



Licenciatura en Nutrición

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**“Influencias en la adherencia a tratamientos nutricionales en
pacientes mayores a 60 años que cursan enfermedades
crónicas en Ciudad de Buenos Aires en 2014”**

ALUMNA: Violeta Teresa Angarola

DOCENTE: Lic. María Celeste Concilio y Lic. Eleonora Zimmer

Marzo – Diciembre 2014

Influencias en la adherencia a tratamientos nutricionales en pacientes mayores a 60 años que cursan enfermedades crónicas en Ciudad de Buenos Aires en 2014

Autor: Angarola V. Mail: vangarola50@gmail.com
Universidad ISalud

Introducción: las enfermedades crónicas en mayores de 60 años son difíciles de tratar debido a que el aspecto nutricional está condicionado por numerosos aspectos: sociales, económicos, familiares, psicológicos y creencias personales, entre otros.

Objetivo: Conocer cuáles son las influencias tanto positivas como negativas de las ingestas de los pacientes, su nivel de conocimiento y satisfacción del plan de alimentación adecuado a sus estados de salud, provisto por profesionales médicos o nutricionistas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se analizaron las encuestas realizadas en centros de jubilados en barrios de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2014 a pacientes con diagnóstico médico de ECNT.

Resultados: se observa dificultad de algunos pacientes para detallar todas las características de los planes de alimentación que corresponden a las patologías que se les diagnosticaron. Asimismo se aprecia una alta adhesión al tratamiento farmacológico no pudiendo verificarse lo mismo en lo nutricional a pesar que sus respuestas en cuanto al cumplimiento y a su autoeficacia referida al cumplimiento nutricional sean buenos intentos de cumplir. En cuanto a barreras y facilidades para llevar adelante esos planes, se destacan en primer lugar las sensaciones de bienestar, reconocer que toman en cuenta cuando les dicen que se perjudican si no realizan el plan y también la satisfacción ante los buenos resultados. Entre quienes responden que no están seguros de poder realizar el plan se observan más respuestas en las que se sienten identificados negativamente con días de fin de semana, reuniones con visitas y vacaciones.

Conclusiones. Como aspectos positivos y relacionados con el tratamiento se señalan particularmente las intervenciones profesionales en cuanto a detallar las ventajas que se desprenden de cumplir el plan y cuando se sienten mejor informados y los motiva el hecho de sentirse bien. Quienes tienen dificultades reiteran aspectos de relación, publicidad de alimentos, falta de ayuda, limitaciones económicas o tentarse.

Palabras claves: Patologías crónicas; mayores de 60 años, adherencia a tratamientos farmacológicos y nutricionales. Autoeficacia.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico y Estado del Arte.....	3
3. Problema de Investigación.....	20
4. Objetivos.....	21
4.1 Objetivo General	21
4.2 Objetivos Específicos.....	21
5. Metodología.....	22
5.1 Diseño de Investigación	22
5.2 Población y Muestra.....	22
5.3 Reflexiones sobre la encuesta.....	26
6. Resultados.....	28
7. Conclusiones.....	44
8. Bibliografía.....	46
ANEXO.....	48

1. Introducción

La medicina, la farmacología, la investigación biotecnológica, los sistemas de diagnóstico por imágenes y cada día una innovación, avanzando hacia la detección cada vez más precoz de la enfermedad, han logrado oportunidades de curación o de tratamiento muy efectivo.

Muchas veces esa oportunidad, a raíz de la conciencia lograda por el paciente.

Hace algunos años se hubiera considerado como ciencia ficción.

Toda esta capacidad de la ciencia y la técnica en un camino que llevará, seguramente, hacia la curación de enfermedades como nunca se habría imaginado en el siglo XIX.

La vertiginosidad con que se suceden nuevos métodos de investigación, de tratamientos cada vez más eficaces, ha hecho ilusionar a algunos hasta con ganarle a la muerte, por ejemplo, quienes se han sumado a la experiencia de la criogenia.

La historia de la ciencia sorprende por avances que se suceden en todas direcciones y forman un entretejido virtuoso extendiéndose sin límite y con una velocidad desconocida desde los principios del desarrollo científico, abriendo esperanzas a la humanidad.

Al menos a quienes puedan acceder a ellos. Pero eso es otro tema.

Muchas disciplinas se entrecruzan para dar explicación y buscar soluciones a la enfermedad. Esto permite que la expectativa de vida se haya extendido considerablemente logrando mayor longevidad. También mejor salud.

A pesar de estos avances, tanto desarrollo para dar respuestas a los enfermos, estos mismos desaprovechan, a veces, esos esfuerzos y se pierde la oportunidad de mejorar. Más aún, la oportunidad de tener una calidad de vida digna, no solo perdurar.

Los tratamientos requieren esfuerzos de parte del paciente, compromiso, atención tanto en lo relacionado al consumo de medicamentos y mejoras alimentarias, como para abandonar hábitos perniciosos.

Interfieren en el cuidado atento de la salud muchas razones como: creencias de salud, sensación de invulnerabilidad, ideas sobre el futuro en cuanto a que éste traerá soluciones, descubrimientos casi milagrosos que mitigarían cualquier dolencia sin esfuerzo personal. Sin el compromiso del paciente. Algo cercano a la magia.

Los pacientes demoran en tomar decisiones para mejorarse. Y luego, se necesita constancia para recuperar el tiempo en que no se actuó.

En los pacientes crónicos esta atención y compromiso son fundamentales.

¿Dónde debe estar apuntada la mirada para lograr la eficacia del tratamiento? ¿Hay conciencia del cuerpo al cual hay que cuidar? ¿Son los sistemas de salud? ¿La economía? ¿Un rango de prioridades en donde el paciente no se concientiza apropiadamente del lugar que ocupa, su necesidad y responsabilidad en la pirámide del tratamiento?

El desafío sería entonces encontrar el camino acompañando este estado del paciente para mejorar la adherencia a su tratamiento

En la presente investigación se espera conocer el grado de adhesión a los tratamientos crónicos que deben seguir mayores de 60 años, los cuales deben asimilar y poner en práctica cambios nutricionales que representan un alto porcentaje en su mejoría, acompañando indicaciones farmacológicas y cambios de hábitos.

Siendo la adherencia a los tratamientos crónicos un tema calificado como de salud pública en cuanto a sus repercusiones, se espera poder aportar conclusiones que ayuden a su concreción.

2. Marco teórico

El conflicto entre la enfermedad y el tratamiento ha sido investigado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), quien ha propuesto un Manual en el año 2004 ocupándose de esta investigación a nivel mundial, publicado por la Organización Panamericana de la Salud.

Ya en el prefacio se describe el concepto sobre qué es la adherencia terapéutica como, *“una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante períodos prolongados para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas”*.⁽¹⁾

El Dr. Derek Yach trata el tema como un problema donde *“no es posible un enfoque simplista para mejorar la calidad de vida de las personas con procesos crónicos. Lo que se necesita, en cambio, es un enfoque reflexivo que comience con la revisión del modo en que se adiestran y son recompensados los profesionales de la salud e incluya el abordaje sistemático de las diversas barreras que encuentran los pacientes y sus familiares en sus esfuerzos diarios para mantener la salud óptima.”*⁽²⁾

Según lo publicado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2007, *“Hay en el mundo cerca de 600 millones de personas mayores de 60 años. Para el 2025, se espera que este total se duplique y para el 2050 se proyecta que esta población alcanzará 2 billones de personas, es decir el 21% de la población total global. Entre los grupos de población de adultos mayores alrededor del mundo, el de más rápido crecimiento es el de los adultos mayores de 80 años. Hoy, más del 60% de los adultos mayores de 60 años viven en el mundo en vías de desarrollo. Para el 2020 esta proporción alcanzará el 75%, y para el 2025 el 85%.”*⁽³⁾

Teniendo en cuenta el aumento de la expectativa de vida para los próximos años y, debido a esta tendencia, el número de personas mayores de 65 años alcanzará un porcentaje mayor al 20% de la población argentina para el año 2050.

Se prevé, por lo tanto, que el manejo de tratamientos paliativos de enfermedades crónicas tendrá que manejar más conocimientos para incidir en el cumplimiento de los mismos, fundamentalmente a nivel de la atención primaria.

En su informe señala la OMS que en países desarrollados la adherencia al tratamiento crónico en el largo plazo promedia 50%, siendo las tasas en los países en desarrollo, aún menores. Como

consecuencia, los tratamientos a largo plazo arrojan bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios.

La OMS agrega: *“La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud”*.

En un estudio sobre la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente (Ibañes, Ana; Meroni, Ana María, Saravia, Luisa. Adherencia al tratamiento nutricional en enfermedades crónicas.), ésta crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica a escala mundial y los pobres son afectados desproporcionadamente, ya que *“existe una relación interdependiente bidireccional entre la pobreza económica y las enfermedades crónicas. Muchos de los pobres del mundo, a pesar de las diferencias regionales de la geografía, la cultura y el comercio, experimentan el mismo ciclo desalentador: estar sano requiere dinero para los alimentos, la higiene y la atención médica; pero, para ganar dinero, uno debe estar sano.”*⁽⁴⁾

Sin duda se afecta negativamente la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y la economía de la salud, resultando en mayores costos en la recuperación o tratamientos de pacientes que no siguen adecuadamente las recomendaciones, demandando por lo tanto, las inversiones destinadas a la prevención primaria – factores de riesgo – y la prevención secundaria, de los resultados de salud adversos.⁽¹⁾

La mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el autocuidado del paciente, quien generalmente requiere politerapias complejas, el empleo de tecnología médica para el control y cambios en el modo de vida.

En los países desarrollados, el cambio epidemiológico en la carga de morbilidad ha pasado de las enfermedades agudas a las crónicas durante los últimos cincuenta años, determinando que los modelos de atención aguda de los servicios de prestación de salud sean obsoletos para abordar las necesidades de la población.

La cronificación de diversas enfermedades debe anticipar la transformación de las terapias que en el próximo tiempo serán las adecuadas para cambiar la perspectiva de atención.

En los países en desarrollo este cambio ocurre a una velocidad mucho mayor, de acuerdo a la investigación de la OMS, mencionando mayor desigualdad cuando se lo relaciona con la tecnología o los medicamentos de última generación.

“Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos”. Haynes, RB.⁽⁵⁾

Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas, haciéndolos insuficientes en sí mismos para tratar efectivamente las enfermedades.

Según el Boletín de la Organización de la Salud, 2002, 80 (“Bulletin of the World Health Organization” 2002, 80⁽⁴⁾), de acuerdo a las proyecciones que se calcularon en ese año (2002), para la segunda década del 2000 se estimaba que la morbilidad estaría asociada en una proporción de 2/3 a enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas prioritariamente a la dieta. Se destacaba la prevalencia de la obesidad, de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares. A ello contribuirían el sedentarismo y el incremento en el consumo de alimentos refinados, alimentos de origen animal y de grasas.

En el 2014 esto ya es una realidad sumando otro detalle que habla de la baja en la edad de aparición de enfermedades como la obesidad, síndrome metabólico, diabetes y su influencia en la enfermedad cardiovascular. Esto representa un mayor compromiso de salud a edades tempranas.

Para evitar la repetición de aquellos pronósticos sería importante desarrollar los mecanismos con los cuales intervenir para desarmar este proceso a futuro.

En relación a estas enfermedades la alimentación es clave. Siendo ésta *“un fenómeno complejo y multicausal, en el cual intervienen factores de índole social, cultural, psicológico y económico, que determinan las modalidades de producción, selección y consumo de alimentos en las personas. A su vez, el acto de comer cumple múltiples funciones en los sujetos como: la identificación social y cultural con su grupo de pertenencia, medio de comunicación y sociabilidad, satisfacción del placer, elemento religioso o mágico, medio para ejercer influencia, medio para descarga de tensiones, entre otros; por lo que la función biológica o nutricional es una función más y no siempre es priorizada por las personas.”*⁽⁴⁾

Estas consideraciones sobre la dieta revisten fundamental importancia en relación a la adherencia nutricional y los profesionales del área deben estar atentos a la situación para hacer las consultas necesarias al paciente y adecuar sus recomendaciones para favorecer *“el cambio de conductas fuertemente arraigadas a la vida simbólica y cotidiana de las personas, como son los hábitos alimentarios; debiendo incorporar nuevas pautas de alimentación, las cuales deben ser seguidas de manera sistemática a lo largo de la vida, en un contexto de situaciones cambiantes.”*⁽⁴⁾

En relación a la adherencia al tratamiento nutricional, se destaca este componente con un mayor número de trabajos cuantitativos en comparación con los cualitativos.

Como se observa, el tratamiento nutricional es un factor prioritario en el mejoramiento de los enfermos crónicos pero es difícil de medir y de abordar con los pacientes.

Otros factores que se han relacionado con la adherencia al tratamiento nutricional son: factores sociodemográficos, tales como sexo, edad, estado civil, nivel educativo y la ocupación; obstáculos psicosociales e impedimentos establecidos por los trabajadores de la salud, tales como la mala actitud del personal de salud, limitada educación clínica y nutricional.⁽⁴⁾

“Los estudios cualitativos han permitido la exploración en profundidad de las opiniones sobre el proceso de adherencia terapéutica desde la perspectiva de los implicados, centrándose básicamente en la comprensión de los factores influyentes en el seguimiento del tratamiento nutricional. En este sentido, el comportamiento alimentario de la familia y de otros grupos de pertenencia, los propios hábitos y preferencias alimentarias, el escaso apoyo social, los aspectos económicos, la relación con el equipo de salud, la escasa percepción de autoeficacia, así como la falta de habilidades y conocimientos para llevar el tratamiento nutricional adelante, han sido identificadas como barreras para la adherencia a las nuevas conductas alimentarias”.⁽⁴⁾

De acuerdo a la bibliografía consultada sigue habiendo una tendencia a centrarse en los factores relacionados con el paciente como la causa de los problemas con la adherencia terapéutica, y se descuidan relativamente: el personal sanitario y los determinantes de salud relacionados con el sistema. Estos últimos factores, que constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes son atendidos, ejercen un notable efecto sobre la adherencia terapéutica.⁽¹⁾

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima, con frecuencia se ve comprometida por barreras. Algunas de ellas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente, entre otros.

No hay ninguna estrategia de intervención o conjunto de estrategias que haya resultado eficaz para todos los pacientes, afecciones y entornos. En consecuencia, las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con la enfermedad experimentada por el paciente.

Evaluar con exactitud la adherencia terapéutica, como también los factores que la influyen es un proceso continuo y dinámico.

La falta de congruencia entre la disposición del paciente y los intentos del profesional en la intervención significa que, con frecuencia, los tratamientos se prescriben a quienes no están preparados para seguirlos. La recomendación es que el personal sanitario debe poder evaluar la

disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso en cada contacto.

Los profesionales deberían tener acceso al adiestramiento específico en la atención de la adherencia y los sistemas en los cuales trabajar, diseñar y apoyar los sistemas de prestación que respeten este objetivo.

Se necesita una “*caja de herramientas de orientación sobre la adherencia terapéutica*” adaptable a los diferentes entornos socioeconómicos. Tal adiestramiento debe abordar simultáneamente tres temas: el conocimiento (información sobre la adherencia terapéutica), el razonamiento (el proceso clínico de toma de decisiones) y la acción (herramientas conductuales para profesionales de la salud).

Prestar efectivamente atención para los procesos crónicos requiere que el paciente, la familia y la comunidad que lo apoya desempeñen todos, una función activa.

El respaldo social, es decir, el apoyo informal o formal recibido por los pacientes de otros miembros de su comunidad, es un factor importante que influye en los resultados de salud y los comportamientos.

Existen pruebas sustanciales de que el apoyo de los compañeros de los pacientes puede mejorar la adherencia terapéutica y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los procesos crónicos.

Según Haynes et al.⁽⁵⁾, el incumplimiento en materia de tratamientos crónicos puede llevar al profesional tratante a una confusión que complique su juicio en tanto no tiene las herramientas para comprobar efectivamente si las dosis de medicamento o el cambio nutricional o las conductas en el estilo de vida han surtido los efectos esperables.

Esto llevará en muchos casos a profundizar el tratamiento apelando a estudios, análisis o pruebas complementarias, aumento de dosis, etc., que conllevan un costo innecesario que, en caso de haberse podido comprobar que la prescripción dada no se llevó a la práctica de manera correcta, podrían evitarse. Las modificaciones se encontrarían sujetas a la comprobación de que las prescripciones iniciales no dieron el resultado esperado y deben cambiarse.

Haynes opina que esto radica en el hecho de que se debe considerar al paciente como alguien que toma sus propias decisiones apoyado en creencias, experiencias de vida, necesidades, etc., por lo cual, este conocimiento por parte del profesional asistente, ayudaría para evitar gastos de salud que, en principio, se limitan a conocer el cumplimiento o no del tratamiento pero que merece ser analizado en profundidad.

También hace referencia a lo adecuado del término “adherencia”. Sostiene que el término “cumplimiento”, inculpa al paciente, cuando éste puede suspender o equivocar el tratamiento por ejemplo a causa de olvidos; podríamos decir, sin un propósito verdadero de evadirlo. También involucra al médico sosteniendo que debería formar mejor alianza con el paciente informando sobre los alcances de su afección y los riesgos posibles.

Se entiende que los pacientes deben ser “socios activos” de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva, de diálogo entre ambos, debe conducir a lograr mejores niveles de adhesión a las indicaciones.⁽⁴⁾

A su vez y de acuerdo a la bibliografía consultada, se señala que el profesional debe tener en cuenta el soporte social, informacional, material y emocional del paciente, su motivación para el cambio, así como sus hábitos, actitudes y creencias.

Como conclusión de esta declaración, se entiende que la adherencia terapéutica requiere un enfoque multidisciplinario y la acción coordinada de los profesionales de la salud, los investigadores, los planificadores sanitarios y los formuladores de políticas, según términos de la OMS.⁽¹⁾

Yendo a otro aspecto del tema, en su informe, la misma OMS destaca la falta de uniformidad en la metodología empleada en los distintos estudios, especialmente en lo que respecta a los instrumentos de medición y a los conceptos de adherencia utilizados.

En relación a esto, la publicación Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud de España ⁽⁶⁾, en cuanto a la adherencia, reconoce diversas formas de medirla.

La medición de adherencia o no adherencia se reparte en diversas variantes de acuerdo a las pautas que se tomen; no se utiliza una metodología estándar.

Cuando el método utilizado para estudiarlo permite su valoración cuantitativa, se considera cumplidor si se realiza al 100% de la recomendación; aunque se admiten variaciones, como observar el tratamiento por encima del 75-80%, o bien el intervalo entre el 80 y 110% de lo prescrito, considerándose en estos casos incumplidores a quienes lo hacen por debajo del valor inferior e hiper-cumplidores a los que lo hacen por encima del valor superior del intervalo.⁽⁶⁾

Al utilizar el criterio de seguimiento, se observa:

Incumplimiento parcial, donde el paciente cumple a intervalos.

Incumplimiento esporádico, debido a olvidos por ejemplo.

Incumplimiento secuencial, si se suspende el tratamiento según lo crea conveniente el paciente, a modo de “vacaciones” para restaurarlo cuando advierte algún síntoma.

Cumplimiento de “bata blanca”: cercano al momento de la visita al médico. El resto del tiempo no se cumple.

Incumplimiento completo: el paciente, por lo general en caso de jóvenes con tratamientos crónicos, suspensión total. Mayor atención al compromiso económico a corto plazo que a las consecuencias de salud en el largo plazo.

En otros casos, la clasificación se determina:

Primaria: por ejemplo, no llevarse la prescripción, o bien no comprar la medicación.

Secundaria: cumplir solo algunas veces parcialmente las recomendaciones, olvidarlas, cambiarlas, repetirlas, o suspenderlas antes de recibir el alta médica.

Se suma a lo anterior la automedicación, la suspensión del tratamiento, el iniciar tratamientos sin la información al profesional de otro tratamiento en curso, ya sea farmacológico o alimentario, reconociéndolas como las formas más habituales en adultos mayores, que también pueden reconocerse como tratamientos incumplidos.

Lo mismo sucede con intervenciones de otros profesionales, como ejemplo, los farmacéuticos, quienes pueden recomendar otros medicamentos.

En principio la edad avanzada del paciente podría indicar una dificultad que predisponga a mayor susceptibilidad ya que suele ser polimedcado, siendo esto factible de cometer algún error. También se trata de pacientes con mayor vulnerabilidad, por lo cual, sería muy aconsejable un seguimiento más cercano.

Piñeiro et al. analizan la relación entre el cumplimiento terapéutico y el control que se obtiene de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la dislipemia (más frecuentes en los ancianos) estiman un incumplimiento superior al 40% que aumenta con el tiempo, pero, que el cumplimiento es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar los objetivos del tratamiento.⁽⁷⁾

Los análisis del tema indican que la adherencia terapéutica es el factor modificable más importante que influye sobre el resultado del tratamiento.

Para evaluar las repercusiones negativas de la no adherencia hay que tener en cuenta que la indicación sea la correcta, que el valor intrínseco del medicamento al igual que la recomendación nutricional y que la relación beneficio/riesgo del tratamiento sean positivas. Hecho que aparentemente dista mucho de lo que sucede habitualmente en la utilización de los medicamentos en los ancianos, en los que son frecuentes los tratamientos sintomáticos, medicamentos no necesarios, uso de fármacos de dudosa eficacia o de formas farmacéuticas inadecuadas⁽¹⁾

Las repercusiones del incumplimiento alcanzan la importancia de un tema de salud pública, llegando a tener tanta importancia que se lo identifica como fallo terapéutico.

Se denomina impacto clínico cuando la falta de adherencia al tratamiento tiene impacto sobre el propio paciente, dependiendo de la enfermedad a tratar, si es crónica o aguda y si se pueden esperar complicaciones. También pueden identificarse repercusiones hacia terceros que no pueden cuantificarse apropiadamente como el caso de resistencias bacterianas, extensión de infecciones, etc.⁽⁶⁾

La morbilidad en el paciente mayor no está investigada apropiadamente en lo que atañe a la adherencia a los tratamientos. Esta adherencia se considera baja en tratamientos cardiovasculares por seguir mal las indicaciones, como así también en medidas higiénico-dietéticas. En otras afecciones la falta de adherencia promueve ingresos hospitalarios por descompensación, como en el caso de afecciones de tipo pulmonar.

“Los pacientes ancianos consumen una gran cantidad de medicamentos para controlar las enfermedades que presentan, por lo que la falta de adherencia al tratamiento de una enfermedad concreta puede limitar el éxito terapéutico y conducir a malos resultados, que provoquen la frustración del médico y del enfermo y aumenten la falta de confianza en la asistencia sanitaria”.⁽⁵⁾

Sin embargo y de acuerdo a la publicación de la revista Isalud, volumen 8, número 37 de julio de 2013, Sylvia Beales, directora de Alianzas Estratégicas de HelpAge Internacional, dice: *“las economías envejecidas son aquellas en las que el consumo agregado de los mayores de 65 años supera a los menores de 19 años”*. *“En la actualidad las personas se jubilan a los 60 años, pudiendo vivir hasta los 80, 90 y más años”*.⁽⁸⁾

Su opinión en la entrevista también propone *“romper ciertos estereotipos como que es muy costoso cuidar a los mayores, que en los hospitales requieren otra atención, y eso no es tan así. Un porcentaje mínimo requiere de una atención particular en casos de edad muy avanzada. Pero tampoco son tan dependientes ya que un 70% de los mayores de 60 años en los países desarrollados viven y se cuidan solos o con su pareja”*.

A pesar de lo cual agrega que *“conocer al enfermo incumplidor y los factores que favorecen ese incumplimiento permite diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias.”*⁽⁸⁾

Muchos son los factores descritos en el anciano como causa de no adherencia al tratamiento, pero sólo existe evidencia respecto de: aumento de médicos prescriptores, polimedicación, complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo. También, el deterioro funcional

(anciano frágil) condiciona habitualmente un incremento del número de fármacos administrados y por tanto complica la adherencia en esa área.

Los pacientes ancianos alegan razones variadas relativas a la no adherencia, dependiendo de las enfermedades que deben tratar.

Fundamentalmente las razones más referidas son: el olvido, efectos adversos, no disponer de los medicamentos, falta de información sobre la posología, creer que no necesitan el tratamiento, creerlo inefectivo, dificultad en la toma por la presentación prescrita, la polimedicación, la depresión y el deterioro cognitivo.

En el desarrollo de estrategias tendientes a mejorar la adherencia terapéutica se estima que están condicionadas por el tipo de tratamiento, de la enfermedad que se trate y por el propio paciente que refiere causas reales.

Se han identificado algunas razones como por ejemplo:

Que el paciente esté informado de los objetivos a alcanzar haciendo conocer posibles efectos adversos. Minimizar el número de fármacos prescritos y la posología más sencilla. Mejorar la visita médica, mejorar también la interacción entre el cuidador y el paciente, realizar llamadas domiciliarias para efectuar un seguimiento frecuente. Verificar la falta de visión, torpeza en el manejo de la medicación, deterioro cognitivo, dificultad para tragar, masticar adecuadamente, entre otras barreras.

Entre las consecuencias psicosociales se destacan: el estrés que representa vivir con una enfermedad, los conflictos en la autoimagen, la autoestima y los miedos ante una posible amenaza vital y la muerte.⁽⁴⁾

Como ya se ha visto, la falta de adhesión a las pautas nutricionales, farmacológicas y todas aquellas destinadas a la mejora del paciente crónico mayor, no son determinaciones que implican una falta individual, sino que se extiende a la comunidad en general y terapéutica en particular y, si bien abarca al paciente directamente, queda demostrado por medio de lo ya expuesto, que está enmarcada con otros participantes que deben encontrar la metodología más adecuada para revertir las consecuencias.

El problema cobra mayor importancia y se infiere que iría en aumento por causa de la extensión de la vida, la precocidad en la aparición de enfermedades crónicas por fallas de nutrición, la franja de la población con menor capacidad económica que llegaría también con menores recursos a la edad propuesta para el estudio, el estado de la atención de la salud pública, y aquellos parámetros que puedan deducirse de esta investigación.

Por lo tanto este análisis de la conducta del paciente se inscribe en una demanda de tipo social y de salud pública que debe ser atendida en favor de todos.

Estado del arte

Tratando de abarcar características de la enfermedad crónica con objeto de encontrar una respuesta adecuada para quienes deben convivir con ella, los estudios preexistentes nos dan idea de la dificultad que propone la diversidad de condiciones que la rodean. En algunos de ellos aparece como de singular importancia la posición adoptada por los pacientes. Es decir, la toma de conciencia respecto a dejar que progrese la enfermedad dificultando la capacidad del paciente o elegir una convivencia positiva y saludable con ella, siendo esta una encrucijada que debe resolver el mismo paciente.

En un estudio realizado sobre “Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial”⁽⁹⁾

La investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia. Los niveles de presión arterial sistólica y diastólica fueron medidos pre y post intervención por el personal de salud. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS; la PAD no presentó cambios pero se mantuvo en niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos ($p = 0,000$; n.c. 95%), el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio.

En la siguiente investigación se integran aspectos psicológicos y emocionales de los individuos objeto de estudio y se incorpora la autoeficacia para analizar conductas de pacientes.

La investigación relaciona un bajo cumplimiento en pacientes hipertensos que deben enfrentar cambios en el estilo de vida y el uso de medicamentos que pueden tener efectos secundarios negativos, quienes, en el largo plazo y en enfermedades asintomáticas, “las señales internas no están proporcionando información sobre los efectos de su comportamiento” Rodríguez (1994, 1995).⁽¹⁰⁾ “*La conducta de adhesión al tratamiento se ha relacionado entonces con la autoeficacia,*

que se encuentra correlacionada positivamente con las conductas de salud deseadas. Según Amigo, Fernández y Pérez (1998),⁽¹¹⁾ citando la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1977),⁽¹²⁾ se hace referencia a la convicción de la persona, de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados.” “También está el modelo de Fernández et al. (2003), Actitud + Influencia social + Auto-eficacia,⁽¹³⁾ donde se propone que un paciente adherente debe tener una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, una influencia social que le incite a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de tomar la medicación como ha sido prescrita”

Paradójicamente, menciona el mismo estudio, “los avances en ayudas diagnósticas y a nivel farmacológico han logrado controlar las cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos pero no han logrado reducir exitosamente la morbimortalidad cardiovascular en los pacientes (Whelton et al., 2002)”.⁽¹⁴⁾

El estudio alude a que los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo otro comportamiento a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud; se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad; vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave; esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud (Amigo, Fernández & Pérez, 1998,⁽¹³⁾

Para ellos es claro “el impacto que tiene la falta de adherencia en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. Sin embargo, resaltan la complejidad y multiplicidad de los factores que determinan esta conducta. El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento.” Para Cáceres (2004)⁽¹⁵⁾ “las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.”

La intervención abarcó educación sobre la hipertensión arterial, autoeficacia, percepción de control sobre la enfermedad -autocontrol-, nutrición saludable, actividad física, cumplimiento del tratamiento farmacológico, consumo de alcohol y cigarrillo y manejo del estrés en lo referente a

identificación de eventos estresores; control fisiológico del estrés a través de respiración profunda; relajación muscular no-tensional y visualización; control cognitivo del estrés por medio de reestructuración cognitiva; desarrollo de habilidades de afrontamiento por medio del entrenamiento en solución de problemas y comunicación asertiva.

Los resultados relacionados a hábitos alimentarios determinaron que *“es importante resaltar el componente educativo con el apoyo de un profesional de nutrición y dietética en el programa. Se requieren instrucciones precisas en el caso de cambios en el comportamiento alimentario, orientación sobre eliminación de alimentos, cómo reemplazar unos por otros, reducción de porciones, el manejo de las calorías y lo más importante, reestructurar mitos y creencias culturales acerca de la valoración y/o descalificación de algunos alimentos en el manejo de la HTA. Es un componente que presenta serias dificultades para su intervención, confirmando lo planteado por Amigo, Fernández y Pérez (1998)⁽¹³⁾ con relación a la respuesta del paciente cuando el tratamiento entraña la pérdida de gratificaciones cotidianas (e.g., alimentos y/o actividades placenteras) o cambios en rutinas establecidas, el incumplimiento se establece rápidamente por reforzamiento negativo. Se confirma además la importancia de evaluar el mantenimiento de los hábitos alimentarios y el control del peso a lo largo del programa. Apreciaciones similares deben tenerse en cuenta para la condición física, actividad y deporte, que también presentó cambios significativos.*

Otro caso es un estudio piloto dirigido a comprobar dos diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo II⁽¹⁶⁾

Se parte de la base de que *“La educación en diabetes es una herramienta útil para lograr los objetivos pero diversos estudios han demostrado que, ofrecerla sin reforzar lo aprendido a través del tiempo, impide mantener los beneficios obtenidos inicialmente”.*

La investigación evaluó el impacto de dos estrategias: llamadas telefónicas mensuales y un curso semestral de reforzamiento en el control glucémico, la adherencia al tratamiento, la depresión y disfunción emocional asociadas a la diabetes después de un año de seguimiento. El estudio comprendía edades de 35 a 75 años a través de un año. Se incluyeron 70 pacientes que asistieron a un curso básico de dos días. Los pacientes tenían un medio socioeconómico bajo y también bajo nivel educativo (primaria)

Del grupo original se desprenden 3 subgrupos. Uno de ellos se mantuvo como un grupo de control que consistía en consultas cada cuatro meses con controles habituales. El otro grupo participa de un

curso educativo que es dirigido por un médico, una nutricionista, una enfermera especializada en diabetes y una psicóloga. El curso se extiende a lo largo de 5 horas y en él se refuerzan las consignas de autocuidado, invitando a los participantes, en número de 6 a 8 por grupo, a que traten de plantear soluciones a los inconvenientes que surgen en el día a día de su tratamiento. Un tercer grupo fue contactado telefónicamente en forma mensual por un médico quien realizaba preguntas y proponía también que los pacientes mismos identificaran posibles soluciones a los inconvenientes en su vida cotidiana en torno al tratamiento.

Los resultados se presentan sobre 59 pacientes. No se encontraron significativas diferencias a lo largo del estudio entre los 3 grupos donde se ve mayor porcentaje de mujeres (67,8%). El promedio de edad, 58 años. IMC de 27.

Se reconocen mejoras en las conductas de autocuidado en los grupos donde se intervino para el reforzamiento. Al cabo del estudio todos mejoraron sus conocimientos sobre la diabetes. En los grupos no se observaron diferencias teniendo en cuenta la edad, el IMC, y el control glucémico.

Los dos primeros grupos con seguimiento médico mejoraron su adherencia al tratamiento nutricional y el grupo a quienes se seguía en forma telefónica, mejoró su adherencia al tratamiento farmacológico y la aplicación de insulina, mejorando sus valores de HbA1c y logrando mayor práctica de ejercicio asociada también a un menor IMC, que ya tenían.

La disfunción emocional severa asociada a diabetes fue más notable en los participantes más jóvenes (< a 55 años), y no estuvo particularmente asociada a sexo, control glucémico, duración de la diabetes ni al tipo de reforzamiento.

En las conclusiones, los más bajos resultados se dieron en aquellos pacientes que eran obesos, sedentarios, con malos hábitos de alimentación previos y más aun con depresión y poco soporte social. En la disfunción emocional se observó peor resultado en el tratamiento traducido en internaciones y desarrollo de complicaciones asociadas a la enfermedad a largo plazo.

En todos los grupos se observó una adherencia al tratamiento farmacológico mayor al 85%, aun cuando no se pretendió influir en esto de manera específica. En caso de pacientes con mayor transcurso de la enfermedad los valores de HbA1c, fueron mayores

En otra investigación se trabajó sobre la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con obesidad o sobrepeso⁽¹⁷⁾ y se examinó la relación entre ésta y variables antropométricas, mediante un estudio transversal en 94 sujetos entre 20 y 50 años seleccionados de forma aleatoria en dos centros de atención nutricional de Medellín. La adherencia al tratamiento nutricional se evaluó aplicando un cuestionario, donde puntajes mayores o iguales a 24 se consideraron como adherentes

Los datos fueron recolectados por medio de tres encuestas: aspectos sociodemográficos, variables antropométricas y valoración de la adherencia. La información fue tomada por profesionales ND, quienes fueron previamente entrenados para garantizar la homogeneidad en la técnica y la calidad de los datos recolectados. Las tres encuestas fueron probadas en una muestra piloto de 15 pacientes, provenientes de las mismas instituciones y cumpliendo los mismos criterios de inclusión y exclusión, los que no fueron incluidos en el estudio.

El comportamiento de las variables antropométricas, según la adherencia al tratamiento nutricional, mostró de acuerdo con lo esperado, mejores resultados para los pacientes adherentes al mismo, con excepción del porcentaje de masa grasa, lo que reafirma la importancia del tratamiento nutricional y del empoderamiento de los pacientes en la consecución de mejores resultados.⁽¹⁸⁾ Un mayor porcentaje de población femenina, con una menor proporción de actividad física, podría ser la justificación para que no se presentaran diferencias en el porcentaje de tejido graso. Sin embargo, el hecho de que el PC arroje diferencias a favor de los adherentes, podría indicar una mejoría en los factores de riesgo cardiovascular por disminución de la adiposidad intraabdominal.

Otra investigación tomó como población blanco a pacientes de sexo femenino mayores de 20 años, que asistieron por primera vez a la consulta nutricional de la Fundación para la Investigación de Enfermedades Endocrino Metabólicas (FIEEM) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período comprendido entre Noviembre de 2010 y Marzo de 2011 inclusive.⁽¹⁹⁾

En el mismo se hace expresa mención a que *“La adherencia al tratamiento se ha convertido en un área de enorme interés en el abordaje de la obesidad durante los últimos años, y hoy en día los investigadores han comenzado a explorar este tema complejo aún no resuelto, donde los factores comportamentales y los subjetivos desempeñan un rol importante”*

A esta falta de adherencia se atribuye el impedimento para revertir las cifras epidémicas registradas en las estadísticas mundiales, pero además conlleva insatisfacción a los profesionales que se dedican a esta área del cuidado de la salud. También se reconoce que el tratamiento de las enfermedades crónicas demanda larga duración, con alta adherencia al mismo y un auto cuidado responsable para que se generen cambios en los hábitos de vida del paciente. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años.

Este estudio también menciona a Bandura⁽¹²⁾ y sus conceptos dentro del área de la teoría social cognitiva. La percepción de la autoeficacia para influir sobre el resultado de determinados

comportamientos. En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos.

El objetivo motivo de este trabajo de investigación fue estimar en mujeres adultas con sobrepeso u obesidad, la correlación entre el descenso del peso corporal y la percepción de la adherencia al tratamiento.

La mayoría de los estudios reportan un porcentaje bajo de adherencia a largo plazo. En la investigación, la auto-percepción de la adherencia al tratamiento dietético y al ejercicio físico en forma conjunta, fue mayor al 70% para el 47,3% de las mujeres estudiadas. Incluye el resultado de otras investigaciones señalando el trabajo llevado a cabo por Dansinger et al., que estudiaron la adherencia y efectividad sobre la reducción del peso y mejoría de factores de riesgo cardiovascular de cuatro dietas utilizadas en Estados Unidos: Atkins (restricción de carbohidratos), Zone (balance de macronutrientes), Weight Watchers (restricción calórica) y Ornish (restricción de grasa). Todas indujeron un modesto descenso de peso corporal que se correlacionó significativamente con la adherencia a la dieta, pero no con el tipo de ésta. No obstante, ninguna de las dietas logró una adherencia adecuada.

Al determinar la adherencia al tratamiento nutricional en mujeres con sobrepeso u obesidad, a mayor percepción de la adherencia al tratamiento mayor fue el porcentaje de pérdida de peso semanal. La consejería nutricional permite promover y mejorar la adherencia al tratamiento, ya que puede influir en la conducta del paciente para mejorar la adopción de habilidades de autocuidado.

Para el presente estudio, aspectos de lo expuesto en un estudio sobre diálisis pueden ayudar a ampliar la mirada netamente nutricional o farmacológica en cuanto a adherencia ya que se puede ilustrar sobre aspectos que no siempre se incluyen en otras investigaciones.

Se trata de un estudio sobre “Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados” descriptivo-correlacional y de corte transversal ⁽²⁰⁾ cuyo objetivo fue determinar la relación de la autoeficacia general y el estrés percibido con la adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. Se estudiaron 54 pacientes de tres centros de diálisis. La adherencia fue medida a través de autorreporte, de la ganancia de peso interdiálisis y de la potasemia. Se observó que la autoeficacia general presentaba relaciones directas con el auto-informe de adherencia global y a medicamentos, pero no con los indicadores objetivos de adherencia. El estrés percibido no mostró relación significativa con la adherencia, mientras que los autoinformes de adherencia a

medicamentos y a dieta mostraron una relación directa con la edad y una relación inversa con el tiempo de hemodiálisis.

Respecto a la autoeficacia en pacientes hemodializados, un estudio con 72 pacientes de hemodiálisis encontró que la autoeficacia específica para manejar la dieta se relacionaba con la adherencia al control de líquido. En otro estudio con 33 pacientes sometidos a hemodiálisis se encontró que la autoeficacia generalizada no tenía valor predictivo para los criterios de adherencia utilizados.

Informa esta investigación que el estrés es un concepto central en la psicología de la salud, ya que se trata de un proceso que puede ayudar a adaptarnos a los cambios ambientales, pero que también puede tener un papel central en la fisiopatología de diversas enfermedades. Una de las visiones del estrés más aceptadas en la actualidad es la que lo concibe como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El modelo destaca el rol de los factores cognitivos en la experiencia del estrés, siendo central la valoración que hace el individuo de la situación y la forma de afrontarla.

Los objetivos de este estudio fueron: a) examinar la relación existente entre la autoeficacia general y el estrés percibido con la adherencia terapéutica en pacientes hemodializados y b) analizar la relación entre la adherencia terapéutica y las variables tiempo de tratamiento de hemodiálisis y sexo.

En las conclusiones se encontró una relación inversa entre el tiempo de hemodiálisis y la adherencia informada a medicamentos y a la dieta, es decir los pacientes que llevan mayor tiempo en hemodiálisis informaron una menor adherencia al régimen terapéutico y a las indicaciones de la dieta, lo cual es consistente con lo informado por quienes encontraron que la adherencia a los horarios de inicio de la hemodiálisis era mejor en personas con menos tiempo de permanencia en hemodiálisis. Esto podría ser explicado, por la carga que representa para el paciente la prolongación del tiempo de tratamiento, produciendo cansancio y disminución en el cumplimiento de las prescripciones.

Con estos estudios observamos la necesidad de correlacionar la conducta expresada por el paciente con otros aspectos como por ejemplo, la capacidad para conectarse íntimamente con el cambio, ya que sería la demostración de adherencia para alcanzar mayor tiempo de tratamiento

3. Problema de Investigación

La extensión de la vida en las sociedades modernas ha permitido un estado de salud que favorece a las personas que superan los 60 años, manejarse en plenitud.

Para obtener mayores ventajas es importante que los pacientes de las enfermedades crónicas que se proponen en este estudio, acompañen su tratamiento con los cambios en las conductas nutricionales que hagan factible un mejor resultado a nivel farmacológico actuando en un organismo mejor preparado.

Al momento de poner en práctica las recomendaciones sobre alimentación sabemos que se ven interferidas por conductas automáticas de los pacientes y así, los posibles cambios se ven dificultados y/o diferidos.

El estudio intenta conocer cuáles son los factores facilitadores o los que se interponen a la hora de decidir sobre aquellos procesos recomendados por los profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento nutricional.

Ante esto el estudio propone averiguar las circunstancias que intervienen en la adherencia al tratamiento nutricional, farmacológico y al cambio en el estilo de vida, en caso de tratamientos crónicos (diabetes, obesidad, hipertensión, síndrome metabólico, enfermedad cardíaca) de pacientes mayores a 60 años habitantes en la Ciudad de Buenos Aires en 2014.

En este aspecto podrían enfocarse los tratamientos con mayor certeza en el direccionamiento del consejo nutricional.

Este estudio se enfoca en pacientes mayores de 60 años ya que se considera que pueden dedicarse con mayor atención al cuidado de sí mismos y alcanzar mejores resultados.

Por eso proponemos:

¿Qué circunstancias positivas o negativas intervienen en la adherencia al tratamiento nutricional, farmacológico y al cambio en el estilo de vida, en caso de tratamientos crónicos (diabetes, obesidad, hipertensión, síndrome metabólico, enfermedad cardíaca) de pacientes mayores a 60 años habitantes en la Ciudad de Buenos Aires en 2014?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Investigar las razones que identifican los pacientes mayores a 60 años con tratamientos crónicos, en hipertensión arterial, obesidad, síndrome metabólico, diabetes II y enfermedad cardíaca, que les generan barreras o les permiten sostener los cambios en el tratamiento nutricional, farmacológico y en el estilo de vida, decisivos para lograr efectos positivos para su calidad de vida.

4.2 Objetivos específicos

Verificar el grado de información que poseen los pacientes sobre su tratamiento nutricional.

Averiguar la percepción de los pacientes en cuanto a su adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional.

Enunciar las razones que surjan del análisis de encuestas sobre fortalezas y debilidades expresadas por los pacientes en relación al grado de adherencia a los tratamientos indicados.

5. Metodología

5.1 Diseño de investigación

El diseño del trabajo realizado fue de tipo descriptivo transversal.

5.2 Población y muestra

Población: La investigación se realizó en Centros de Jubilados de la Ciudad de Bs As a personas mayores a 60 años con prescripción de tratamientos crónicos por hipertensión arterial, diabetes II, obesidad, síndrome metabólico y enfermedad cardíaca

Muestra: La muestra es de tipo no probabilística accidental.

Criterios de inclusión

Personas que tengan prescritos tratamientos nutricionales y/o farmacológicos o de cambios de hábitos de carácter crónico en diabetes II, síndrome metabólico, obesidad, hipertensión arterial y enfermedad cardíaca

Personas que superen los 60 años

Personas que habiten en la Ciudad de Bs. As y asistan a centros de jubilados

Criterios de exclusión:

Personas menores a los 60 años

Personas que no tengan prescripción de tratamientos por enfermedades crónicas ya señaladas

Personas que teniéndolos, se encuentren hospitalizados

Personas que no vivan en la Ciudad de BS AS

Personas con tratamientos crónicos que incluyan tratamientos por depresión

Personas con estados de salud que requieran asistencia permanente.

Criterios de eliminación

Personas que no completen la encuesta por completo.

Personas que decidan abandonar la continuidad de la investigación

Variables Universales

Edad:

- de 60 a 70 años
- de 71 a 80 años
- más de 80 años

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Condiciones de trabajo:

- Trabaja
- Jubilado
- ambos

Nivel educativo completo:

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

Situación de convivencia:

- Vive solo
- Convive con otras personas

Nivel de ingresos:

- menos de \$ 5.000
- entre \$ 5,000 y \$ 10.000
- más de \$ 10.000

Relación /vida social asiste a:

- Reuniones de familia
- Reuniones de amigos
- Espectáculos
- Hobbies
- Otros

Variables en estudio

Comorbilidades Presentes:

- | | | |
|-----------------------|----|----|
| - Hipertensión | SI | NO |
| - Obesidad | SI | NO |
| - Síndrome metabólico | SI | NO |
| - DBT II | SI | NO |
| - Enfermedad cardiaca | SI | NO |

Hábitos del Estilo de Vida

- | | | |
|--------------------|----|----|
| - Actividad física | SI | NO |
| - Fumador | SI | NO |
| - Alcohol | SI | NO |

Tratamiento Farmacológico Indicado:

- | | | |
|-----------------------|----|----|
| - Hipertensión | SI | NO |
| - Obesidad | SI | NO |
| - Síndrome metabólico | SI | NO |
| - DBT II | SI | NO |

- Enfermedad cardiaca SI NO

Percepción de cumplimiento del Tratamiento Farmacológico:

1. Cumple
2. Cumple a veces
3. Incumple

Tratamiento Nutricional Informado por:

- Médico
- Nutricionista
- Ambos

Considera que ha sido suficientemente informado en lo nutricional:

- Fue suficiente
- No fue suficiente

Cuanto tiempo hace que le indicaron un tratamiento nutricional: (Años)

Objetivo del tratamiento nutricional:

- Hipograso
- Hiposódico
- Hipocalórico
- Controlado en HdC

Indique percepción del grado de cumplimiento:

1. Cumple
2. Cumple a veces
3. Incumple

Escala de Confianza: (Autoeficacia percibida en el tratamiento nutricional)

1. No estoy seguro de poder hacerlo
2. Relativamente seguro de poder hacerlo
3. Totalmente seguro de poder hacerlo
4. No sabe / No contesta

Encuesta sobre Autoeficacia: (Estime cuán seguro esta de poder realizar regularmente las recomendaciones nutricionales indicadas. (1.- No estoy seguro de poder hacerlo. 2.- estoy relativamente seguro de poder hacerlo. 3.- estoy totalmente seguro de poder hacerlo. 4.- No sabe/ no contesta))

- Cuando me encuentro angustiado, estresado, apurado
- Cuando aparecen síntomas
- Antes de visitar al médico
- Cuando tengo que recuperarme de un aumento de glucemia, pico de hipertensión, LDL alto, TGL alto, palpitaciones, aumento de peso, etc.
- Cuando me siento bien
- Cuando compruebo que tengo buenos resultados
- Cuando experimento problemas económicos
- Cuando me dicen que me perjudico si no me cuido
- Cuando llega el fin de semana
- Cuando tengo visitas
- Cuando no consigo mejorar los valores de control
- Cuando mi familia y amigos no me apoyan
- Cuando no tengo los alimentos que debo consumir
- Cuando me siento seguro que el medicamento me lo resuelve
- Cuando estoy de vacaciones
- ¿Qué cree que lo ayuda a cumplir?
- ¿Qué cree que le dificulta?

Método de recolección

Se administró encuesta por entrevista personal.

5.3 Reflexiones sobre la encuesta

En primer lugar se destaca la dificultad para obtener respuestas a la encuesta, a partir de lo cual la misma se planteó en centros de jubilados debido a que en la vía pública se observa alta reticencia a responder. En centros de jubilados se esperó encontrar personas del rango de la edad planteada, que

pudieran responder de modo independiente, sin influencias como podría ocurrir en ambientes protegidos como centros de internación.

Estos centros de jubilados se encuentran en distintos barrios de la Ciudad de Bs. As.

Otro dato es la diferencia numérica entre hombres y mujeres ya sea en el caso de asistentes a los centros como así también para aceptar responder.

De las 40 encuestas respondidas se observó la dificultad por parte de algunos encuestados para identificar las enfermedades mencionadas para el estudio. El requerimiento para la encuesta se basó en pacientes que estuvieran en tratamiento partiendo de un diagnóstico médico para las enfermedades crónicas objeto del estudio. Algunas respuestas reflejaron la falta de tratamiento farmacológico o nutricional para las enfermedades encuestadas o bien, se referían a otras enfermedades crónicas como el caso de tiroides o de carácter óseo (como osteoporosis o artrosis) por lo que estas encuestas no fueron incluidas. En otros casos las encuestas fueron deficientemente respondidas cuando se indagó sobre aspectos del tratamiento nutricional y conocimiento del mismo dejando estos datos inconclusos.

Las mayores dificultades se presentaron en el espacio dedicado a la Autoeficacia. En este caso se intentó explorar el manejo nutricional en el día a día del paciente desde el punto de vista del mismo ante situaciones corrientes; donde aparecieron allí espacios sin respuesta, se determinó como: No sabe/ No contesta.

6. Resultados

Finalmente el número de encuestas aceptadas quedó en 31.

Para caracterizar la población encuestada se puede observar en los Gráficos N°1 y N°2 que el grupo definitivo se formó con 26 mujeres (83,87%) y 5 hombres (16,7%) a partir de los 60 años. Las edades de hombres y mujeres se consideraron en tramos desde 60 a 70 años, de 71 a 80 y mayores de 80 años.

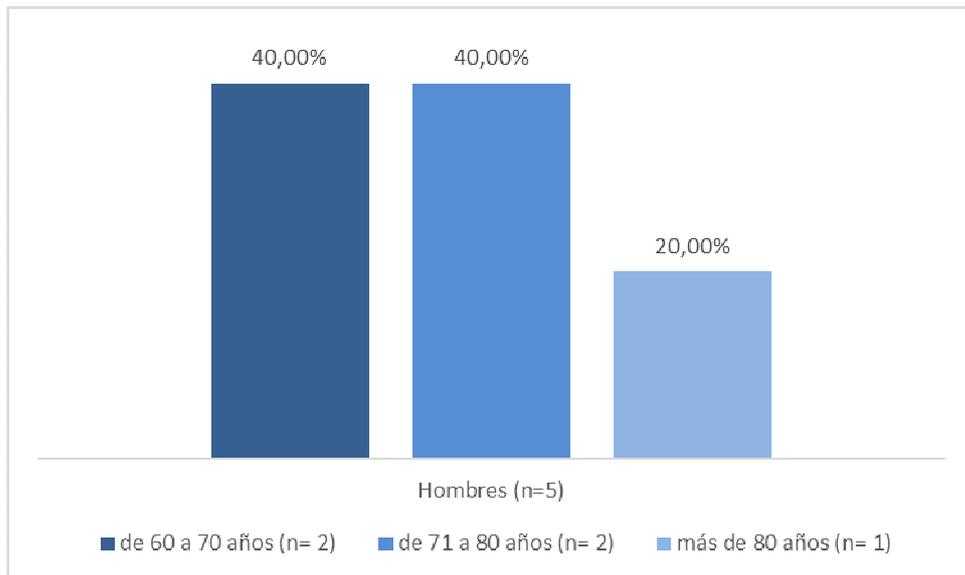


Gráfico N°1. Hombres y su distribución de edades.

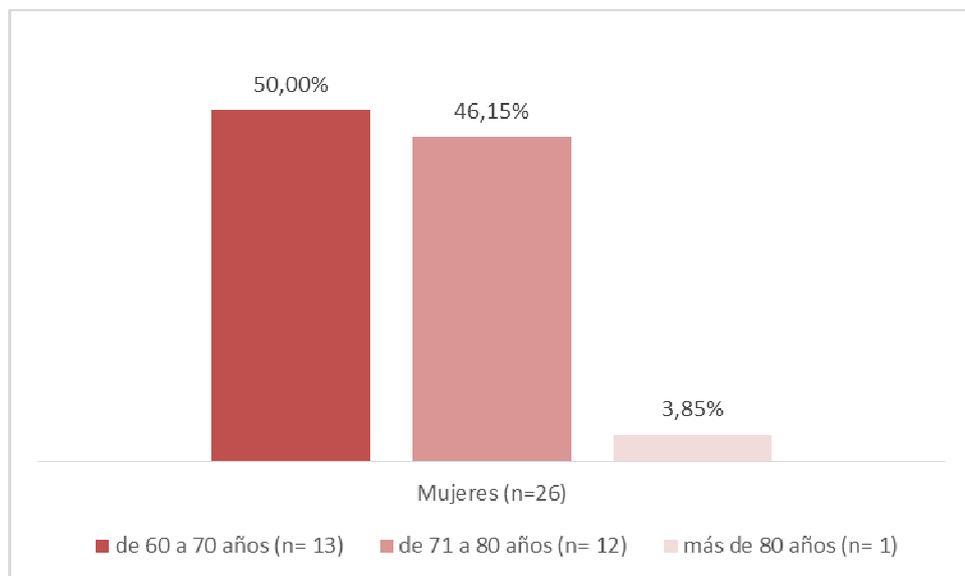


Gráfico N°2. Mujeres y su distribución de edades

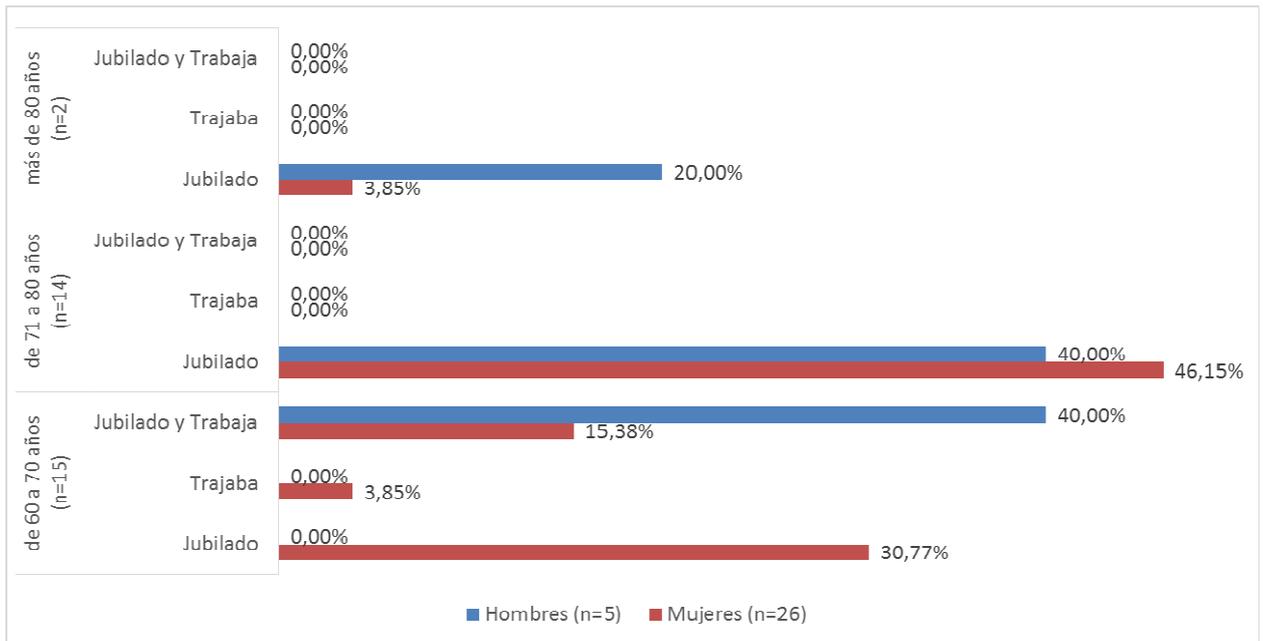


Gráfico N°3. Composición según edad y ocupación de encuestados

En el Gráfico N°3 se observa la distribución por sexo y edad de los encuestados en relación a su ocupación. Pasados los 71 años no hay personas en actividad.

Otra característica de los encuestados muestra en el Gráfico N°4 la composición relativa a la convivencia en base a hombres y mujeres por separado. Según los datos de la encuesta conviven (45,16% en 14 respuestas) y no conviven (54,84% en 17 respuestas)

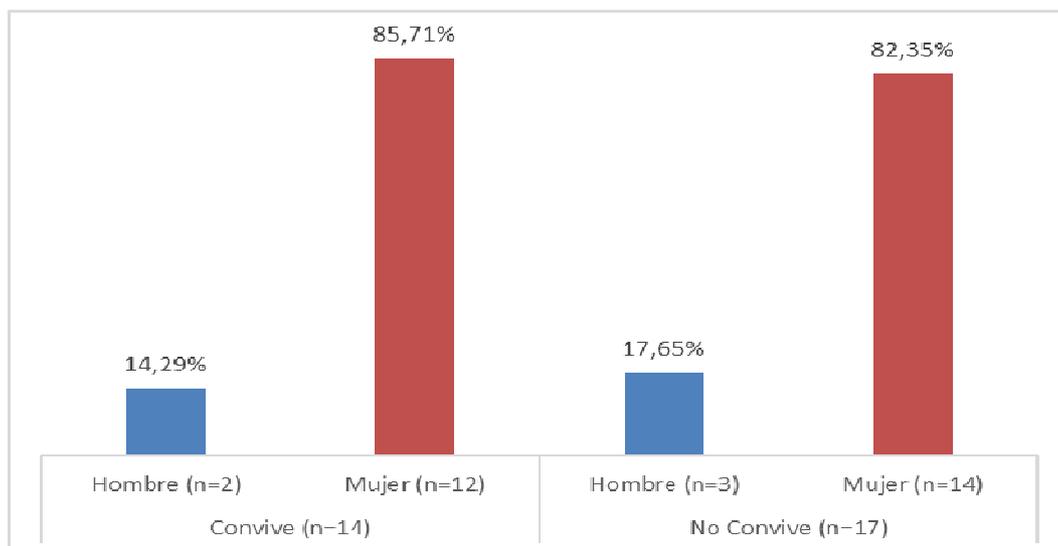


Gráfico N°4. Composición relativa a la convivencia y sexo

En el Gráfico N°5 se considera el nivel económico de los participantes.

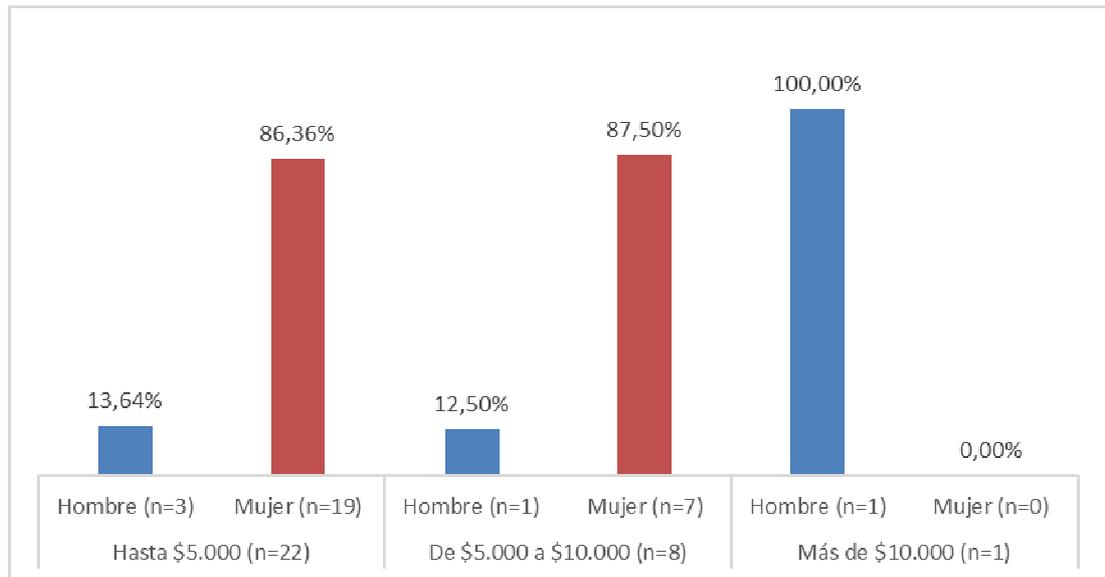


Gráfico N°5. Nivel Económico

En el Gráfico N°6 se hace referencia a características de relación social partiendo de la base de que, perteneciendo a centros de jubilados, pueden elegir sumarse o no a actividades que no pertenezcan al ámbito familiar y ampliar en ese u otro ámbito su vida de relación.

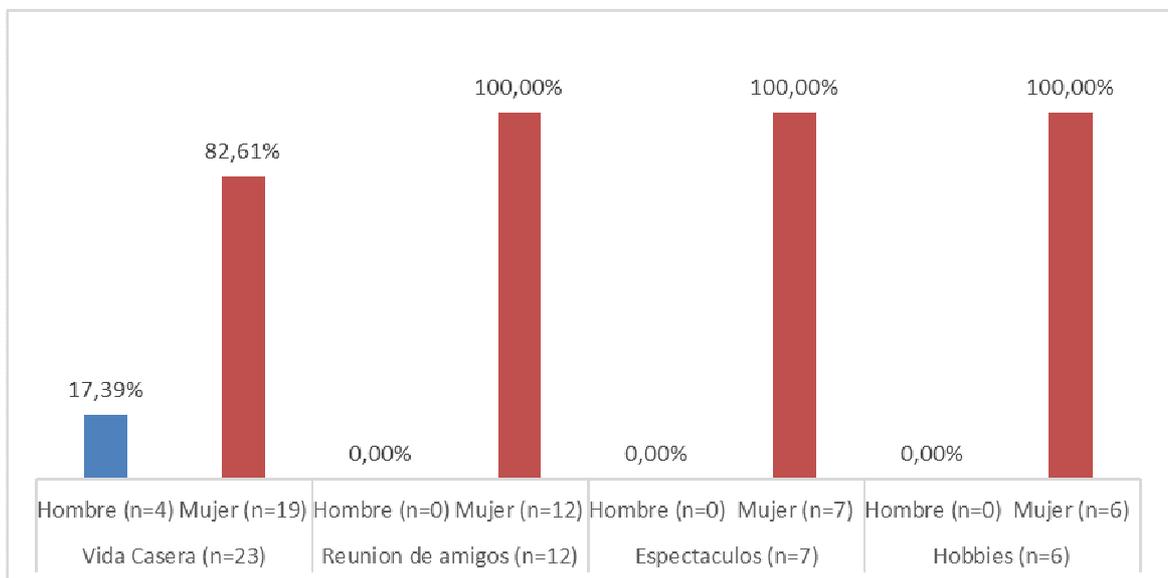


Gráfico N°6. Vida Social

El resultado muestra la preponderancia de las mujeres en sumarse a actividades de tipo social. El número de hombres es considerablemente menor por lo que puede distorsionar el resultado.

Otro aspecto que se encuestó fue el nivel alcanzado en su educación. Gráfico N°7. El agrupamiento en el nivel primario y secundario respondería a las consideraciones sobre el tema propios de la etapa dedicada a la actividad educativa en su juventud, donde era suficiente alcanzar ese desarrollo.

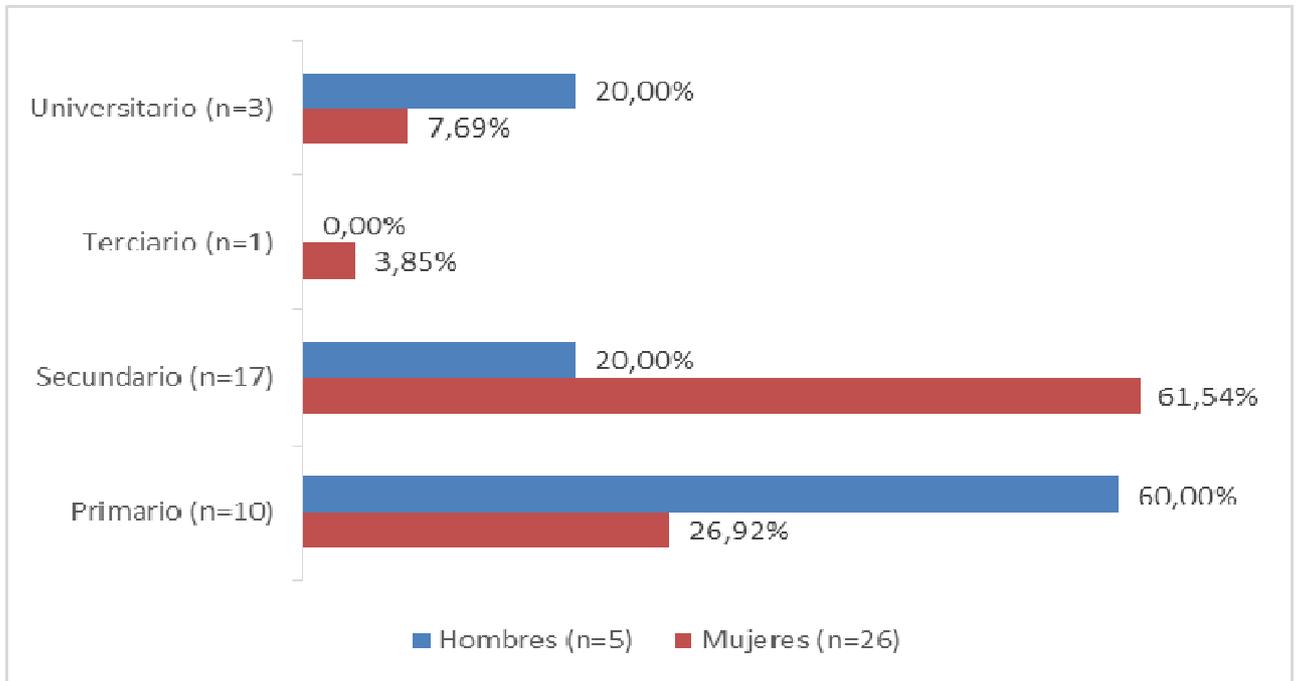


Gráfico N°7. Nivel Educativo

Hasta aquí los gráficos que identifican las características de la población encuestada.

Cuando se indaga sobre las patologías informadas por los pacientes se comprobó que algunos de ellos se encuentran afectados por más de una enfermedad crónica. Gráfico N°8.

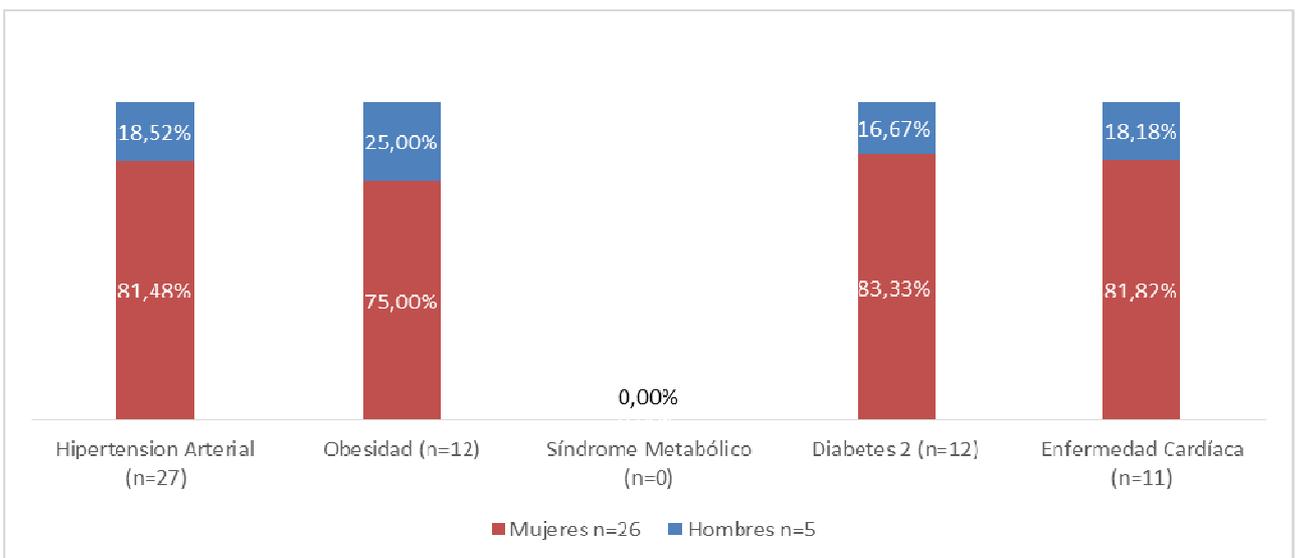


Gráfico N°8. Afecciones crónicas declaradas por los pacientes

Tomando en cuenta el número total de encuestados la hipertensión arterial es el padecimiento más respondido. En segundo término con leves diferencias la obesidad y la diabetes y por último, la enfermedad cardíaca.

Es de destacar la falta de respuesta en “síndrome metabólico” como una de las afecciones consultadas. El no tener repregunta no permite asegurar si se trata de desconocimiento del paciente por la falta de información de su médico o por tratarse de una afección sub diagnosticada como tal. Se supone que los pacientes son agrupados en diabetes II o en la enfermedad cardíaca.

También se encuestan los tratamientos farmacológicos indicados para constatar el cumplimiento del mismo. No todas las patologías son medicadas como ocurre en el caso de la obesidad pero se supone algún grado de indicación nutricional para el control de las mismas. Gráfico N°9.



Gráfico N°9. Tratamiento farmacológico por enfermedad en hombres y mujeres

En relación al estilo de vida los pacientes responden según el Gráfico N°10

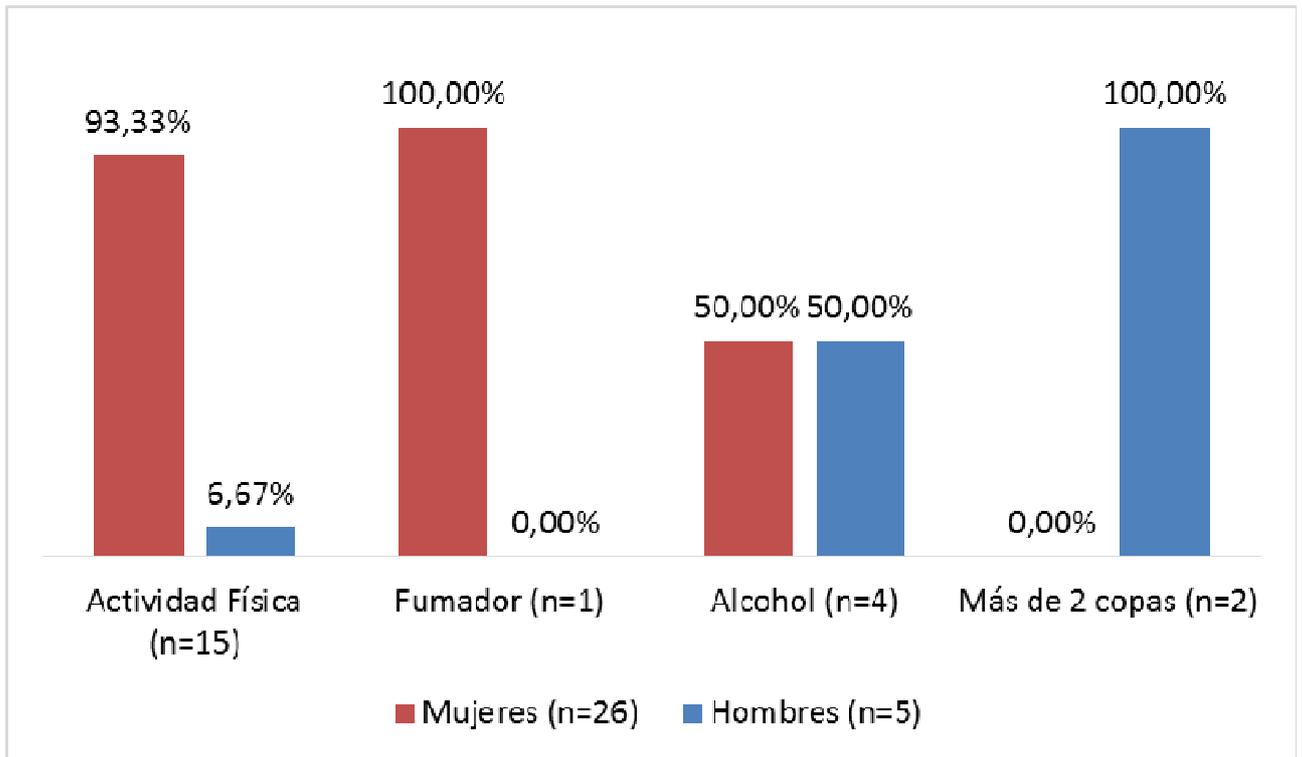


Gráfico N°10. Estilo de Vida

Aun cuando la actividad física es lo más respondido, la cantidad de respuestas es inferior a la cantidad de patologías que la hacen recomendable. Los fumadores o quienes beben alcohol tienen un porcentaje menor respecto del total de encuestados; en este caso no se hizo ninguna pregunta para saber si éste ha sido un cambio en el estilo de vida realizado al momento del diagnóstico.

No hay respuestas en todos los casos sobre el tiempo que llevan de tratamiento por lo que se hace un promedio de 7,45 años, dentro de un rango que abarca de tres meses hasta 30 años.

Un punto considerado de importancia es quién recomienda las pautas (Gráfico N°11) del tratamiento nutricional una vez conocido el diagnóstico de la patología a tratar y también se indagó sobre el grado de satisfacción de parte del paciente sobre la información recibida. Según Gráfico N°12.

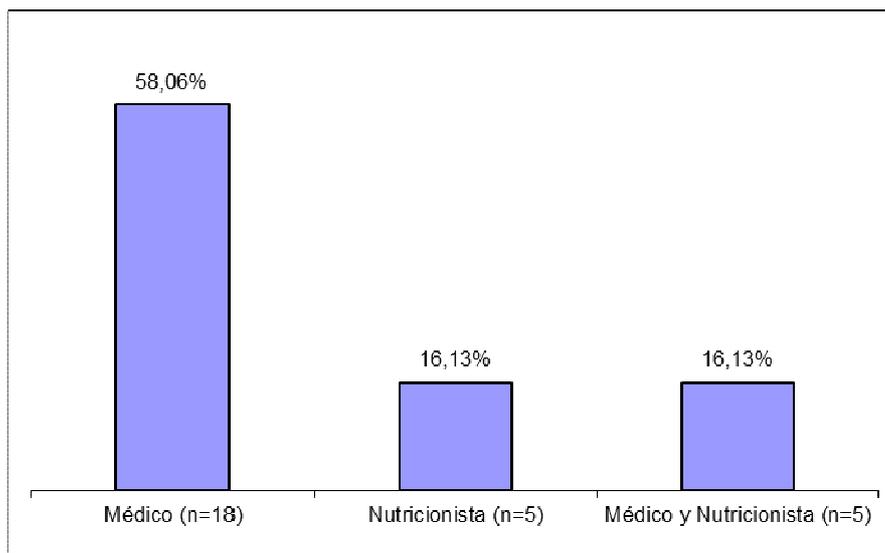


Gráfico N°11 . Profesional informante del tratamiento nutricional.

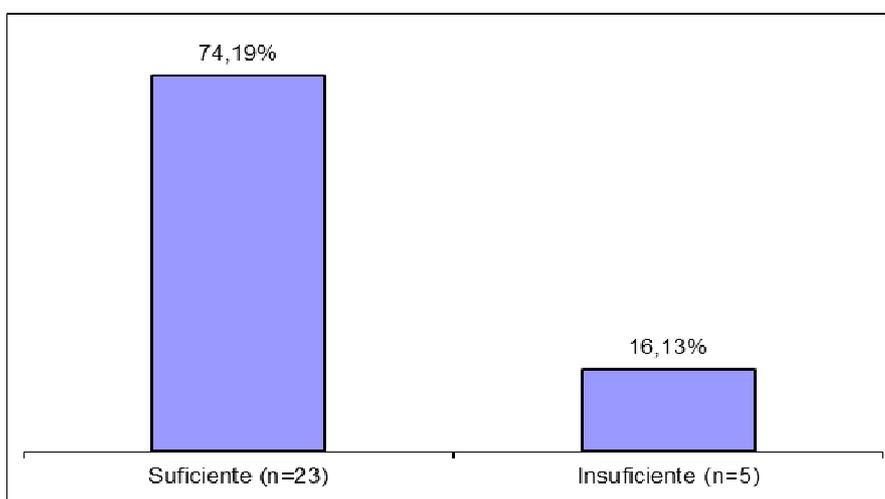


Gráfico N°12 . Grado de satisfacción sobre la información recibida.

En primera instancia se ve al médico (58,06%, por 18 personas) señalado como el mayor responsable de la información nutricional. Por otro lado y en un porcentaje similar de acuerdo al número de las personas que lo respondieron, vemos la intervención del nutricionista (5 personas) y también juntos al nutricionista y al médico (5 personas) que suman el 32,26%, en la tarea de informar el tratamiento nutricional.

La respuesta sobre el nivel de conocimiento y satisfacción de la información sobre el tratamiento nutricional se vuelca mayormente a considerarlo suficiente, sin embargo, sería necesario indagar periódicamente para evaluar el tratamiento que los pacientes hacen concretamente.

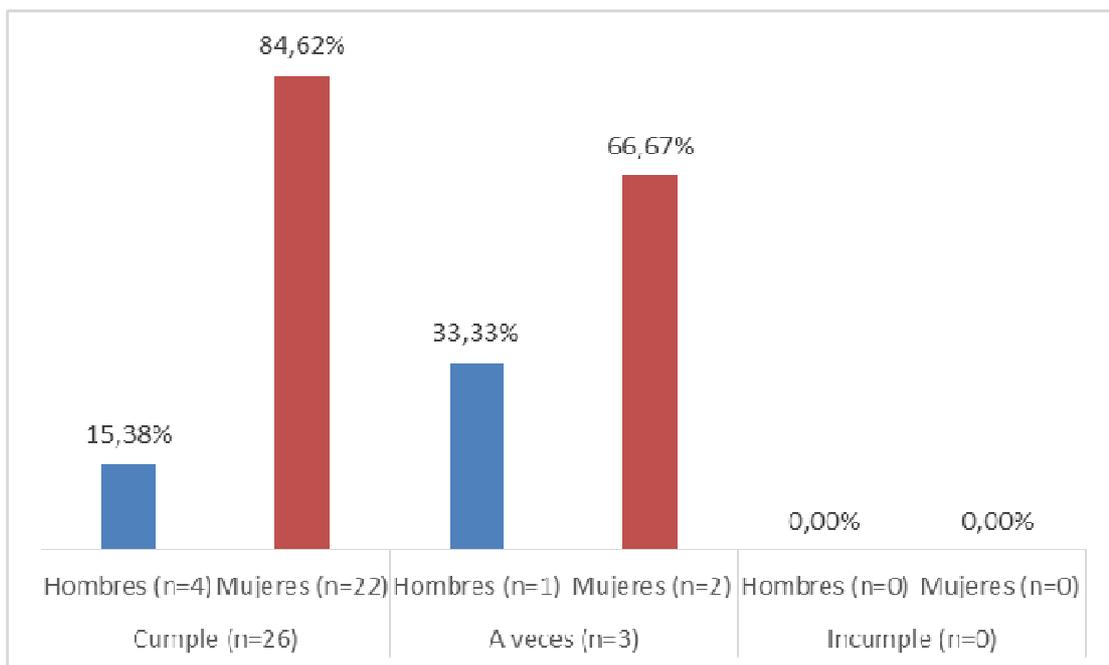


Gráfico N°13 . Percepción de adherencia Farmacológica

En el Gráfico N°13 se muestra la percepción de los pacientes sobre su adherencia al tratamiento farmacológico en hombres y mujeres cuando se les pregunta directamente sobre si: cumple, cumple a veces o incumple. No hay respuestas de incumplimiento al tratamiento farmacológico.

En el caso del Gráfico N°14 se diagrama la adherencia percibida al tratamiento nutricional que los pacientes responden según: cumple, cumple a veces o incumple.

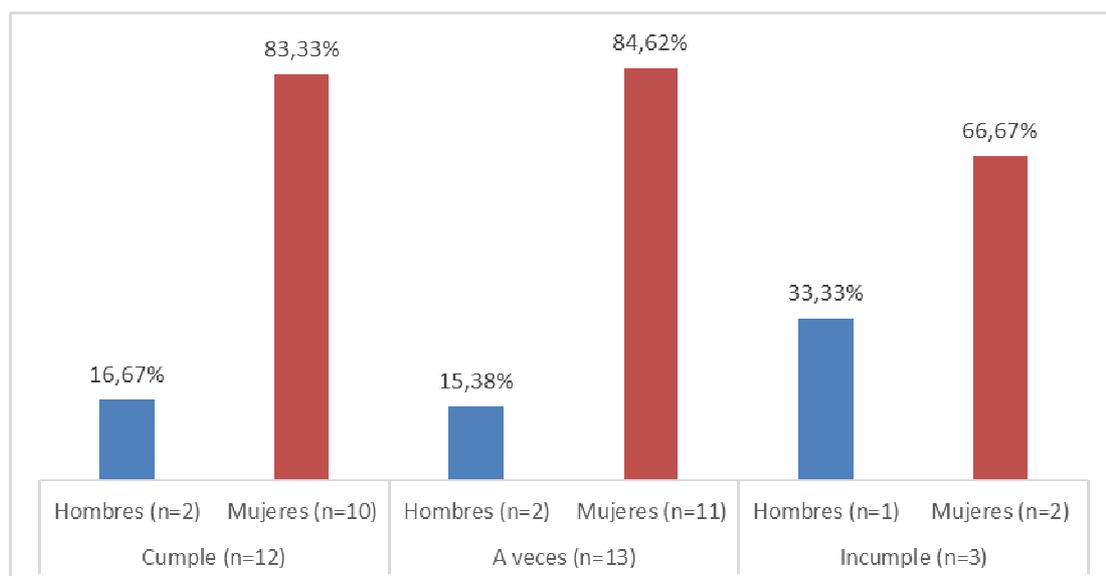


Gráfico N°14 . Percepción de adherencia al tratamiento nutricional

Analizando la conducta de adherencia al fármaco y la adherencia al tratamiento nutricional se muestra una significativa diferencia. No hay registro de “incumple” en el tratamiento farmacológico. Una manera de interpretarlo sería que se atribuye a la medicación lo más importante y vital del tratamiento. También y, teniendo en cuenta la alta estima con que se considera la tarea del médico, se interpreta como acatamiento hacia su palabra.

En lo nutricional la adherencia esta más distribuida en los aspectos de cumple y cumple a veces y también admiten respuestas en incumplimiento. Desde luego la adherencia en este aspecto tiene más componentes psicosociales que lo atraviesan y dificultan las respuestas.

De las respuestas de los pacientes sobre su impresión de adhesión al tratamiento nutricional (1: cumple, 2: cumple a veces y 3: incumple) y el grado de autoeficacia que los mismos pacientes consideran para sí, (en este caso, las categorías eran: 1 –no estoy seguro de poder hacerlo, 2 -estoy relativamente seguro de poder hacerlo y 3 -estoy totalmente seguro de poder hacerlo) se confecciona el Gráfico N°15, como un mix de las respuestas que el mismo paciente proporciona. En

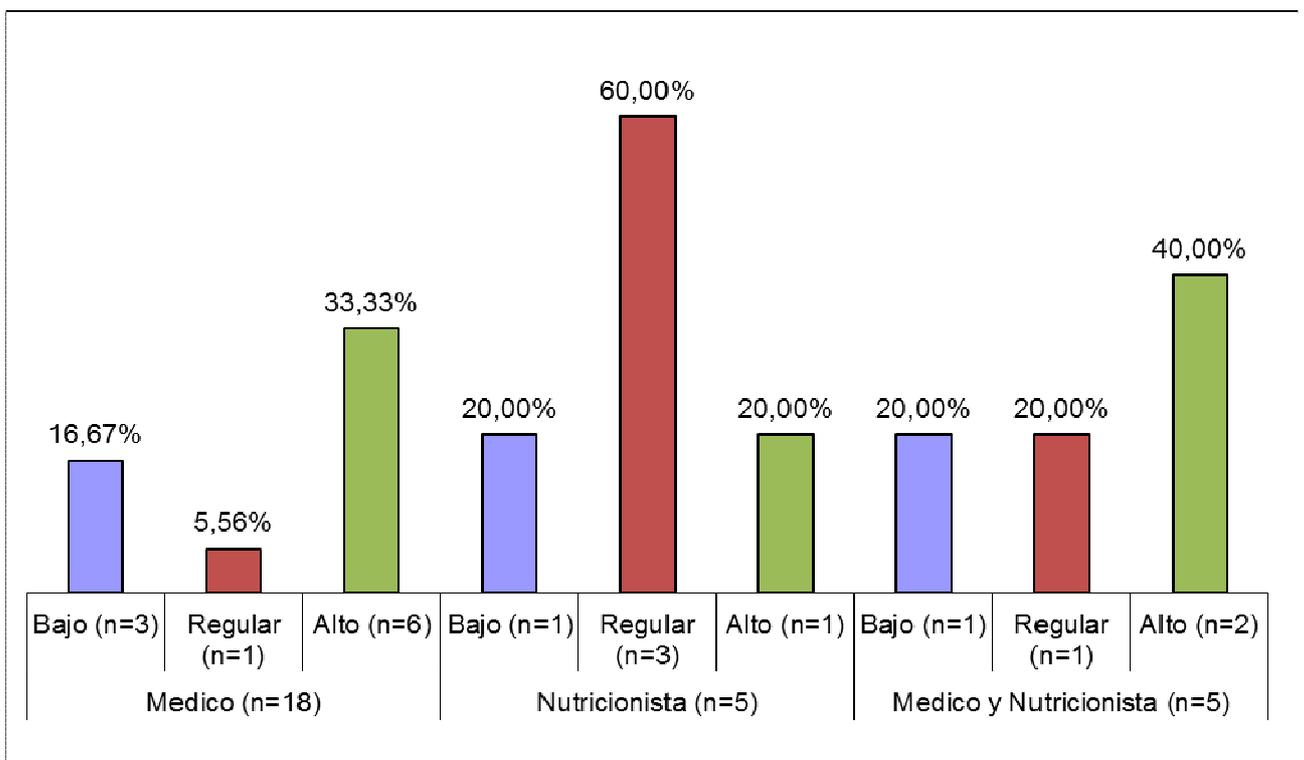


Gráfico N°15 . Grado de adhesión /autoeficacia según pacientes en tratamiento nutricional

el mismo se mide la adhesión que los pacientes se asignan en ambas categorías comparando, además, con quién les informó al inicio el tratamiento nutricional.

La medición surge de una convención donde 1 en ambas respuestas (cumple y no estoy seguro de poder hacerlo) se considera un valor de baja adhesión; valor de 1 en “cumple” y 2 en “estoy relativamente seguro de poder hacerlo”, se toma como regular. Valor 1 “cumple” y 3 en “estoy seguro de poder hacerlo” se considera nivel alto. En las combinaciones de 2 en “cumple a veces” y 1 en “no estoy seguro de poder cumplirlo” se consideró bajo nivel. Al combinar 2 “cumple a veces” y 2 en “estoy relativamente seguro de hacerlo” se consideró regular. Si la respuesta es 2, “cumple a veces” y 3, “estoy seguro de poder cumplir” se asignó como regular. Por último, para el caso de que las respuestas sean 3 “incumple” y 1, “no estoy seguro de poder hacerlo”, se asignó bajo nivel. Cuando aparece 3 “incumple” y 2 en “estoy relativamente seguro de poder hacerlo” se asignó nivel regular y el caso de 3 “incumple” combinado con 3 “estoy seguro de poder hacerlo” se asignó nivel regular.

Si se hace la comparación con el total de respuestas (28), quienes han sido informados por el médico, corresponden a un 21,42% en el nivel alto de adherencia. Quienes fueron informados por nutricionista son el 3,57% del nivel alto de adherencia y quienes tuvieron información dada por médico y nutricionista corresponden al 7,14% en el nivel alto sobre el total de respuestas. Al considerar todas las respuestas, el médico concentró el 64,28% de la prescripción nutricional, el nutricionista atendió al 17,85% del total de respuestas, al igual que el médico y el nutricionista juntos.

Cuando se explora el grado de satisfacción en cuanto a la información obtenida del profesional, una primera observación indica diferencias entre lo que el paciente expresa como su tratamiento nutricional y lo que surge como lo que el paciente debiera seguir.

Es difícil atribuir a los profesionales directamente o hacer responsable al paciente de su falta de conocimiento o de memoria respecto a la falta de información que revela en la encuesta. Deberían ser materia de evaluación los datos que el paciente puede retener en sucesivas etapas de tratamiento para completar los aspectos que hacen a una adherencia cada vez más efectiva a un tratamiento de tipo nutricional, facilitando también la metodología en materia de adquisición de alimentos de acuerdo a su nivel de ingresos y a la preparación de los mismos.

En el siguiente paso comparamos el tratamiento nutricional que el paciente dice seguir y sobre el cual se hicieron las anteriores consideraciones, con una asignación de tratamiento acorde a las patologías de cada paciente, desde el punto de vista de un profesional nutricionista. Gráficos N°16 y N°17.

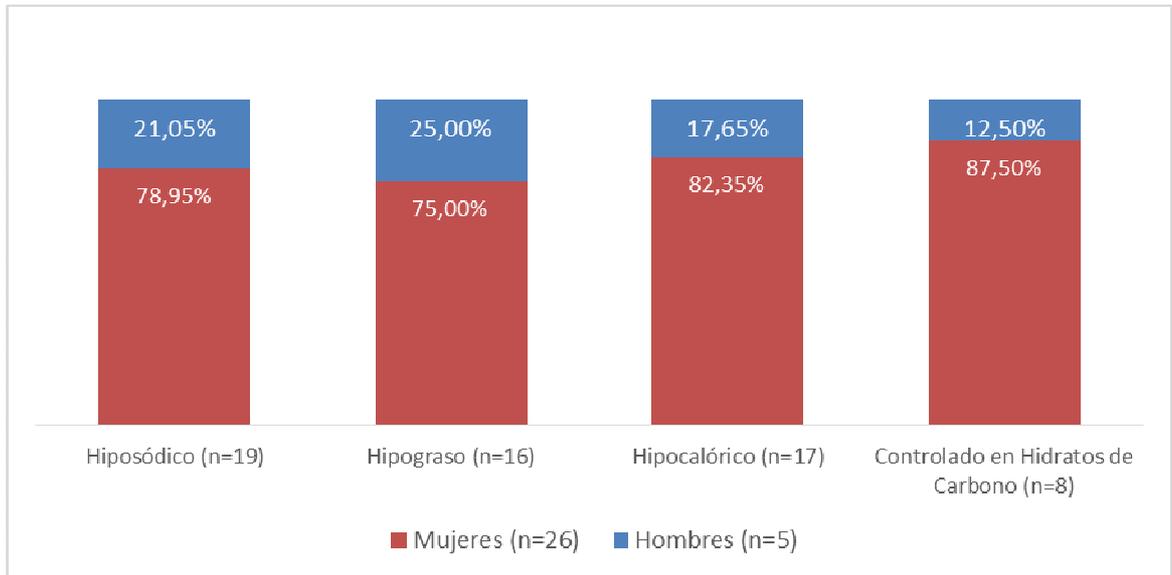


Gráfico N°16 . Objetivo del tratamiento nutricional que “dice tener” el paciente.

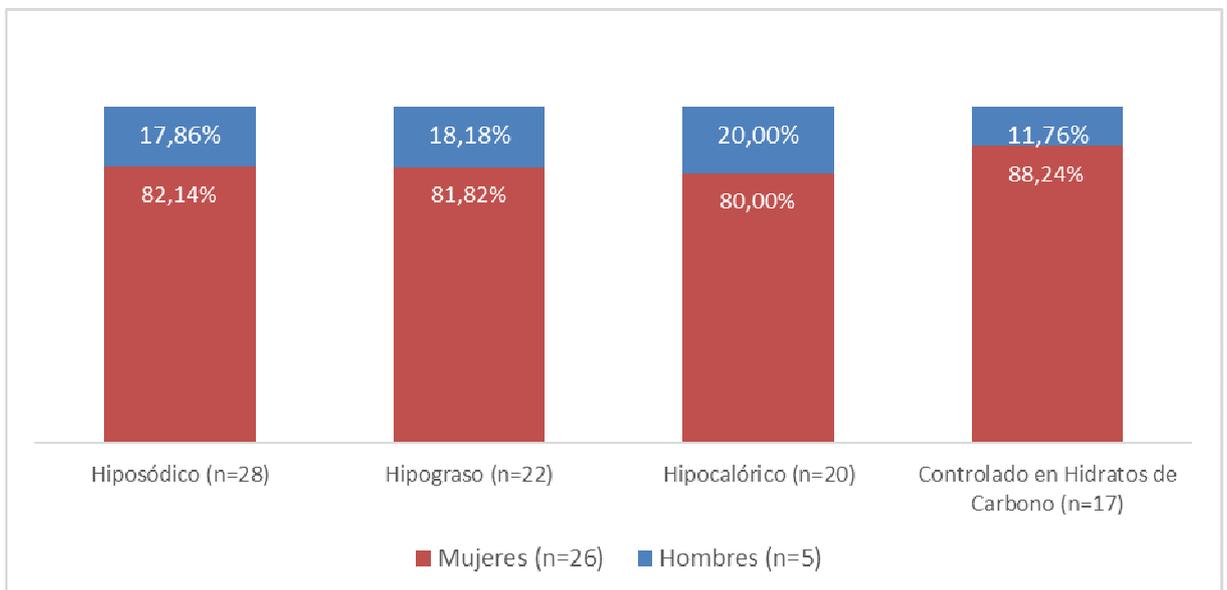


Gráfico N°17 . Objetivo del tratamiento nutricional que “debería tener” el paciente.

En esta comparación aparecen datos sobre la necesidad de prescribir 87 tratamientos contra los 60 que se observan de parte de los encuestados. Esta diferencia se relaciona con que los pacientes dan su versión sobre las patologías que se encuentran atendidas y los tratamientos que dicen hacer y, sobre la información de dichas patologías se hacen las recomendaciones pertinentes a los tratamientos que se considera, deberían seguir.

En cada categoría se incorporarían más pacientes para controlar sus respectivas enfermedades crónicas, por lo que se justifica que el porcentaje de pacientes aparezca más alto.

Tomando en cuenta esta conclusión última se cree que el grado de satisfacción expresado por los pacientes, condice más con desconocimiento, olvidos o la falta de evaluación a medida que avanzan en su tratamiento y que, si se volviera a hacer esta pregunta, aparecerían otros datos.

En este caso la intervención del nutricionista sería importante para controlar el tratamiento y las sucesivas entrevistas permitirían un marco adecuado a las adaptaciones necesarias para mejorar la adherencia y hasta posibles desviaciones del mismo, impidiendo que el paciente ingrese en un descuido prolongado que lo perjudique en el tratamiento completo de su patología.

Otro de los objetivos de la encuesta fue definir qué situaciones facilitan o crean barreras para conseguir la adherencia al tratamiento nutricional.

Este objetivo se trabajó con el cuadro correspondiente a la percepción de autoeficacia. El mismo se desdobló en una primera pregunta que se define por categorías como: 1- No estoy seguro de poder hacerlo; 2- relativamente seguro de poder hacerlo; 3- totalmente seguro de poder hacerlo y 4- No sabe/ No contesta.

En la encuesta, los pacientes se expresaron con un alto nivel en su enfoque por mostrarse eficaces en un 29% en la realización del tratamiento. Es decir, *a priori* una importante percepción de cumplimiento de sus tratamientos. Cabe aclarar que 11 personas (de las 31 de la encuesta) no saben/ no contestan este punto. Gráfico nº18.

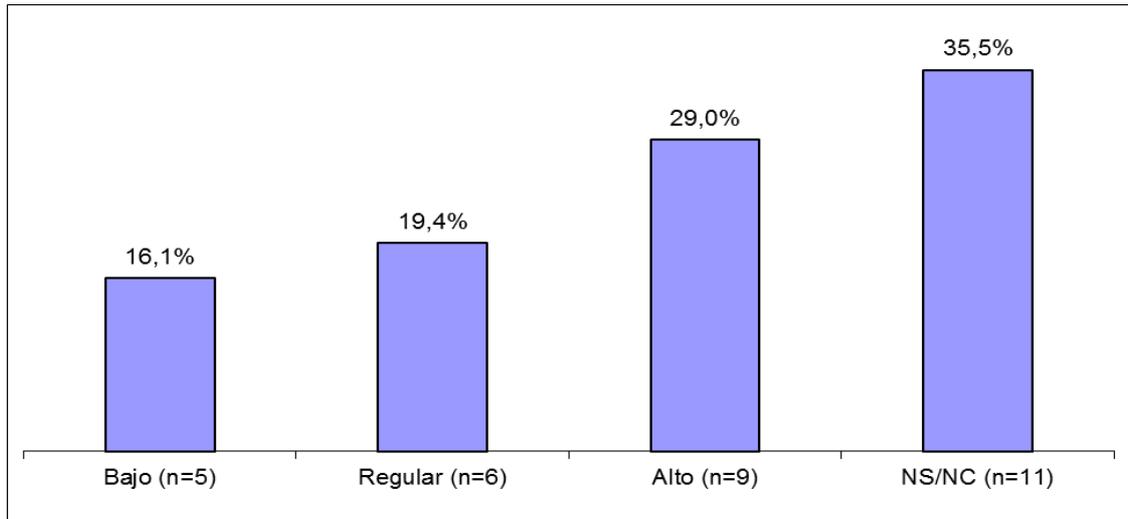


Gráfico N°18 . Percepción de Autoeficacia Informado por el Paciente.

En la segunda parte de la encuesta sobre percepción de autoeficacia se hicieron 15 propuestas a las que debían responder con las mismas características ya expuestas en la anterior consigna. De esas respuestas se confeccionó el siguiente cuadro resumen. Gráfico N°19.

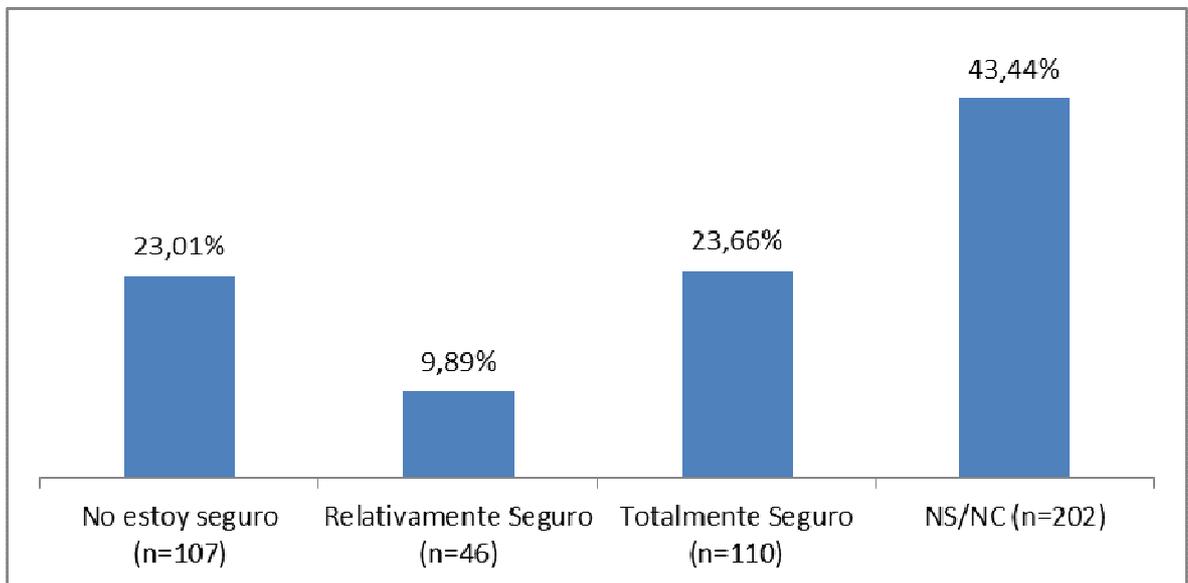


Gráfico N°19 . Resumen de Características de Autoeficacia por encuestado

La inclusión del análisis de la autoeficacia separada en 15 posibilidades se pensó para examinar desde otra perspectiva las respuestas de los encuestados y lograr mayor profundidad y detalle a lo respondido. Como este gráfico lo muestra, hay sustanciales diferencias en todas las categorías respecto de la propuesta general, con lo cual queda claro que frente a los puntos propuestos las respuestas despejan la conducta de autoeficacia de modo más consistente.

Dado el alto grado del “no sabe/ no contesta” se consideró que las propuestas de esa parte de la encuesta son datos nuevos para los encuestados por lo que faltan respuestas en algunas de las opciones. Ellos no respondieron completamente, aun cuando se les aclaraba el objetivo, y se supone que no advierten que se trata de conductas automatizadas en su proceder en el tratamiento nutricional, que terminan impactando en la regularidad de los mismos. Es decir que no advierten la correlación entre las conductas que desarrollan y las ocasiones en las que transgreden sus tratamientos.

Los siguientes gráficos (Gráfico N°20 y N°21) dan cuenta de los resultados de las 15 propuestas de cómo cada uno se comportaría ante los casos que se consultaron.

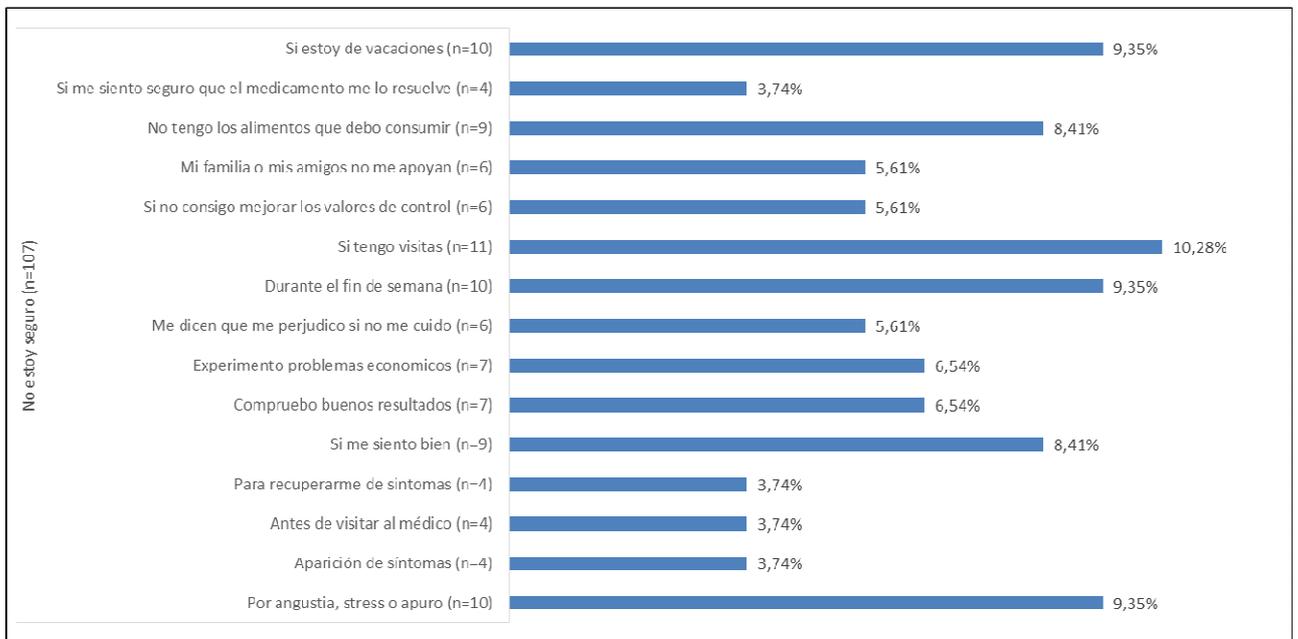


Gráfico N°20. Autoeficacia: “No estoy seguro de poder cumplir”

En el “no estoy seguro de poder hacerlo” las respuestas se acumulan principalmente en el caso de tener visitas, sentirse angustiados o estresados, atravesar el fin de semana o encontrarse de vacaciones. Pueden identificarse como barreras ante la continuidad del tratamiento con mayor número de respuestas.

En la respuesta a “si me siento bien”, se ha visto en los estudios ya expuestos, que la falta inmediata de síntomas provoca cierta confianza en que el tratamiento no se hace estrictamente necesario. Se corrobora con “compruebo buenos resultados” donde se puede inferir una reducción en la atención dirigida al cumplimiento.

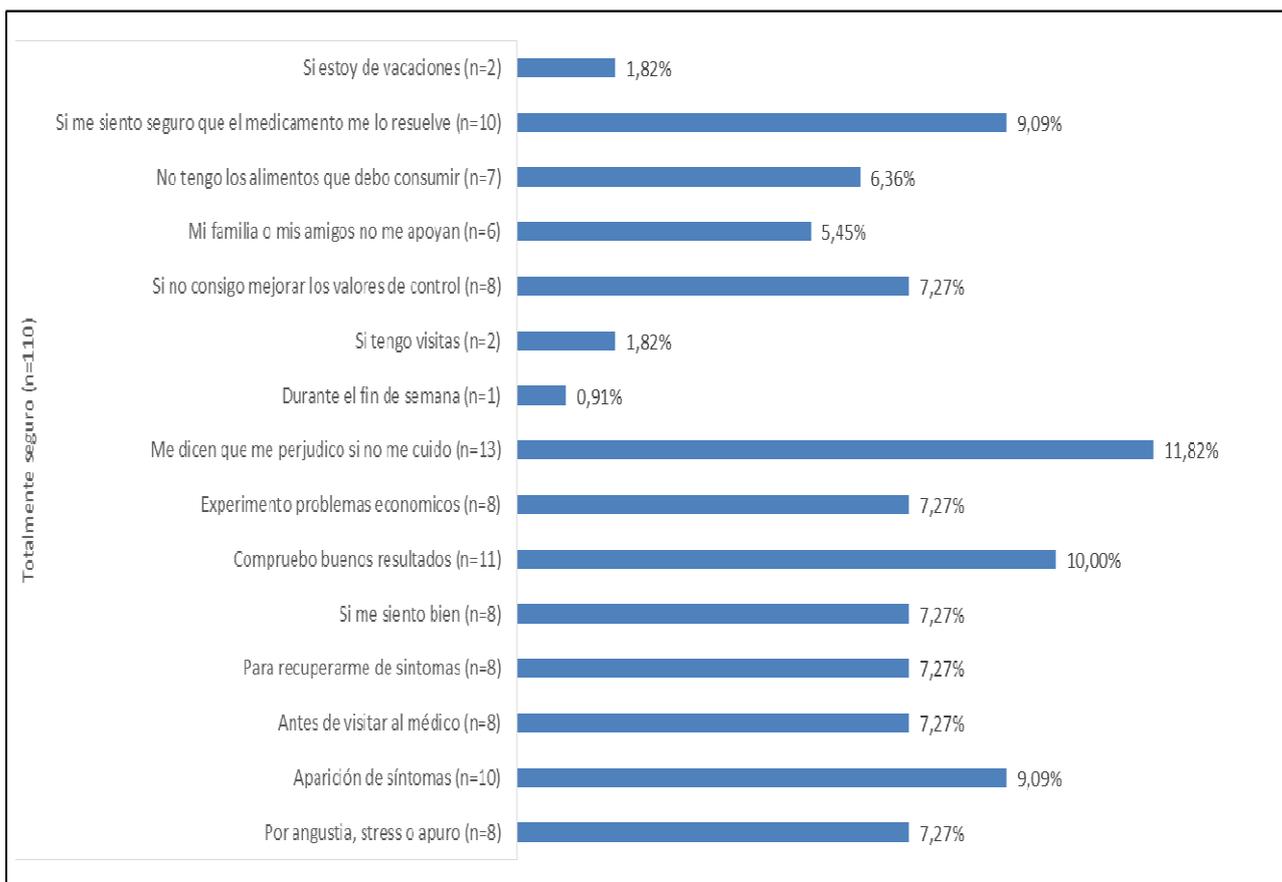


Gráfico N°21. Autoeficacia: "Estoy Totalmente seguro de poder cumplir"

En el caso de falta de los alimentos indicados, poder tener perjuicios si no se cuida, facilita un pensamiento menos exigente, cierto permiso para la transgresión.

En las respuestas que ponen énfasis en el mayor cumplimiento del tratamiento nutricional la mayor cantidad de respuestas, se agrupan en la pregunta "cuando me señalan que me perjudico si no me cuido", "cuando aparecen síntomas", "cuando compruebo buenos resultados".

Es significativo que en estos casos disminuye la respuesta en lo relativo a "visitas", o al "fin de semana" como barreras al tratamiento. Como el caso de encontrarse de vacaciones.

La respuesta a la aparición de síntomas aumenta las respuestas como efecto de reforzamiento de la atención.

En este cuadro respecto del anterior se ven reforzadas las actitudes positivas, orientadas hacia el cuidado personal.

En el final de la encuesta se preguntó directamente al paciente sobre sus propias opiniones en cuanto a qué lo ayuda o qué lo dificulta, las respuestas fueron variadas.

Las respuestas referidas a las ayudas fueron: buen humor, constancia, conciencia de la calidad de vida, sentirse y verse mejor y no cansarse, tozudez, ver al médico y controlarse para evitar síntomas, la información médica, conocer virtudes del tratamiento, el apoyo familiar.

Vemos que el paciente reconoce la intervención del profesional sobre quien hacen varias referencias recomendándose, como lo marca el estudio de la OMS, que la preparación de quien tiene esa responsabilidad se refuerce para mejorar sus habilidades y lograr la mejor conexión con el paciente.

En lo que el paciente considera barreras se hace referencia a “problemas” (de modo general) y otros como: publicidad de alimentos, ofrecimiento de alimentos por parte de terceros, visitas, fiestas familiares, la propia tentación, dificultad económica ya que “la dieta es cara” (un caso), las compras y la falta de visita al médico.

Estas respuestas podrían rebatirse con el entrenamiento adecuado para ayudar al paciente a evitar sus excusas y reforzar los aspectos positivos de su afrontamiento del tratamiento nutricional.

7. Conclusiones

Analizadas las variables sobre rangos de edad, sexo, ocupación, ingresos, educación y vida social, no se ha visto que los mismos tengan particular influencia respecto de provocar cambios en la adherencia al tratamiento nutricional.

El sentido de este trabajo ha sido la exploración de las conductas alimentarias de quienes fueron educados en su infancia en la comida casera, sin productos industrializados. Sin compras hechas en supermercados ni tampoco con posibilidad de conservar los productos frescos de una temporada a otra. Solo productos de estación. Sin comida chatarra. Como lo señaló la Dra. Azaret en CNN en español “.....nuestros mayores las olvidaron”.

Los comportamientos de la actualidad comprometen a los pacientes mayores que padecen enfermedades crónicas a revisar las conductas nutricionales ya que la conducta alimentaria se constituye además, en fundamento de sus tratamientos, a la par del medicamento

En la investigación se incorpora el concepto de autoeficacia como evaluador de la capacidad de confianza del propio paciente en su desempeño en la adherencia al tratamiento nutricional (expectativa). Con este concepto se modula la idea de cumplimiento o adherencia que el paciente considera sobre sí mismo al confrontarlo con la respuesta de si cumple (en el presente). El primero explora la intención y el segundo el cumplimiento percibido. Ambos son subjetivos.

Sin embargo y, con los resultados obtenidos se observa la distancia entre la idea general de autoeficacia y el resultado diverso ante la ocurrencia de sucesos de la vida diaria que suelen interferir con un tratamiento regular y sin desvíos como suele pensar el paciente.

Dado este resultado se sugiere la incorporación al interrogatorio del paciente de un cuestionario similar como parte de un conjunto de herramientas que se consideran de ayuda para el profesional tratante junto a otros conceptos como el desarrollo de la asertividad, la neuroplasticidad y la resiliencia, que el paciente puede aprender a manejar para ampliar su adherencia a los tratamientos crónicos.

Este cuestionario puede proveer información valiosa sobre conductas y creencias del paciente y orientar aspectos del tratamiento personalizado.

Otro aspecto a considerar sería conocer el grado de vulnerabilidad o la gravedad percibida por el paciente acerca de su estado y la conveniencia de la recomendación para ser más efectivo en el cuidado de su salud.

El licenciado en nutrición es el profesional idóneo para un seguimiento de tipo cuantitativo y también cualitativo para concientizar al paciente sobre las ventajas de un cuidado nutricional adecuado, mejorando la estrategia de tratamiento.

Se considera aconsejable mayor derivación hacia los profesionales nutricionistas para combinar la atención y el seguimiento nutricional con el seguimiento clínico del paciente.

8. Bibliografía

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Manual de adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la acción. 2004
- 2.-Yach, Derek, Dr. jefe de la Sección de Enfermedades No Contagiosas de la Organización Mundial de la Salud. Enero 2003
- 3.- Ministerio de salud de la Nación Argentina (MSAL)
Programa Nacional de envejecimiento activo y salud para los adultos mayores - Marzo 2007
- 4.- Ibañes, A, Meroni, A. M., Saravia, L. Adherencia al tratamiento nutricional en enfermedades crónicas.
Disponibile en: <http://escritura.proyectolatin.org/educacion-alimentaria-y-nutricional-en-el-marco-de-la-educacion-para-la-salud/adherencia-a-los-tratamientos-nutricionales/>
- 5.- Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescription for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001 Issue1.
- 6.- Palop Larrea VIMartínez Mir Revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 28–No. 5- 2004 Pág. 113-120– Disponible : <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>
- 7.- Piñeiro F, Gil V, Donís M, Orozco D, Pastor R, Merino JRelación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulina dependiente y dislipemia.*Med Clin (Barc)* 1998;111:565-567.
- 8.- Beales, S. “Hay que poner en la agenda la problemática del adulto mayor” – Revista Isalud. Junio 2013, numero 37. Pág. 36-38
- 9.- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga.M., Cáceres, D., Varela, M.. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Universitas Psychologica. Vol.5 No. .3 Bogotá dez. 2006. versao impressa ISSN 1657-9267
- 10.- Rodríguez, R. (1994). Programa psicológico para la modificación de factores psicosociales y comportamentales que constituyen un riesgo de hipertensión arterial esencial en pacientes que asisten a la consulta externa del hospital San Juan de Dios. *Psicología de la salud en Colombia*, 3, 188-204.Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. España: Síntesis.
- 11.- Amigo I, Fernández, C. & Pérez, M. *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide. 1998.

- 12.- Bandura. A. Self efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 1982; 2: 122-247
- 13.- Fernández, S., González, M. L., Comas, A., García, A. & Cueto, A. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. 2003. Psicothema, 15⁽¹⁾, 82-87.
- 14.- Whelton, S. P, Chin, A., Xin, X. & He, J Effect of aerobic exercise on blood pressure a metaanalysis of randomized, controlled trials.2002. Annals Internal Medicine, 2, 493-503.
- Whelton,P.K.,He,J.,Appel,L.J.,Cuttler,J.A.et-alPrimary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure .2002. Education.Program.JAMA,288(15),1882-1888.
- 15.- Cáceres, F.. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. 2002. Med UNAB, 7, 172.
- 16.-Lerman, I., López-Ponce,A., Villa, A., Escobedo, M., Caballero, E.A,Velasco, M.L., Francisco Gómez-Pérez,J., Rull-Rodrigo. J.A- **Adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo II. Gaceta Medica Mejico Volumen 145. No. 1 2009. Pag. 15-19**
- 17.- González Z. L.I., Giraldo G. N.A. , Estrada R. A., Alba Luz Muñoz R. A. L. , Mesa S. E., , Herrera G. C.M. La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal. Un estudio transversal en pacientes con obesidad y sobrepeso. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 34, N°1, Marzo 2007 Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182007000100005>
- 18.- Sackett, D.; Haynes, R.; Guyatt, G.; Tugwell, P. Epidemiología Clínica: ciencia básica para la medicina clínica. Editorial médica Panamericana S.A., 2da. Edición 1998. pp 251
- 19.- Torresani M , Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. Diaeta vol.29 no.137 Ciudad Autónoma de Buenos Aires dic. 2011
Correspondencia: mtorresani@fmed.uba.ar
- 20.- Alvarez Mabán E.,Barra Almagiá, E., Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. Revista ciencia y enfermería. Volumen 16. No. 3 Concepción dic. 2010. Pág. 63-72 Chile. E-mail:ebarra@udec.cl. Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300008>

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

En virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI), de la Licenciatura en Nutrición necesitare realizar una encuesta de hábitos alimentarios y estilo de vida.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consistirá en recabar información referida a la adherencia a los tratamientos nutricionales de pacientes crónicos (HTA, obesidad, Sind. Metabólico, DBT 2, Enfermedad cardiaca) mayores de 60 años.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Alumna encuestadora:

.....

(Firma)

Yo....., en mi carácter de respondiente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha.....

Firma.....

Lugar de la encuesta.....

Universidad ISALUD

**ENCUESTA SOBRE ADHERENCIA A
TRATAMIENTO NUTRICIONAL
EN PACIENTES CRONICOS MAYORES A 60 AÑOS**

(Complete señalando con una X la respuesta elegida)

SEXO: Femenino Masculino

EDAD: De 60 a 70 De 71 a 79 más de 80
(en años cumplidos)

OCUPACION: Jubilado/ a: Trabaja Jub. y trabaja

SITUACION DE CONVIVENCIA: Vive solo/a Convive

INGRESOS: Hasta \$ 5.000 De \$ 5.000 a \$ 10.000. Más de \$ 10.000

VIDA SOCIAL / RECREACIÓN: Vida casera Reunión amigas/ os
(puede marcar mas de una) Espectáculos Hobbies Otros

NIVEL EDUCATIVO: primario secundario terciario universitario
(completo)

PATOLOGIA CRONICA: (señalar más de una opción de ser necesario)

Hipertensión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Obesidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sínd. Metab.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diabetes 2	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enf. Cardíaca	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

ESTILO DE VIDA:

Act. Física	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Fumador/ a	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Bebe alcohol	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<u>Si contestó SI</u> Más de dos copas al día?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

TRAT. FARMACOLOGICO

Hipertensión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Obesidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sínd. Metab.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diabetes 2	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enf. Cardíaca	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PERCEPCION DE CUMPLIMIENTO DEL TRAT. FARMACOLOGICO Cumple: A veces: Incumple

TRAT. NUTRICIONAL INFORMADO POR: Médico Nutricionista Otros (+)
(+) (Por favor aclare quien informó)

CONSIDERA QUE HA SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO EN LO NUTRICIONAL:

Fue suficiente Fue insuficiente

CUANTO TIEMPO HACE QUE LE INDICARON UN TRAT. NUTRICIONAL:

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

NUTRICIONAL:

(según la indicación recibida)

Hiposódico
(reducido en sal)

SI NO

Hipograso
(con selección de grasas y aceite)

SI NO

Hipocalórico
(regulado en calorías)

SI NO

Controlado en H C
(reducción de HC simples y con HC complejos repartidos en el día)

SI NO

INDIQUE SU PERCEPCION DE CUMPLIMIENTO DEL TRAT. NUTRICIONAL

Cumple A veces Incumple

