se refieren exclusivamente a ahorros o gastos evitables sanitarios directos, lo que implica una infraestimación de los ahorros globales derivados de un incremento de las tasas de adherencia. Así, no están incluidos en el análisis otros ahorros de costes que indudablemente se producirían en ámbitos ajenos a la sanidad, como son los costes directos no sanitarios (por ejemplo gastos de asistencia social, traslados, compras privadas de material sanitario, gastos de adaptaciones del hogar, etc.), ni tampoco ahorros de costes indirectos para los empleadores y el conjunto de agentes económicos derivados de la mayor productividad de los pacientes, los menores índices de absentismo laboral y una menor morbi-mortalidad.

## **2. 1. Factores que inciden en la falta de la Adherencia**

La falta de adherencia viene determinada por múltiples causas, generalmente relacionadas entre sí. Entre las más relevantes se incluyen el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento prescrito, la complejidad de los tratamientos, la presencia de efectos adversos, la relación entre los profesionales sanitarios, así como con el paciente, o la presencia o ausencia de síntomas.

De manera general, la OMS clasifica en cinco categorías los factores que inciden en la adherencia:

- relacionados con el paciente
- relacionados con la terapia
- relacionados con el personal y el sistema sanitario
- relacionados con el estado de la enfermedad
- factores socio-económicos

Cada uno de ellos agrupa o incluye, a su vez, otros factores o condicionantes que, en mayor o menor medida, afectan al cumplimiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos estos factores son aplicables en el ámbito sanitario español.

## **2.2. Factores Relacionados con el Paciente.**

De acuerdo con los resultados de este estudio, se ha observado que las mujeres son más adherentes en comparación con los hombres; además, se responsabilizan en mayor medida con la enfermedad, y no sólo con la suya, sino también con las del resto del entorno familiar.

El nivel de formación ha mostrado en este estudio un cierto efecto paradójico. Así, los pacientes con mayores niveles de formación se cuestionan más los tratamientos y presentan valores más bajos de adherencia. En contraposición, aquellos con bajo nivel académico muestran valores más elevados de adherencia (55,9%).

En algunos pacientes, la depresión o el estrés psicológico ligados a ciertas patologías han sido identificados como predictores claves de una baja adherencia. También relacionado con las funciones cognitivas de los pacientes se encuentra el olvido de la toma de la medicación, que aparece en la literatura como una de las causas más frecuentes de incumplimiento. En este sentido, entre el 22,6% y 73,2% de los pacientes atribuyen al olvido la falta de adherencia a los tratamientos prescritos.

Otro de los puntos destacables en este apartado es la actitud con la que los pacientes afrontan la enfermedad y el tratamiento pautado. Una actitud negativa o la falta de motivación para comprometerse con el seguimiento de los tratamientos y con el buen control de la patología representan barreras importantes para la adherencia. De manera general, los pacientes crónicos muestran un bajo nivel de participación en términos de gestión de la enfermedad y una elevada dependencia de los médicos.

La falta de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos prescritos, así como de la importancia de cumplir con ellos, aparece como uno de los principales condicionantes de la falta de adherencia y de la implicación de los pacientes con la gestión de su enfermedad. Respecto a los medios más utilizados por los pacientes para obtener información sobre las patologías, según este estudio, el fundamental es el propio médico, pero internet se perfila como una fuente de información utilizada con cierta frecuencia, seguida de los amigos y familiares.

### **2.3. Factores asociados a la Terapia.**

Entre los factores asociados a la terapia se incluyen la complejidad del tratamiento, la presencia de efectos adversos, la percepción sobre la efectividad de los medicamentos, la aceptación y la flexibilidad en la elección de los tratamientos por parte de los pacientes y su duración.

La complejidad de los tratamientos -entendida como la cantidad de medicamentos por toma-, el número de tomas por día, las restricciones y requisitos alimenticios y la posible dificultad asociada a la vía de administración pueden influir directamente sobre la capacidad del paciente para seguir el tratamiento.

El promedio de medicamentos por paciente en este estudio es de 3,5, lo que supone una media de 4,6 pastillas diarias, aunque estos datos varían en función las características del paciente y de la enfermedad.

En este punto es importante incidir en la polimedicación como uno de los principales factores de riesgo asociados a la falta de adherencia. Cuanto mayor es la complejidad del tratamiento, mayor es la posibilidad de incumplimiento, esto es especialmente importante en el caso de los pacientes de mayor edad, donde paralelamente a la valoración de la adecuación terapéutica se debe realizar un seguimiento exhaustivo que permita evaluar el grado en el que el paciente sigue las recomendaciones o prescripciones de su médico, garantizando entonces la obtención de un balance beneficio/riesgo más favorable.

Junto con la complejidad de los tratamientos, la presencia de efectos adversos afecta también negativamente a la adherencia. A ello se suma la duración del tratamiento, es decir, si un tratamiento es de larga duración y los resultados no se perciben inmediatamente, la adherencia puede verse comprometida.

Las creencias y expectativas del paciente acerca de la efectividad de su tratamiento determinan en gran medida su capacidad para implicarse y cumplir con él. En este sentido, el

81% de los pacientes encuestados considera que la efectividad de su tratamiento es buena o muy buena. En contraposición, cerca del 15% opina que es poco efectivo.

#### **2.4. Factores relacionados con el Personal y el Sistema Sanitario**

Los factores relacionados con el personal y el sistema sanitario entre los que se incluyen, como barreras en la asistencia sanitaria, la información proporcionada a los pacientes respecto al tratamiento y a la patología que padecen, la comunicación y relación entre los profesionales y con el paciente y el seguimiento realizado.

En relación con la información recibida durante las consultas médicas, la gran mayoría de los pacientes están conformes con la misma (83,3%). Tan solo un 16,3% de los encuestados considera insuficiente la información proporcionada (Figura 10), y en esos casos se ha considerado baja o poca la información relacionada con los efectos adversos (48,9%) y las posibles interacciones que tienen con otros medicamentos (22,1%).

#### **2.5. Factores relacionados con el estado de la Enfermedad.**

En esta categoría se incluyen aspectos como la ausencia o presencia de síntomas, la severidad de la enfermedad, la mejoría clínica y la duración de la enfermedad.

En este sentido, se observa que en aquellos pacientes diagnosticados con una sola enfermedad la falta de adherencia es mayor (54%) en comparación con los pacientes con dos o más enfermedades. Adicionalmente a estos casos, la adherencia se ve disminuida cuando la enfermedad es de menor gravedad, o percibida como tal, así como en las patologías crónicas, o en aquellas sin mucha expresión clínica e incluso en aquellas en las que los síntomas persisten en el tiempo y el paciente se adapta a ellos. En contraposición, las enfermedades agudas con síntomas de dolor dan lugar a una mayor tasa de adherencia.

## **2.6. Factores Socioeconómicos.**

Por último, están los factores de tipo socio-económico, entre los que se incluyen cuestiones como son el apoyo familiar, el estigma social de la enfermedad, la cobertura sanitaria, el coste de la enfermedad o la situación laboral.

El compromiso del paciente con el tratamiento y la gestión de su enfermedad se ve favorecido por el apoyo tanto asistencial como familiar que reciba. En este sentido, familiares y cuidadores tienen un papel importante en fomentar la autogestión y la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad, considerando siempre las posibilidades y limitaciones de cada uno.

La existencia de un sistema sanitario público, de cobertura universal, financiado mediante impuestos y gratuito en el momento del uso, estos factores no son tan relevantes como en otros países, donde el coste de la asistencia o los altos copagos pueden limitar la adherencia de los pacientes. No obstante, algunos profesionales señalan, como un aspecto a tener en cuenta, la influencia del copago en la adherencia.

### **3. APS (Atención Primaria de la Salud)**

La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud- enfermedad y atención de las personas y el conjunto social. No solo provee servicios de salud, sino que afrontan las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria.

En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hacia todas las personas permitiendo la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia- con sus saberes y cultura- y la medicina científica.

Por otra parte, esta estrategia debe promover una distinción más justa de los recursos.

Atención primaria en salud, es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad, En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978, proponía un dibujo tal vez tan magistral como idealista, tan romántico como ambicioso, un cambio de rumbo en la concepción de hacer salud, globalizar los niveles socioeconómicos, la técnica, y claro está, la salud misma y su libre alcance. Todo hacia un fin muy noble —salud para todos en el 2000.

La atención primaria de la salud solo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social.

La integración colectiva por un plan. Actualmente existen cuatro pilares fundamentales en la APS en las que se involucran principios de equidad sanitaria, prestación a servicios de salud, establecimiento de políticas públicas y eficacia en el liderazgo y en el gobierno de manera que sirvan como estrategia fundamental para que se propugne políticas públicas sistemáticas de salud pública y otros sectores diferentes a salud. Sobre esta base, en el Perú se evidencian

logros en Atención Primaria, tenemos a AIEPI y CLAS que en conjunto ejecutan estos principios con el objetivo de aplicarlo establecido por los pilares de la Por tanto el propósito más importante es dar a conocer la gran importancia que posee la atención primaria de salud como núcleo del sistema de salud del país que forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

En el año 1978, en la ciudad de Alma-Ata de la antigua Unión Soviética, se reunieron se reúnen 137 países y 67 organismos internacionales convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En esa época se vivía un desarrollo tecnológico y bélico como producto de la guerra fría que produjo simultáneamente un gran desarrollo en todos los sectores industriales incluida la salud. Pese a ese avance se identificaba en dicho sector una gran desigualdad en salud y una brecha cada vez más amplia entre los países pobres y ricos e incluso al interior de los mismos países. Lo anterior y como una forma de mejorar esta situación, se impulsó la promulgación del denominado Atención Primaria en Salud (APS). «Atención Primaria en Salud» se definió entonces como el cuidado primario integral en salud que debe recibir toda la población para lograr los más altos niveles de bienestar en la población, con actividades multidisciplinarias y multisectoriales. Esta declaración dentro de sus diez estrategias ofrecía un acceso a un paquete básico de servicios y de medicamentos para la población rural, la participación no solo del sector salud, sino de los demás sectores para lograr el más alto nivel de salud de la población con la meta de disminuir la desigualdad en salud. Sin embargo, con el paso del tiempo se comenzó a evidenciar una sobre simplificación de esas estrategias y en especial se evidenció una confusión entre el estado de salud y su cuidado integral, llevando la misma a una atención exclusivamente reparativa.

La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales. Tomando en cuenta, por tanto, los cambios sucedidos desde Alma-Ata y la nuevas reformas a los sistemas de salud de los países, se hizo necesario reconstruir una propuesta donde la atención primaria se renueve y sea el eje central de los sistemas de salud y que por tanto la meta de estos no sea solo la eficiencia económica sino también el alcanzar el derecho universal a la salud con equidad y

solidaridad y con un compromiso de dar respuestas de calidad a las necesidades de salud de las personas. Esta nueva propuesta a diferencia de la de Alma-Ata abarca los sectores públicos y privados, distingue valores, principios y estrategias diferentes a los planteados en esa época, siendo algunos de los más destacables el de sostenibilidad del sistema, orientación hacia la calidad en la atención y privilegia la idea que los servicios deben ser congruentes con las necesidades de las personas y familias década población y que al tener estos mejor accesibilidad y calidad, tendrán mayor satisfacción y mayor adhesión a los tratamientos mejorando así la eficacia y la eficiencia de los demás niveles del Sistema, reduciéndose así el número de hospitalizaciones y la utilización innecesaria de las salas de urgencias.

Responsabilidad de En el marco de la estrategia de la APS, el sistema de salud tiene la garantizar una cobertura y un acceso universales a servicios de salud de calidad, aceptables para la población. Al interior del sistema de salud, los servicios de primer nivel de atención tienen la responsabilidad de constituirse en la puerta de entrada al sistema (primer contacto). Al interior de los servicios de primer nivel se constituyen equipos de trabajo, preferentemente multidisciplinarios. Los equipos tienen la responsabilidad no exclusiva de prestar atención integral, integrada y apropiada a las características de su población.

Los equipos de salud proveen a su población atención por todos los problemas de salud (salvo por condiciones de salud inusuales) en coordinación con el resto del sistema, desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud, promueven la participación comunitaria y coordinan acciones con otros sectores u organizaciones que tienen influencia sobre los determinantes de la salud. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. La Atención Primaria de la Salud identifica y clasifica los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico de la morbimortalidad y da respuesta inmediata para su solución en el nivel de entrada o para su referencia a niveles de mayor complejidad, teniendo en cuenta la práctica científica con las prácticas aceptadas y efectivas de atención tradicional Atención Primaria de la Salud es una

estrategia de trabajo del sistema sanitario. Cualquiera sea su categoría (hospital, centro de salud, puesto de salud etc.) constituye la puerta de entrada al sistema de salud, que consiste en llevar acciones básicas de salud a toda la población. Esto se realiza casa por casa, familia por familia del área de responsabilidad, mediante la modalidad de visitas domiciliarias programada, a través de un efecto denominado Agente Sanitario. Cada establecimiento tiene su área de influencia, es una zona de responsabilidad sanitaria. El objetivo meta del programa es dar cobertura sanitaria a toda la población de su área de responsabilidad.

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas. Una Atención Primaria polivalente y resolutive, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios.

### **3.1. Características de APS**

Los atributos básicos de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su calidad y eficiencia.

La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.

La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).

La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero.

## 3.2. **Funciones.**

- ✚ Caracterizar la población de su sector de trabajo.
- ✚ Realizar el control nutricional de los niños de 0 a 6 años
- ✚ Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica con la identificación de factores de riesgo en la familia.
- ✚ Informar y prevenir enfermedades.
- ✚ Realizar educación sanitaria de la población y capacitar a los miembros de la familia en reconocer las enfermedades más comunes y promover el auto cuidado.
- ✚ Promover la aplicación de medidas de saneamiento ambiental.
- ✚ Cooperar en la ejecución de proyectos de investigación.
- ✚ Participar en la elaboración de proyectos sociales
- ✚ Notificar enfermedades transmisibles y otras patologías
- ✚ Realizar vacunaciones, registrando a personas vacunadas y tipos de vacunas aplicadas
- ✚ Realizar actividades programadas para el control de las enfermedades transmisibles
- ✚ Recomendar la aplicación de medidas para evitar accidentes Controlar los tratamientos de acuerdo con las indicaciones médicas.

#### **4. Prestación de Atención Primaria.**

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas.

La atención primaria comprende:

1. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
4. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
5. La rehabilitación básica.
6. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
7. La atención paliativa a enfermos terminales.
8. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
9. La atención a la salud bucodental.

#### 4.1. **Pilares de la Atención Primaria renovada, debe estar sustentada en cuatro pilares.**

- ✚ El primero pilar orientado a garantizar la cobertura universal y así mejorar la equidad sanitaria.
- ✚ El segundo pilar es continuar con una reforma en la prestación de servicios de salud, que ofrezca servicios integrados e integrales y coloque como centro de atención a las personas y sus necesidades, logrando con ello una mayor satisfacción en la atención y una mejor adherencia y eficacia en los tratamientos evitando el uso de servicios de mayor nivel de complejidad.
- ✚ El tercer pilar debe ser orientado a fortalecer el liderazgo participativo, para garantizar una mayor confiabilidad en sus dirigentes y finalmente crear reformas a través de políticas públicas que favorezcan efectivamente la salud de las comunidades.
- ✚ El cuarto pilar que resalta la responsabilidad de los gobiernos en cuanto a liderazgo y eficacia.

Dar cobertura universal a toda la población: mejorar equidad sanitaria, acceso de todos a los servicios.

Ampliar la cobertura.

- ✚ Fortalecer estrategias de sistemas prepago a través de pagos directos por el asegurado el empleador o el gobierno
- ✚ Coordinar fuentes de ingreso públicas y privadas
- ✚ Combinar sistemas de seguros voluntarios: comunitarios, cooperativos etc.

Profundizar la cobertura.

- ✚ Ampliar la gama de servicios esenciales
- ✚ Determinación de un paquete básico de servicios y para ello es necesario no limitarse a prioridades previamente establecidas, sino que se deben tener en cuenta la demanda y necesidades de la población Nivel de la cobertura a alcanzar.

- ✚ Ampliar cobertura geográfica
- ✚ Centros de salud y red hospitalaria de apoyo
- ✚ Cofinanciación de infraestructuras entre comunidades Atención centrada en el individuo: servicios integrados e integrales.

«Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que la clase de enfermedad que tiene un paciente»

Se han identificado cinco deficiencias en la prestación de los servicios de salud que alejan a la población de la utilización de estos o que permiten que se concentren los recursos en las personas menos necesitadas o con tecnología ineficiente. Mayor demanda de servicios por parte de la población con mayores ingresos o con menores problemas de salud.

- ✚ atención empobrecedora: Los Seguros sociales generan crisis económica personas de bajos recursos (no contar con seguro social).
- ✚ atención fragmentada
- ✚ atención peligrosa: por falta de planeación e implementación de los sistemas de salud.
- ✚ orientación inadecuada de la atención

A causa de lo anterior la prestación de servicios en salud debe tener unos cambios necesarios e inmediatos para lograr que se neutralicen esas deficiencias y al mismo tiempo poseer unos rasgos distintivos para acercar a las personas y lograr intervenciones efectivas y eficaces en salud. Se han identificado entonces siete estrategias que en su conjunto diferencian la atención o el cuidado primarios para así superar las deficiencias.

- ✚ Atención centrada en el paciente
- ✚ Servicios integrales e integrados de salud
- ✚ Continuidad en la atención
- ✚ Mantener un médico permanente y de confianza como punto de acceso
- ✚ Asignar una población determinada evitando demanda espontánea
- ✚ Coordinación de los servicios de su población.

Promover unas políticas de salud pública que beneficien a toda la comunidad Las personas desea vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan la salud y para eso los gobiernos deben crear organizaciones jurídicas legales y administrativas que puedan garantizar ganancias y derechos adquiridos para todo el conjunto de la sociedad y no sólo para públicos objetivos específicos. La atención primaria renovada propugna por la creación de políticas públicas sistemáticas, de salud pública y de otros sectores diferentes a la salud pero que tengan en cuenta la salud de la población.

Como ejemplos de políticas públicas dirigidas al sector salud tenemos la yodación de la sal, la implementación de la Atención Integral para las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI), las normas de seguridad vial, entre otras.

Eficacia en el liderazgo y en el gobierno.

Ejercer una gobernabilidad nacional o regional concertada con todos los estamentos que influyan en los determinantes de salud de un individuo y su entorno. Se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que puedan acarrear las enfermedades.

## 5. Autocuidado

En enfermería una teoría que aborda el fenómeno del autocuidado es la teoría de gran rango de Dorothea Orem la teoría enfermera del déficit de autocuidado, la cual está conformada por tres teorías relacionadas:

Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de Sistemas Enfermeros; la primera describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, teniendo en cuenta las capacidades y demandas de autocuidado de la persona; la segunda desarrolla la razón por la cual una persona puede beneficiarse de la enfermería, se encamina a valorar los requisitos necesarios para mantener la salud, el desarrollo o la vida como también los requisitos cuando hay desviación de la salud y, la tercera, los sistemas de acción enfermeros requeridos para suplir las demandas de autocuidado de las personas, mediante intervenciones total o parcialmente compensadoras o de apoyo educativo, siendo éstas los distintos métodos de ayuda con los cuales la enfermera provee cuidado en la práctica de la enfermería.

Dorothea Orem concibe el autocuidado como la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar... Es la acción que tiene un modelo y un desarrollo y, cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano.

Para Bonilla la adherencia es un comportamiento de autocuidado que se espera tanto para satisfacer requisitos de autocuidado universales, adherencia a prácticas sanas en el estilo de vida para manejar o prevenir los factores de riesgo, así como de autocuidado en requisitos en estado de desviación de la salud donde la adherencia a tratamientos farmacológicos y recomendaciones a cambios en el estilo de vida son de obligatorio cumplimiento.

Las enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular, la diabetes son responsables en nuestro país, del más del 60% de las muertes y del 50% de los años de vida perdidos por muerte prematura. Estas enfermedades suelen compartir factores de riesgo comunes a varias de ellas, (alimentación inadecuada, sedentarismo y tabaquismo) así como también estrategias de vigilancia conjunta e integrada. De la misma manera comparten

problemáticas, y estrategias comunes de prevención y control tanto a nivel de los determinantes sociales como en varias de las acciones dirigidas a los servicios y redes de atención.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y el modo de vida actual que acentúan el Sedentarismo y la mala alimentación.

## 6. Paciente Crónico

Es la persona que padece una o varias enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como afecciones de larga duración (más de 6 meses) "con una progresión generalmente lenta" y destaca cuatro tipos principales: Enfermedades cardiovasculares, como los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Cáncer. Enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.

Vivir con una enfermedad de larga duración (también denominada crónica) plantea nuevos retos a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo no es algo que se consiga de la noche a la mañana. Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y preparada para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida, sin embargo, las enfermedades crónicas son problemas de salud de larga duración (la palabra "crónico" proviene del término griego *chronos*, que significa tiempo).

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que puede poner en peligro la vida de una persona, aunque algunas enfermedades crónicas, como el cáncer y el SIDA, lo pueden hacer. Las enfermedades crónicas también incluyen trastornos como el asma, la artritis y la diabetes. A pesar de que los síntomas de una enfermedad crónica pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente, aunque los tratamientos que recibe pueden implicar que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Exceptuando el hecho de que son relativamente duraderas, las distintas enfermedades crónicas no se parecen necesariamente entre sí en otros aspectos. La mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas no piensan en ellas mismas como en un "enfermo crónico", sino como en alguien que padece un trastorno específico como el asma, la artritis, la diabetes, el lupus, la anemia falciforme, la hemofilia, la leucemia o la enfermedad concreta que tengan.

Las personas que padecen una enfermedad crónica, es posible que no sólo le afecte físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, pero los jóvenes que están dispuestos a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superan con éxito el proceso de afrontamiento.

La mayoría de las personas atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y de aprender a vivir con ella. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas cosas. Algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se auto compadecen. Algunas encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren. Estos sentimientos forman parte del principio del proceso de afrontamiento. Cada persona reacciona de una forma diferente, pero todas las reacciones son completamente normales.

La próxima fase del proceso de afrontamiento consiste en aprender cosas sobre la enfermedad. La mayoría de la gente que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que el conocimiento es poder cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta.

La tercera fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las riendas de la situación. En esta etapa, la persona se siente cómoda con los tratamientos y las herramientas (como los inhaladores y las inyecciones) que debe utilizar para llevar una vida normal.

Por ejemplo, una persona con diabetes puede experimentar un abanico de emociones cuando le diagnostican la enfermedad. Tal vez crea que no va a ser capaz de pincharse para determinar su nivel de glucosa en sangre o de inyectarse insulina para controlar la enfermedad. Pero, después de trabajar con el equipo de salud y de entender mejor su

enfermedad, se familiarizará con todo el proceso y dejará de hacérsele una montaña. Con el tiempo, controlar la diabetes se convertirá en algo secundario en su vida. Los pasos implicados en el tratamiento de la enfermedad se convertirán en una forma más de cuidar de su cuerpo y mantenerse sano, como lavarse los dientes después de las comidas o ducharse.

No existen límites definidos de tiempo para completar el proceso de afrontamiento, el proceso de hacerse a la idea y aceptar que se padece una enfermedad crónica es diferente en cada persona. De hecho, la mayoría de gente comprobará que tiene las emociones a flor de piel en todas las fases del proceso. Aunque el tratamiento vaya bien, es normal estar triste o preocupado de vez en cuando. Reconocer esas emociones y ser consciente de ellas cuando emergen forma parte del proceso de afrontamiento.

La gente que padece una enfermedad crónica a menudo encuentra que las siguientes pautas ayudan a asumir y afrontar la situación:

Reconoce tus sentimientos. Las emociones pueden no ser fáciles de identificar. Por ejemplo, dormir mucho, llorar mucho o estar de mal humor pueden ser signos de tristeza o depresión. También es bastante habitual que las personas que padecen una enfermedad crónica se sientan estresadas al sopesar las realidades de padecer una enfermedad crónica, por un lado, y de tener que rendir en los estudios, cumplir los compromisos sociales y otros aspectos de la vida cotidiana, por el otro.

Muchas personas encuentran un gran apoyo en servicios o personas concretas especializadas en ayudar a afrontar el estrés y las emociones intensas. También es importante que te dejes ayudar por aquellas personas en quienes confías, como tus mejores amigos y tus familiares.

Es fácil que una enfermedad se convierta en el principal foco de atención de la vida de una persona sobre todo cuando hace poco que se la han diagnosticado y está empezando a hacerse a la idea y a afrontar la situación. Muchas personas encuentran que el hecho de recordarse a sí mismas que su enfermedad sólo es una parte de lo que son les ayuda a relativizar las cosas. Mantener las amistades, las aficiones y las rutinas cotidianas ayuda mucho.

## 6.1. Características de los Pacientes Crónicos.

Por las características de las enfermedades crónicas (larga duración, periodos de ausencia de síntomas, variaciones periódicas de las manifestaciones clínicas), quienes las padecen y sus allegados muestran actitudes y conductas peculiares, basados fundamentalmente en la falta de comprensión de la naturaleza de la enfermedad. Es frecuente que los pacientes nieguen o duden de la existencia de esta, opinión que puede estar reforzada o rebatida por sus convivientes y amigos, y por la dificultad para comprender lo invisible que muchas dolencias encierran: muchos pacientes con enfermedades silentes son incrédulos acerca de su dolencia. La información que aparece en la prensa o en Internet puede ser confusa y desorientadora. Además de los mensajes contradictorios que puede recibir, sus propias creencias y actitudes - variables según la procedencia sociocultural hacen que la incorporación de la representación de enfermedad crónica sea dificultosa.

La enfermedad crónica es una pesada carga física y psicológica. Los pacientes con enfermedades crónicas habitualmente se sienten sobrepasados e impotentes ante su situación; su autoestima es habitualmente baja, sus relaciones familiares se han perturbado por su enfermedad, y se han vuelto dependientes de otras personas en mayor o menor medida.

Se sienten frustrados porque las expectativas acerca de una vida normal se desvanecen. Están angustiados y ansiosos por encontrar una opinión positiva acerca de su padecer y un tratamiento curativo, o se sienten decepcionados por la medicina porque no les ofrece una cura. Pueden albergar sentimientos de culpa, autos impuestos o inculcados por otros.

Existen supuestos y creencias acerca de la causa de las enfermedades, muchas veces relacionados con la acción de elementos físicos externos (accidentes o traumatismos), infecciones banales, tóxicos ambientales o sustancias alimenticias.

Aquellos pacientes con enfermedades crónicas guardan angustias y temores, siendo el más importante el de morir prematuramente. Sus actitudes pueden variar notablemente según la personalidad de los individuos, desde aquel que se resiste a ser vencido por su enfermedad hasta aquel otro que muestra una exagerada lástima de sí mismo, numerosas quejas y una

desproporcionada demanda de atención. Finalmente, con el tiempo la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas llegan a aceptar y adaptarse a la realidad de la enfermedad, aunque con distintos grados de éxito.

## **6.2. Intervenciones de Enfermería con Pacientes Crónicos**

Durante los últimos años el progresivo envejecimiento poblacional y el auge de las enfermedades crónicas nos han llevado a un nuevo escenario donde el cuidado y no la cura reorienta servicios y roles asistenciales.

En relación con este escenario, el papel de enfermería está sometido a una profunda revisión, y es incuestionable el protagonismo de la enfermería en la adecuada prestación y organización de cuidados a los pacientes crónicos garantizando con el médico de familia y el resto de los profesionales la coordinación en la continuidad asistencial.

Por ello resulta evidente, cada vez más, la necesidad de dotar de mayores responsabilidades asistenciales a la enfermería y aumentar sus competencias, con el fin de conseguir que el paciente incremente su confianza en estos profesionales como asesores para numerosas consultas espontáneas y como gestores de sus problemas de salud.

La nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, la introducción de la prescripción enfermera, el alta de enfermería, las tareas de monitorización de crónicos y el desarrollo por parte de la universidad de los nuevos estudios de grado de Enfermería vienen a reconocer y a formalizar el trabajo que, desde hace muchos años, vienen realizando las enfermeras de familia en la atención integral que, junto al médico de familia, brindan a sus pacientes.

Es una buena oportunidad para reorientar el programa de formación hacia la atención a los pacientes con condiciones crónicas de salud.

Los nuevos modelos de atención a pacientes crónicos van a suponer una oportunidad de desarrollo que precisa del compromiso de estos profesionales en dos áreas básicas:

Potenciación el seguimiento (enfermero, médico, trabajo social) con cambios fundamentales en la proactividad de sus cuidados. Mejora de la continuidad asistencial al ingreso y alta hospitalarios mediante la progresiva implantación de los enfermeros gestores de casos en el hospital y de asunción de esa competencia por los enfermeros de atención primaria, especialmente para los pacientes crónicos más frágiles. En cualquier caso, debido a la variedad de modelos de implantación existentes en la actualidad, antes de su generalización estos nuevos modelos deben ser valorados en su eficacia y eficiencia.

## 7. Rol de la Enfermería de Familia y Comunitaria.

El rol de la Enfermería de Atención Primaria y Comunitaria debe reorientarse a capacitar a las personas, familias y comunidades para cuidarse de sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en autocuidado. Esto implica cambiar el actual modelo de enfermería asistencial que ofrece, casi en exclusiva, una atención directa a personas enfermas.

El modelo de Atención Primaria amplió las competencias de las enfermeras que pasaron de realizar casi en exclusiva funciones técnicas y burocráticas a trabajar con programas y protocolos donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional: promoción, educación para la salud, o atención domiciliaria.

Para que la Enfermería sea una pieza clave en la Atención Primaria, debería:

- ✚ Fundamentar sus actuaciones en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población, elaborados de manera participativa.
- ✚ Garantizar el carácter integral e integrador de la atención y de los cuidados de salud.
- ✚ Utilizar la educación sanitaria como un instrumento de su trabajo con la población, las familias y los individuos.
- ✚ Trabajar con y para la comunidad promoviendo la participación comunitaria.
- ✚ Abordar los problemas y necesidades de salud desde la multicausalidad e interdisciplinariedad.
- ✚ Evaluar el impacto de sus actuaciones sobre la salud de la población.

Un sistema orientado a la salud en lugar de a la enfermedad, debe potenciar el autocuidado personal y responsabilizar a la población de promover su salud personal y de su comunidad.

El grupo profesional más capacitado para hacer esto posible, por formación y competencias, es la Enfermería Familiar y Comunitaria

Sin embargo, la escasez de profesionales de enfermería en el sistema, la política de recortes de personal, el desempleo y la emigración, impiden el desarrollo de la Enfermería Familiar y Comunitaria, marginan al colectivo y atentan contra la calidad de la atención y los cuidados a los enfermos.

Las actividades que se realizan en el centro de salud las América con los pacientes crónicos son realizadas por otros profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar (psicólogas, agente sanitario, nutricionista y odontólogo), enfermería actualmente no participa activamente en las diferentes actividades que se realizan, debido a falta de RRHH.

De acuerdo con la observación que hace enfermería de estos pacientes se puede decir que son personas de bajos recursos económicos, encontrando un grupo atareado de entre 20 a 80 años, bien de planes sociales jubilación o pensiones, algunas de esas familias viven con sus hijos, nietos y otros solos.

Su alimentación es deficiente ya que son de escasos recursos lo que influye en la baja adherencia al régimen hipo sódica y/o hidratos de carbono y panificados. Aducen varias excusas para la falta de actividad física y consumo de tabaco.

En cuanto a su nivel de instrucción podríamos decir que, tiene nivel primario en su totalidad. Son personas vulnerables, con una actitud pasiva respecto al tratamiento en general, sin incentivo para llevar a cabo las pautas establecidas por el equipo de salud.

Como anteriormente hemos mencionado este grupo de pacientes pertenece a zona de bajos recursos, encontramos un grupo etario en un rango amplio aproximadamente entre 20 años hasta mayores de 80 años, con un nivel educativo mínimo (primaria en su mayoría), viven de planes sociales, de su jubilación o pensión. Podemos decir que un alto número conviven con sus hijos y sus nietos y otros viven solos.

Decimos que este grupo de personas son vulnerables, se los observa con actitud pasiva respecto al tratamiento en general, sin incentivo para llevar a cabo las pautas establecidas por el equipo de salud

## **CAPITULO III.**

### **Metodología**

#### **3.1. Definición del tipo de Investigación**

Mi investigación tendrá de carácter cualitativo, transversal, descriptivo que sustentan la participación por el profesional de enfermería y los pacientes que acuden al hospital, porque permite determinar el grado de adherencia al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos que asisten al Hospital Básico Comunitario Chalchihuitan, Chiapas.

La investigación descriptiva se aplica para resumir el estado de los fenómenos de interés tal como se presentan en un momento determinado. Por lo tanto, el estudio representa a través de los datos recolectados con los participantes, permitiendo describir y analizar la información sobre el grado de la adherencia de los pacientes crónicos (hipertensos y diabéticos).

El diseño es cualitativo porque a través de la aplicación de instrumentos, se medirá el grado de adherencia al tratamiento no farmacológico, lo cual nos permitirá analizar los resultados de la investigación propuesta, por medio la interpretación de datos estadísticos.

Es un estudio transversal porque implica la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos por investigar, según se manifiestan durante un periodo de recolección de datos.

#### **3.2. Universo y Muestra**

El universo se tomó como escenario el al Hospital Básico Comunitario Chalchihuitan, Chiapas.

Muestra: el tipo de muestreo fue representativa por los 250 pacientes crónicos de ambos sexos, con diagnóstico de hipertensión y diabetes del Hospital Básico Comunitario Chalchihuitan, Chiapas, dando un seguimiento a la encuesta.

### **3.4. Instrumentos de recolección de datos**

La elaboración y aplicación del instrumento de investigación es con la finalidad de conocer el universo y la población muestra adaptados según el objetivo del proyecto.

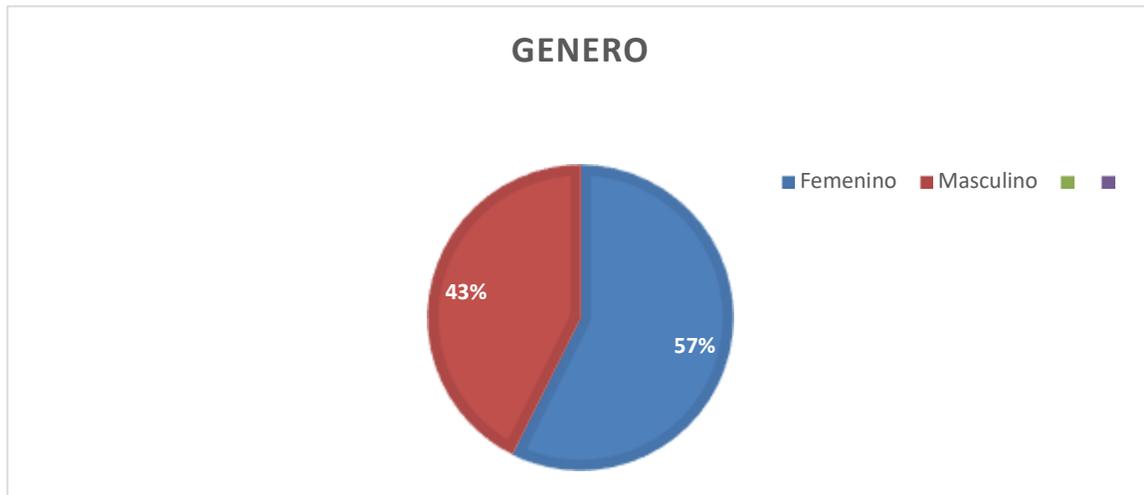
Encuesta. encuesta con preguntas cerradas y conceptos afirmativos de múltiples opciones.

## CAPITULO IV

### Análisis De Los Resultados.

**Título:** sexo femenino y masculino, de pacientes crónicos, DBT-HTA del Hospital Básico Comunitario Chalchihuitan.

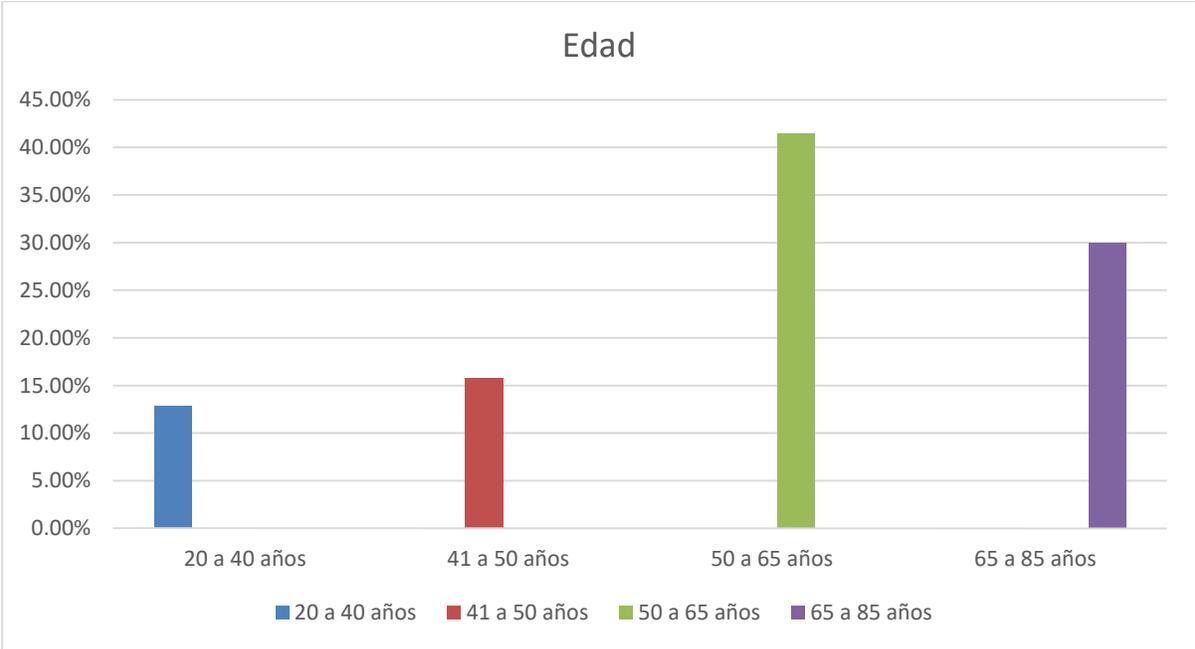
**Grafica 1.**



**FUENTE:** datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica no transmisibles. Con respecto al género, se encontró un mayor número del género femenino con 57,15%, frente al masculino con 42,85%. Sin embargo, en la literatura, se reporta que los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres, y son afectados en edades más tempranas.

**Grafica 2.**

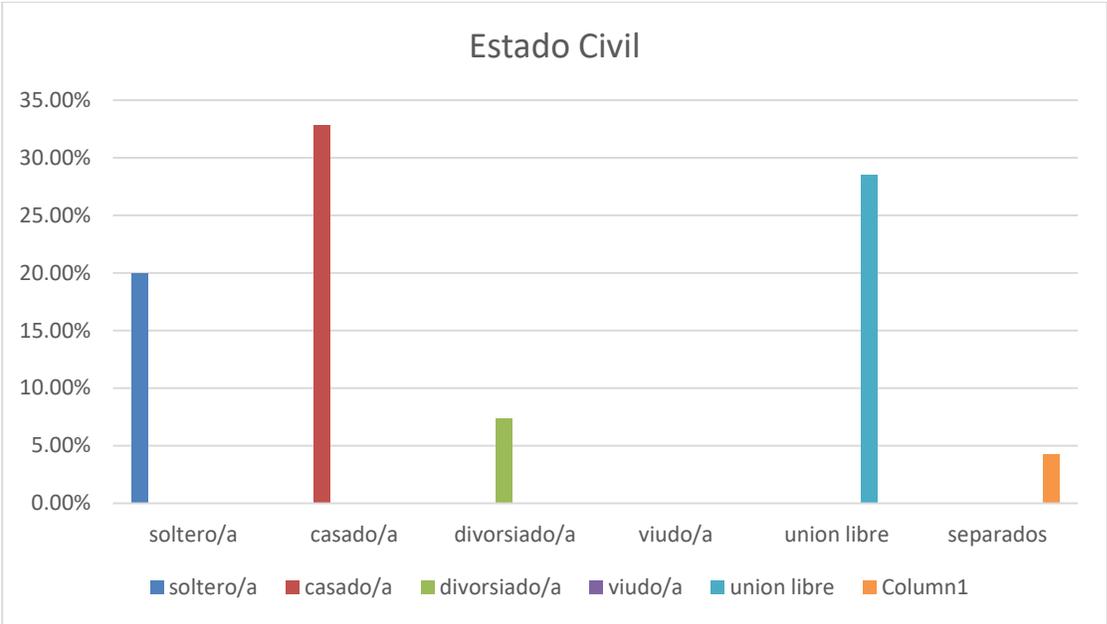
**Título:** Edad de los pacientes crónicos



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica, Se recolectó información de 70 pacientes, con un rango entre 20, a 85 años, donde el grupo de edad con mayor número de participación fue el comprendido entre los 51 a 65 años, que corresponde a 41,42 % de la muestra. Cabe resaltar, que 70% de los participantes poseen más de 50 años.

**Grafica 3.**

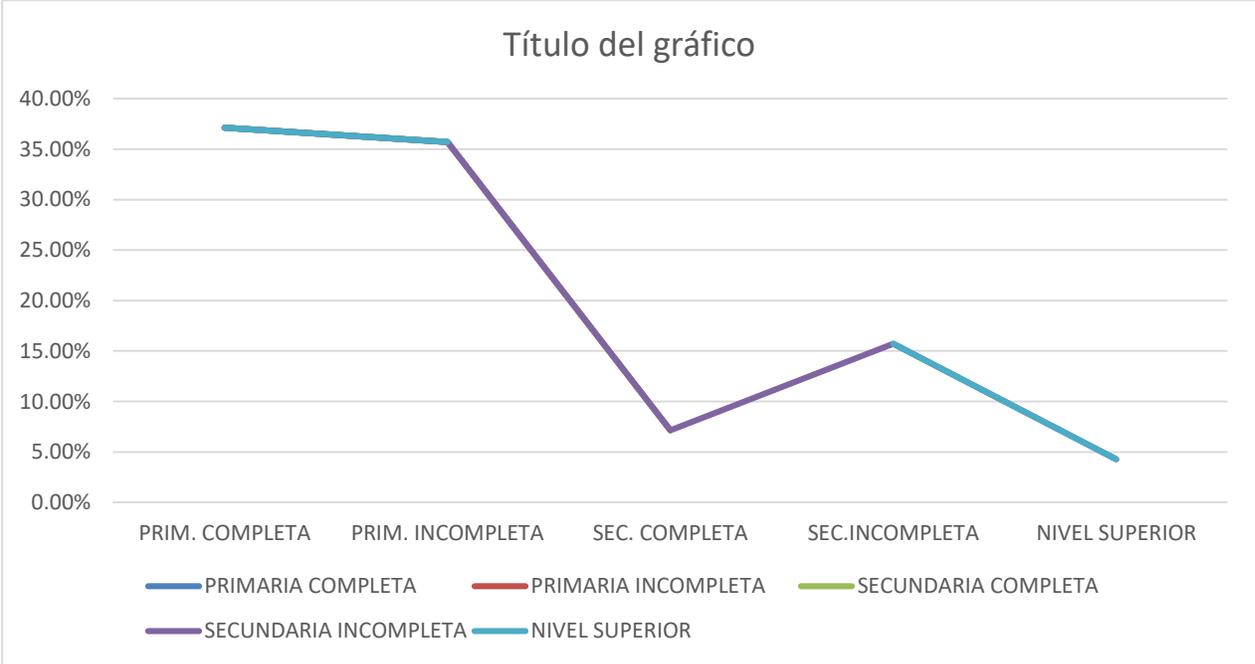
**Título:** Estado civil de los pacientes crónicos, DBT-HTA.



**FUENTE:** datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica, al analizar el estado civil de los pacientes se encontró que predominan los casados con 32,85%, seguidos de personas en pareja el 28,52%, solteros 20%, viudos y divorciado el 7,14% y separados 4,28%.

**Grafica 4.**

**Título:** Nivel de estudio de los pacientes crónicos



**Fuente:** Con referencia al nivel educativo se observa que 37,14% tienen estudios de primaria completo, 35,71% estudios primario incompleto, 15,71% estudios secundarios incompletos, el 7,4% estudios secundarios completo, 4,28% nivel superior.

**Grafica 5.**

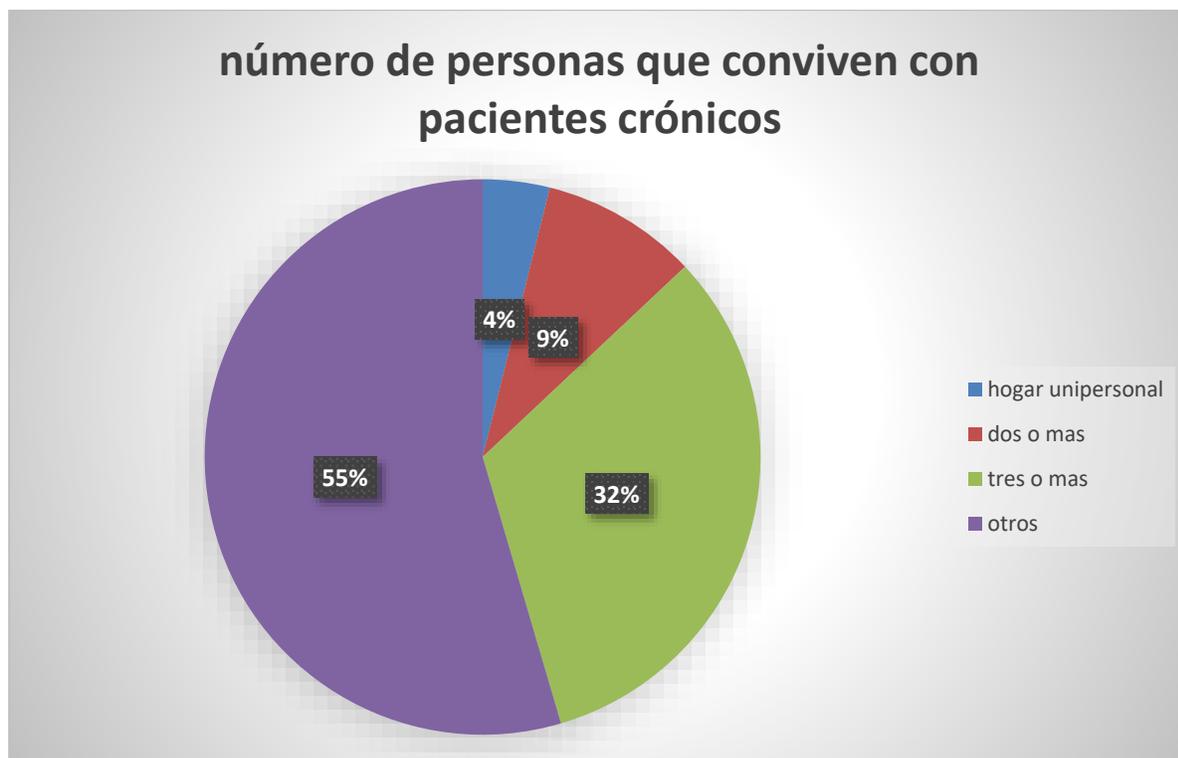
**Título:** Ocupación de los pacientes crónicos, DBT-HTA.



Fuente: En cuanto a la ocupación se encontró que 34,28% de los pacientes se dedican a actividades independientes, 30% son jubilados, 18,57% poseen un plan social, 12,85% tienen un trabajo estable y 4,28% otros.

**Grafica 6.**

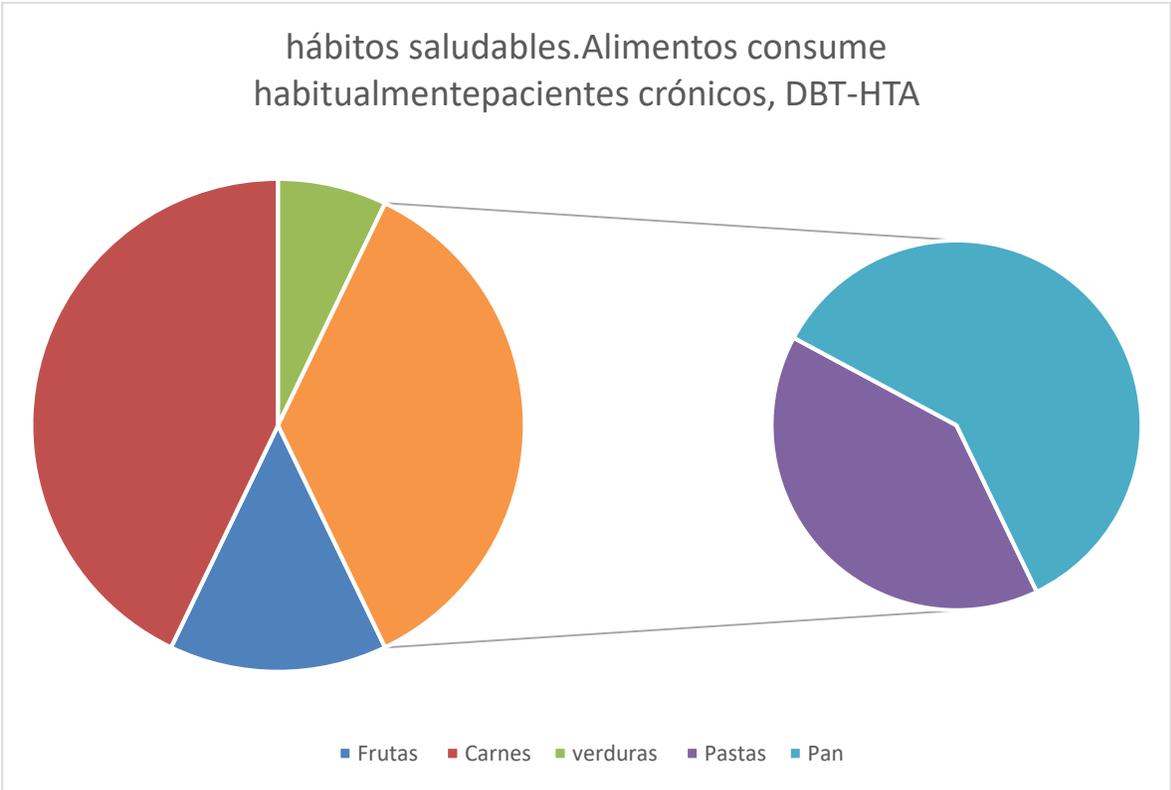
**TÍTULO:** Número de personas que conviven con pacientes crónicos.



**Fuente:** respecto al número de personas que viven en el hogar podemos decir que el 71,42% encontramos que el mismo está integrado por tres o más personas, el 20% dos personas y el 8,57% el hogar es unipersonal.

**Grafica 7.**

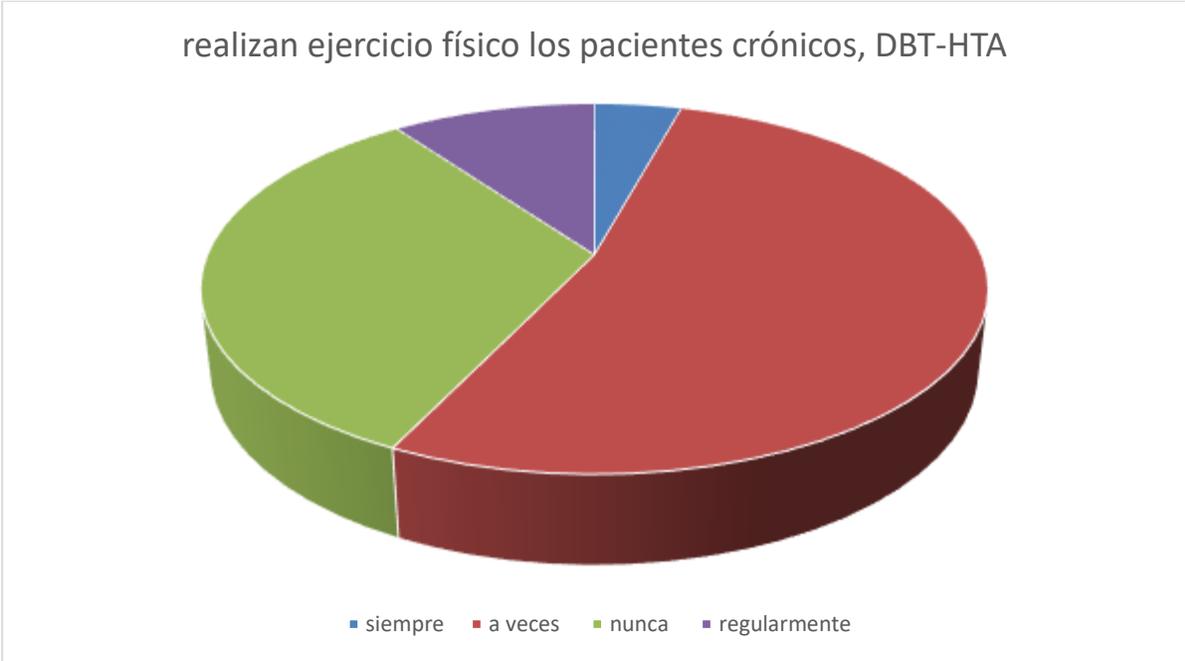
**TITULO:** hábitos saludables. Alimentos consume habitualmente pacientes crónicos, DBT-HTA.



**Fuente:** con respecto al tipo de alimentos que consume se observa en relación con las opciones (frutas, verduras y pastas) que predomina —a veces—, y la opción —siempre— predomina el pan y las carnes.

**Grafica 8**

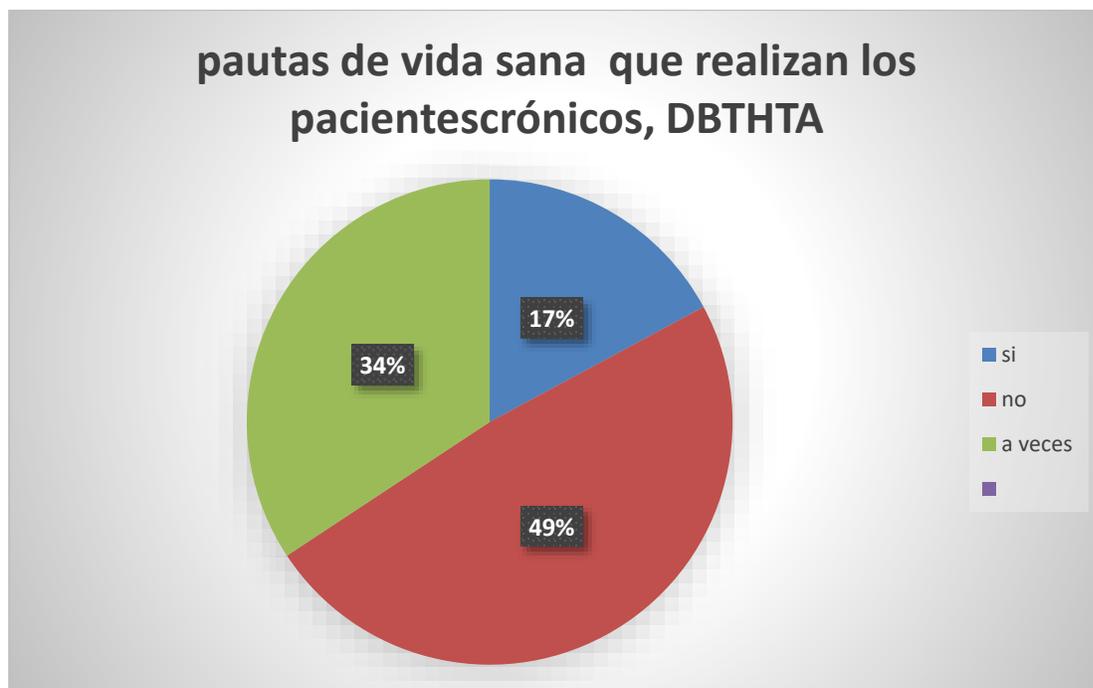
**TITULO: Realizan ejercicio físico los pacientes crónicos, DBT-HTA**



**Fuente:** Con respecto a la frecuencia que realiza actividad física se observa que los pacientes no incorporan la actividad física a su vida diaria ya que un 52,85% respondieron a veces, el 32,85% respondieron nunca, 10% respondieron regularmente y el 4,28% siempre.

**Grafica 9.**

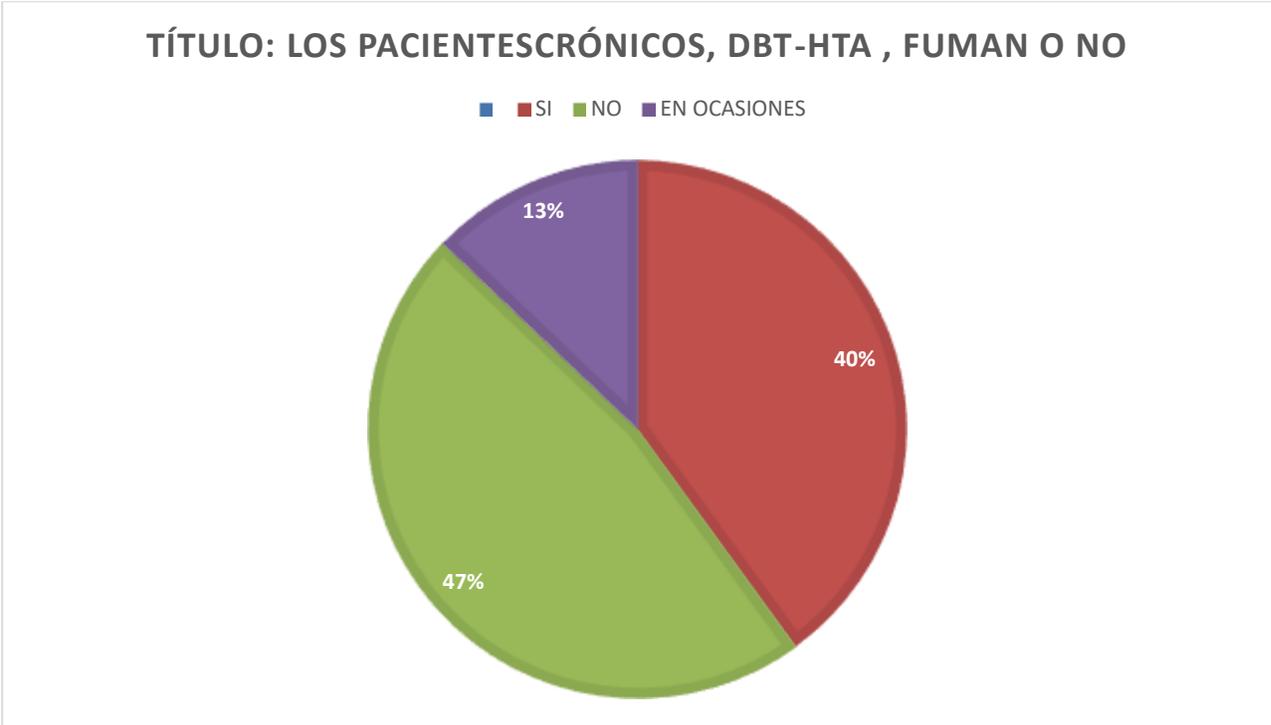
**TITULO:** Pautas de vida sana que realizan los pacientes crónicos, DBTHTA



**Fuente:** con respecto si realizan pautas de vida sana predomina la falta de estas con un 48,57% de los pacientes.

**Grafica 10.**

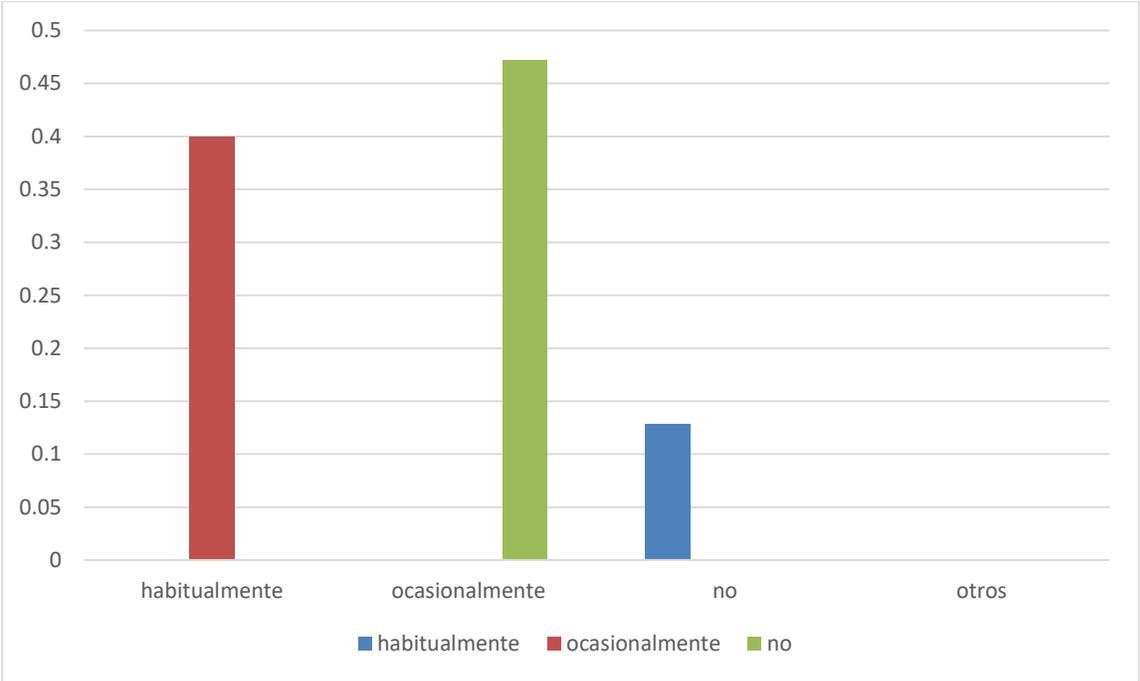
**TÍTULO:** Los pacientes crónicos, DBT-HTA fuman o no.



**FUENTE:** con respecto al hábito de fumar el 40% responde si, el 47,14% responden no y el 12,85% respondieron a veces.

**Grafica 11.**

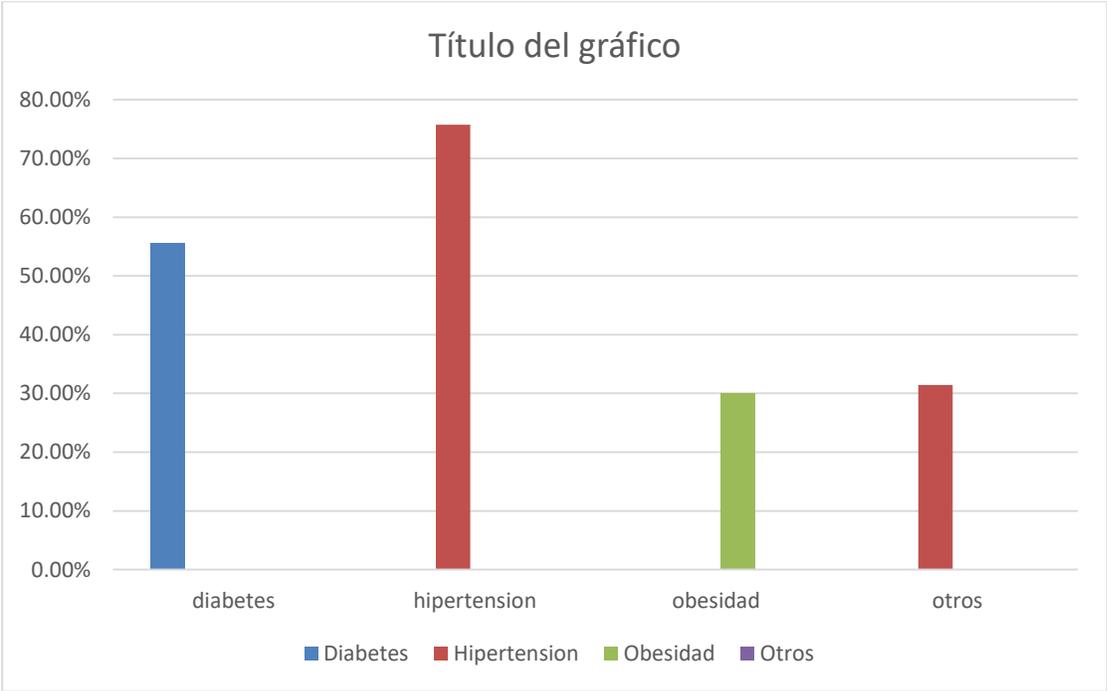
**TÍTULO:** Los pacientes crónicos, DBT-HTA beben alcohol.



**Fuente:** el consumo de bebidas alcohólicas se observa un 47,14% pacientes no consumen, el 40% ocasionalmente consume alcohol y el 12,85% no consume.

**Gráfica 12.**

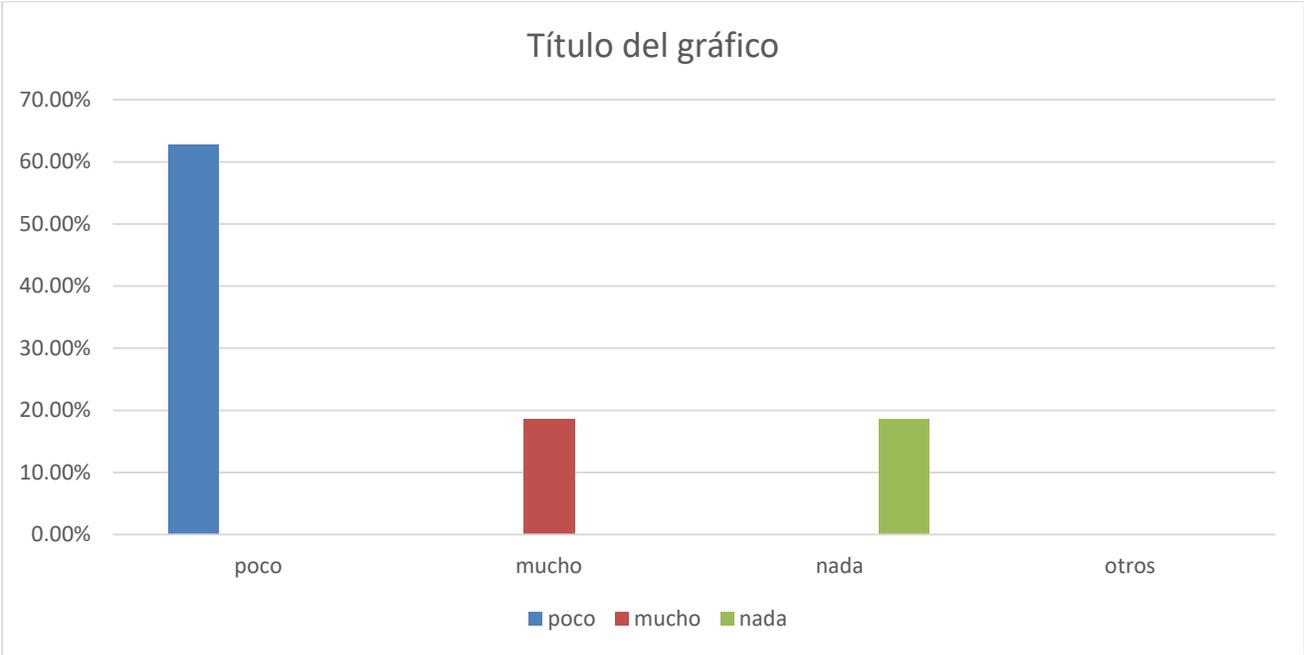
**TÍTULO:** Enfermedades que padecen los pacientes crónicos, DBT-HTA



**Fuente:** el 75,71% de la muestra padecen hipertensión, el 55,71% padecen diabetes, 31,42% padece otras enfermedades crónicas y 30,00% padece obesidad.

**Grafica 13.**

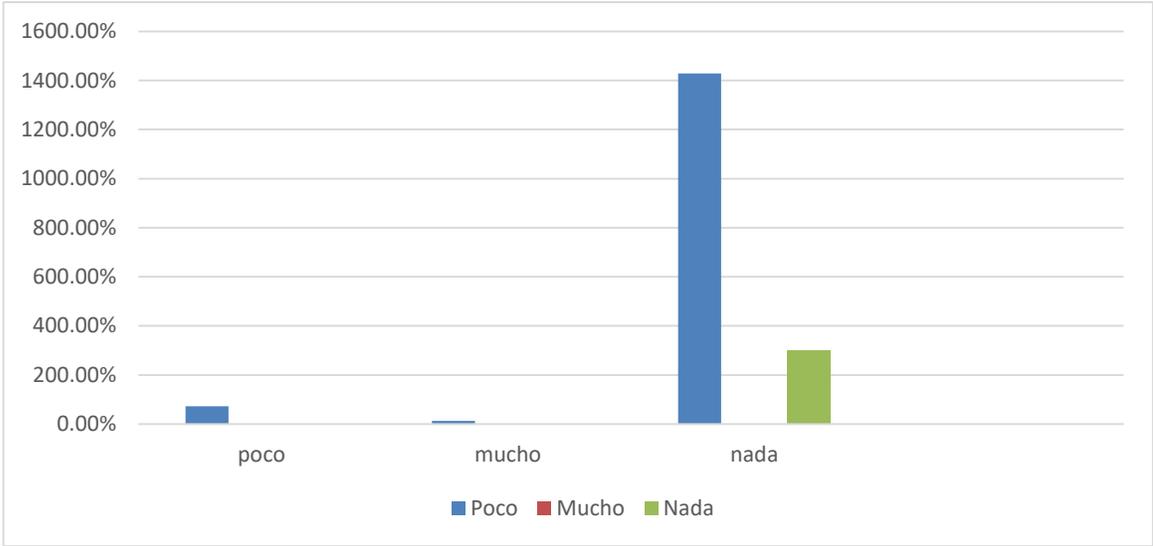
**TÍTULO:** conocimiento de la enfermedad que poseen los pacientes crónicos, DBT-HTA



**Fuente :** 62,85% de la muestra respondió que es poco el conocimiento de su enfermedad y se obtuvo una igualdad de porcentajes de los pacientes respondió nada y mucho con respecto al conocimiento de su enfermedad.

**Grafica 14.**

**TÍTULO:** Conocimientos del tratamiento no farmacológico poseen los pacientes crónicos, DBT-HTA.



**Fuente:** se observa que el mayor porcentaje de la muestra posee poco conocimiento del tratamiento no farmacológico de su patología.

**Grafica 15.**

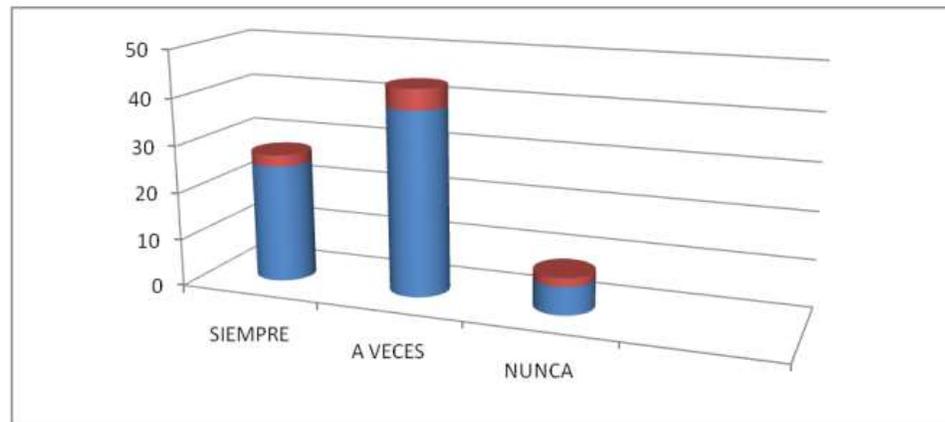
**TITULO:** el personal de enfermería responde a inquietudes y dificultades respecto al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos, DBTHTA



**Fuente:** el 55,38% de los pacientes respondieron que a veces el personal de enfermería que lo atiende responde sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento, el 31,43% dijo que siempre y un 14,28% respondió que nunca.

**Grafica 16.**

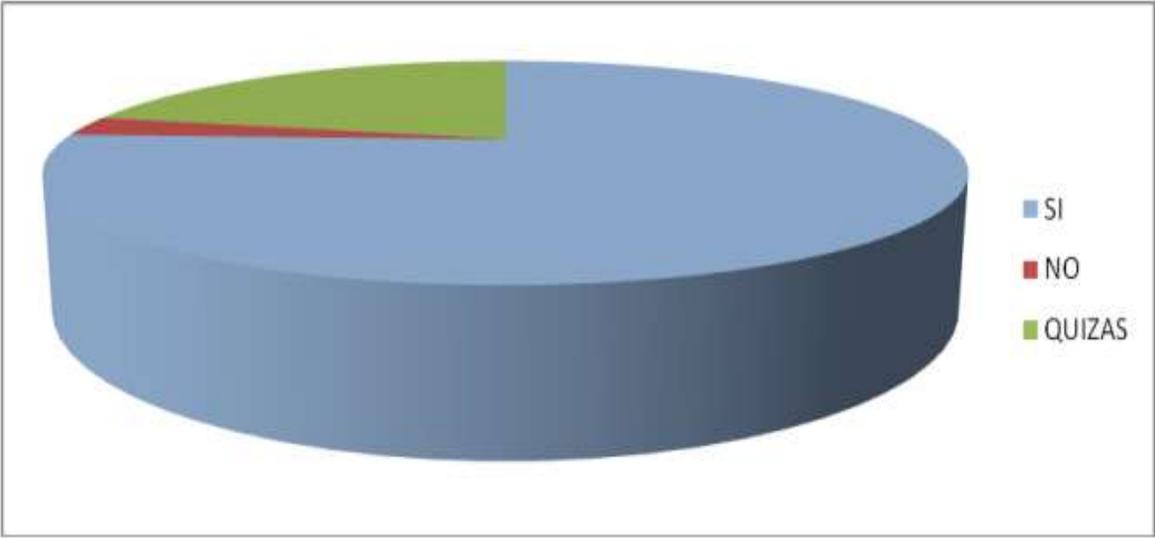
**TITULO:** educación del personal de enfermería sobre incorporación del tratamiento no farmacológico los pacientes crónicos, DBT-HTA.



**Fuente:** el 55,71% de los pacientes responden que a veces el personal de enfermería le ha explicado qué resultados va a tener en su salud si incorpora el tratamiento no farmacológico, el 35,71% dice que siempre y el 8,57 % responde que nunca.

**Grafica 17.**

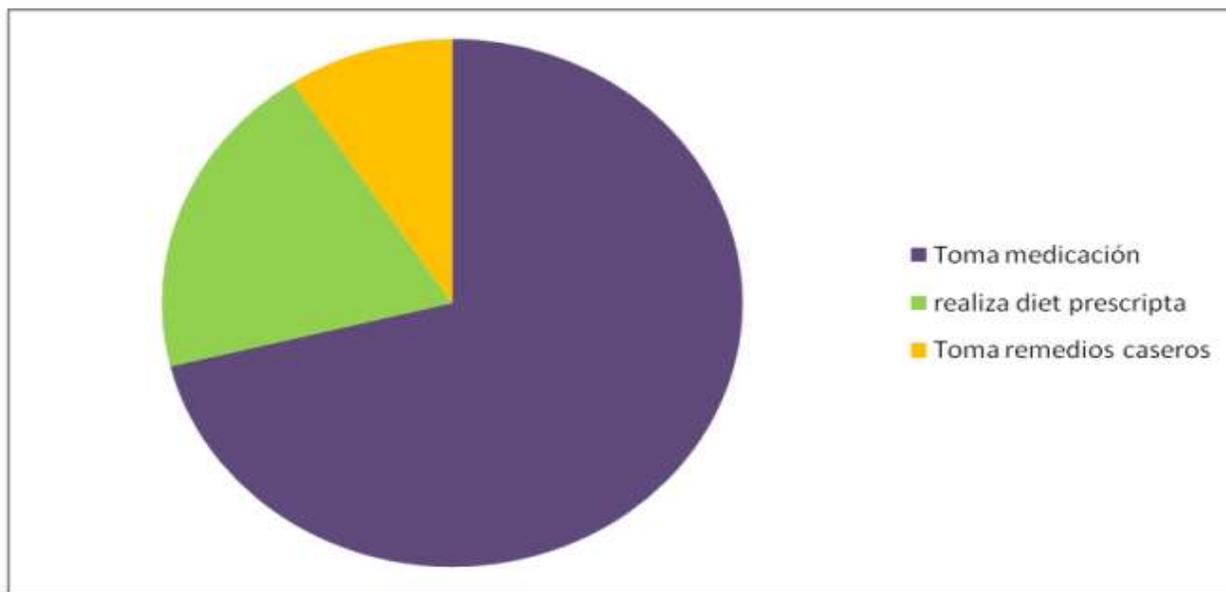
**TITULO:** los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud, consideran si recibir educación por el personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento.



**Fuente:** el 75,72% de la muestra responde que, si es necesario conocer más sobre su enfermedad, 2,85% que no es necesario y un 21,43% que quizás.

**Grafica 18.**

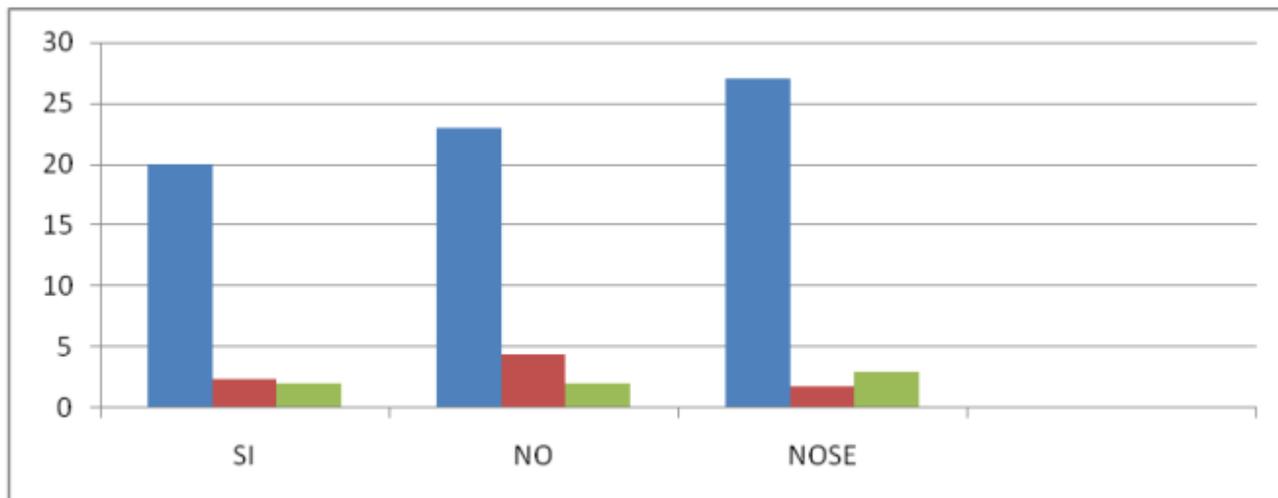
**TÍTULO:** tipo de tratamiento que están recibiendo los pacientes crónicos, DBT-HTA del Hospital Básico.



**Fuente:** el 88,57% de la muestra responde que está tomando medicación, el 27,14% realiza dieta prescrita y el 12,85% toma remedios caseros.

**Grafico 19.**

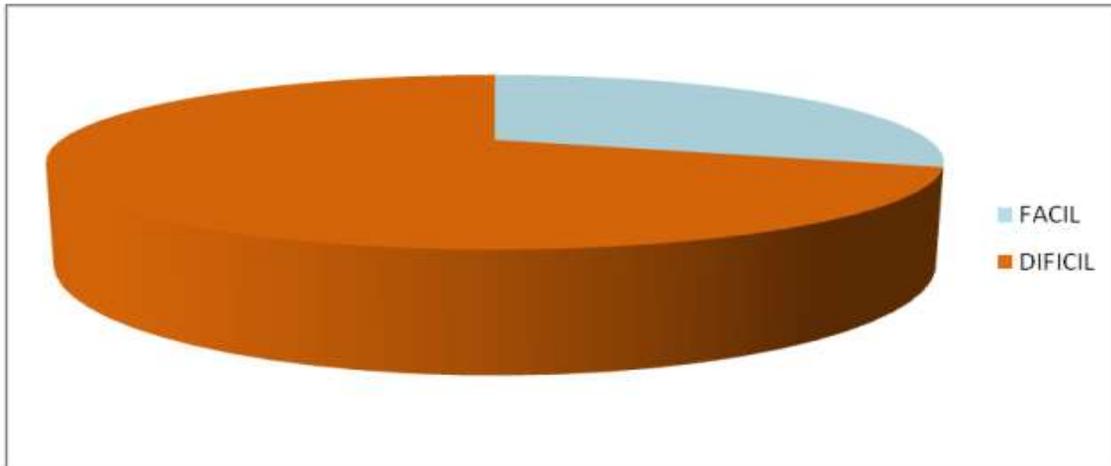
**TÍTULO:** los pacientes crónicos, DBT-HTA del Hospital Básico consideran que su tratamiento está siendo eficaz.



**Fuente:** con respecto del tratamiento que realizan el 38,58% responde que no sabe si le es eficaz, el 32,85% que no y el 28,57% dice que sí.

**Gráfico 20**

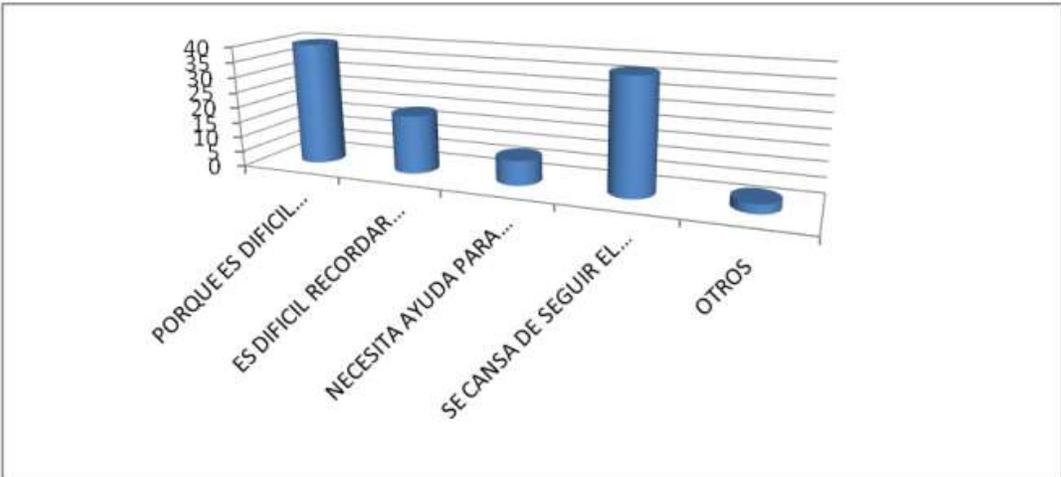
**TÍTULO:** resultado a la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos, DBT-HTA.



**Fuente:** el 70% de los pacientes responden que le resulta difícil la adhesión a su tratamiento no farmacológico y al 30% le resulta fácil

**Grafico 21.**

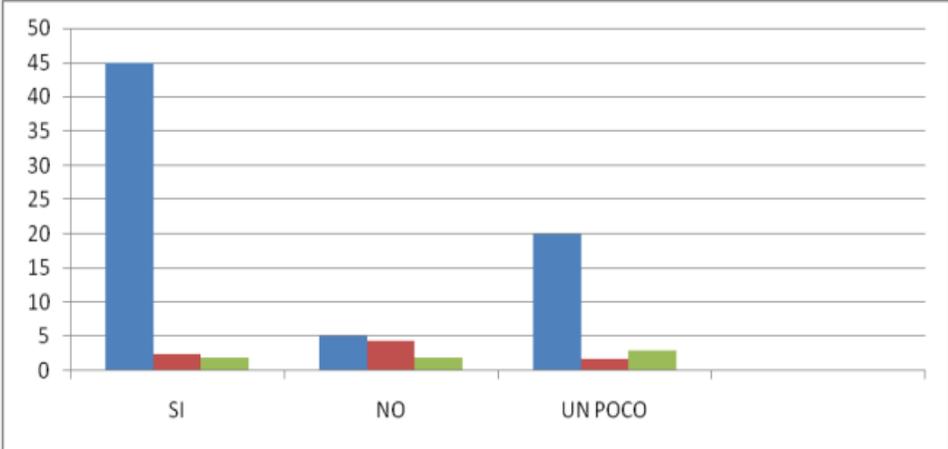
**TÍTULO:** A los pacientes crónicos, DBT-HTA del Hospital Básico por qué le resulta difícil llevarlo a cabo el tratamiento no farmacológico



**Fuente:** el 57,14% de los pacientes responde que le resulta difícil llevar a cabo su tratamiento no farmacológico porque le es difícil modificar su dieta, 38,57% se cansa de seguir el tratamiento siendo estas dos respuestas las más significativas de la muestra.

**Gráfica. 22.**

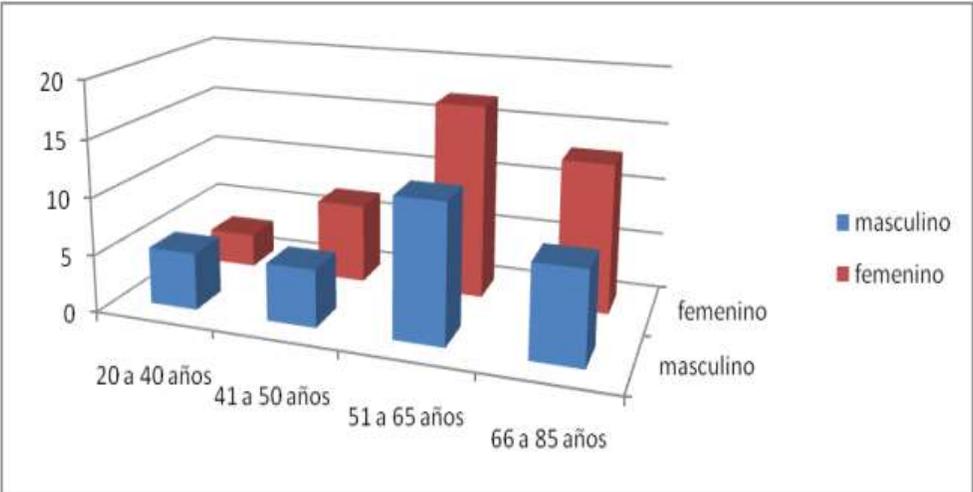
**TITULO:** Los pacientes crónicos, DBT-HTA consideran que la educación recibida por parte del personal de enfermería ha sido de ayuda para el manejo del tratamiento no farmacológico.



**Fuente:** el mayor porcentaje de los pacientes responden que la educación recibida por parte del personal de enfermería le ha sido de ayuda para el manejo del tratamiento no farmacológico.

**Gráfica 23.**

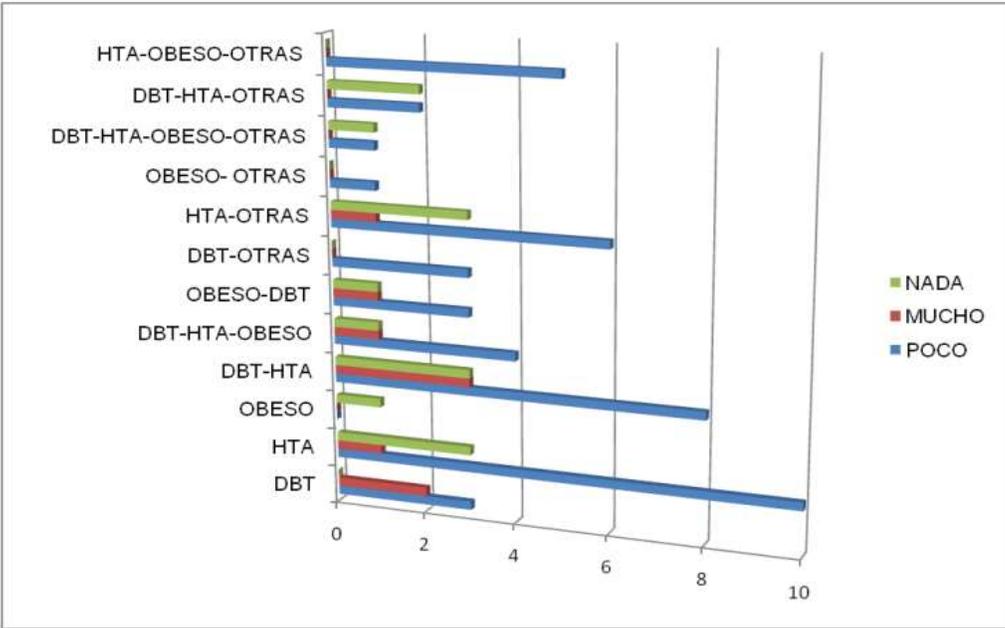
**TÍTULO:** Relación entre el género y las edades de los pacientes crónicos del Hospital Básico.



**Fuente:** según la relación entre las edades y género se observa que hay un predominio de mujeres y que el incremento de la edad en ambos sexos se ve evidenciado a partir de los 51 años.

**Grafica 24.**

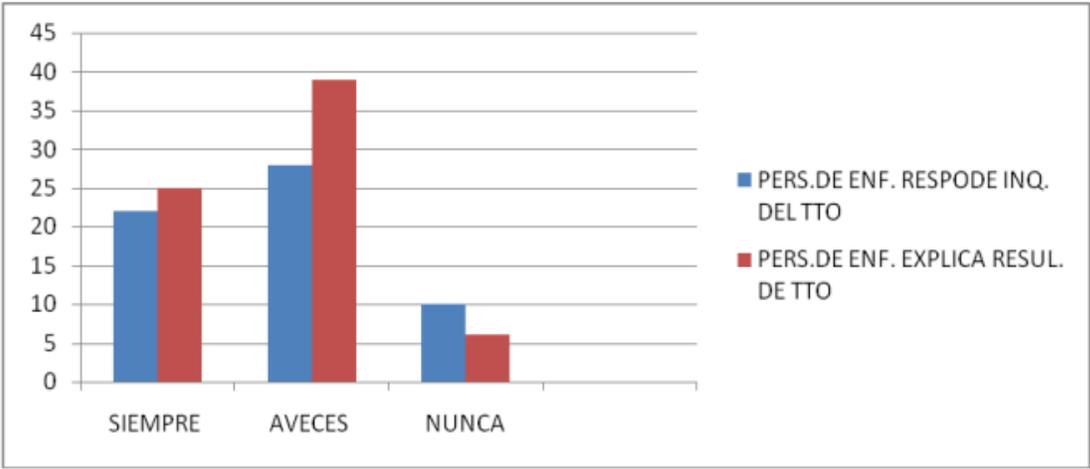
**TITULO:** Relación entre el conocimiento de su enfermedad y el tipo de patologías crónicas de los pacientes crónicos.



**Fuente:** según la relación entre tipo de enfermedad y el conocimiento que tienen sobre ella se evidencia que la mayor parte de los participantes son diabéticos e hipertensos y que su conocimiento sobre su patología es poca.

**Grafica 25.**

**TITULO:** Relación entre el personal de enfermería que lo atiende responde a sus inquietudes y dificultades a su tratamiento y el personal de enfermería le explicado que resultado va tener su salud si incorpora el tratamiento no farmacológico.



**Fuente:** datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica.

## Capítulo V

### Conclusión

Mediante la recolección de datos se evidencia que dentro del grupo de entrevistados crónicos predominan los pacientes con hipertensión y además se observa que se asocian otras patologías.

El mayor número de la muestra tiene poco conocimiento del tratamiento farmacológico de acuerdo con su patología y que considera que recibir información del personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento. Se observa que desde el servicio de Enfermería del Hospital Básico Comunitario Chalchihuital, Chiapas, la educación que realiza en relación con tratamientos no farmacológicos a pacientes crónicos HTA DBT que asisten al mismo son deficientes por falta de alternativas o estrategias brindadas no serían adecuadas para que estos pacientes logren adherencia al tratamiento no farmacológico.

## 5.1. Propuesta.

En primer lugar, dar a conocer los resultados de esta investigación ya que sería beneficioso no solo para el personal de enfermería y los pacientes crónicos con DBT HTA, sino para el resto del equipo interdisciplinario, a los cuales irían dirigidas las siguientes propuestas con el propósito de que se concientice y se puedan tomar medidas como:

Realizar un protocolo escrito para unificar criterios sobre información brindada a los pacientes crónicos.

- ✚ Fomentar en los pacientes crónicos con DBT-HTA la incorporación de tratamientos no farmacológicos en su vida diaria ya que junto a su tratamiento farmacológico van a ser beneficiosos para mejorar su calidad de vida.
- ✚ Realizar reuniones trimestrales de enfermería junto al personal interdisciplinario para analizar, identificar la situación de los pacientes crónicos, generar o modificar propuestas de trabajo.
- ✚ Compartir conocimientos con el equipo de salud recibido en capacitaciones.
- ✚ Incentivar a los pacientes crónicos a asistir a las actividades que les ofrece el centro de salud (clases de educación física, talleres de cocina, charlas informativas, etc.).
- ✚ Implementar un seguimiento minucioso de pacientes crónicos con alto riesgo cardiovascular.

## Bibliografía

1. Secretaría de Salud. Plan de respuesta ante la detección de eventos o brotes poliovirus en México. 2020.
2. PINEDA, B. Metodología de la Investigación. 3a edición ops. Washington 2008. SABULSKY, J. Investigación científica en salud-enfermedad. Edit. Cosmos. Córdoba, 2000. <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-sonicuales-son>  
[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000203cnt-2013-07\\_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000203cnt-2013-07_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf)  
[https://www.who.int/topics/primary\\_herlt\\_care/es/](https://www.who.int/topics/primary_herlt_care/es/).
3. PINEDA, B. Metodología de la Investigación. 3a edición ops. Washington 2008. SABULSKY, J. Investigación científica en salud-enfermedad. Edit. Cosmos. Córdoba, 2000.  
<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-sonicuales-son>  
[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000203cnt-2013-07\\_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000203cnt-2013-07_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf)  
[https://www.who.int/topics/primary\\_herlt\\_care/es/](https://www.who.int/topics/primary_herlt_care/es/).

[Libros – Sociedad Mexicana de Cardiología \(smcardiologia.org.mx\)](http://www.smcardiologia.org.mx)

# АМЕККОС

## ENCUESTAS

1. Datos personales:

Género masculino\_\_\_\_\_ femenino\_\_\_\_\_

2. Edad:

- a) 20 a 40 años
- b) 41 a 50 años
- c) 50 a 65 años
- d) 65 a más.

3. Estado civil

- a) Casado/a
- b) Soltero/a
- c) Divorciado/a
- d) Viudo/a
- e) Separado/a
- f) En pareja.

4. Nivel de estudio

- a) Primaria terminada
- b) Primaria incompleta
- c) Secundaria terminada
- d) Secundaria incompleta
- e) Nivel superior

5. Ocupación

- a) Trabajo estable
- b) Trabajo independiente
- c) Jubilado
- d) Plan social
- e) otros

6. cuantas personas viven en el hogar?

Hogar unipersonal\_\_\_\_\_ dos personas\_\_\_\_\_ 3 o más personas\_\_\_\_\_

7. hábitos saludables

frutas  siempre    verduras  siempre    a veces     nunca   
carnes  siempre    pastas  siempre    a veces     nunca

8. realiza ejercicio físico

siempre  a veces  nunca

9. realizar pautas de vida sana (ir al gimnasio, baile, natación, etc.).

si  no  a veces

10. fuma.

Si  no  en ocasiones

11. bebe alcohol,

Si  no  en ocasiones

12. Padece alguna enfermedad como:

- a) Diabetes
- b) Obesidad
- c) Hipertensión arterial
- d) Otras

13. ¿Tiene Ud. conocimiento de su enfermedad?

- a) Poco
- b) Mucho
- c) nada

14. - El personal de enfermería que lo atiende responde sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento no farmacológico.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) siempre

15. El personal de enfermería le ha explicado qué resultados va a tener en su salud si Ud. incorpora el tratamiento no farmacológico.

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

16. Considera que recibir educación por el personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento.

- a) Si
- b) No
- c) Quizás

17. - ¿Qué tipo de tratamiento o cuidado esta Ud. recibiendo?
- a) Toma decisiones
  - b) Hace dieta prescrita
  - c) Toma remedios caseros
18. ¿Cree Ud. que este tratamiento está siendo eficaz?
- a) Si
  - b) No
  - c) No se
19. ¿Cómo le resulta a Ud. la adhesión a su tratamiento no farmacológico?
- a) Fácil
  - b) difícil
20. Porque le resulta difícil llevarlo a cabo
- a) Porque le es difícil modificar su dieta
  - b) Es difícil recordar las pautas
  - c) Necesita ayuda para hacerlo
  - d) Se cansa de seguir el tratamiento
  - e) Otros
21. Cree Ud. que la educación recibida por parte del personal de enfermería ha sido de ayuda para el manejo del tratamiento no farmacológico.
- a) Si
  - b) No
  - c) Un poco

## Evidencias



