



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

TITULO:

"PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28"

Número de registro: R-2021-3703-020

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Zavala Presuel Darenka Desiree

Médico residente adscrita la Unidad de Medicina Familiar N°28

Matrícula: 97372600

TUTORES:

Dra. Ayala Cordero Elena Lizeth

Médico especialista en Medicina Familiar, Maestra en educación, actualmente es médico adscrita al área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera"

Matrícula: 99352716

Dr. Martínez Peña Armando

Médico especialista en Medicina Familiar, Maestro en Educación, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública.

Actualmente preside como director del área de investigación educativa, así como docente de la Maestría de Investigación en el Centro de Investigación Educativa y Formación Continua del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Matrícula: 10920366

Ciudad de México 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28"

AUTORIZACIÓN DE TESIS

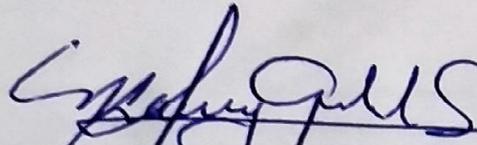


Dra. Katia Gabriela Cruz Nuñez

Directora de la Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera" del IMSS



IMSS
U.M.F. No. 28
DIRECCIÓN

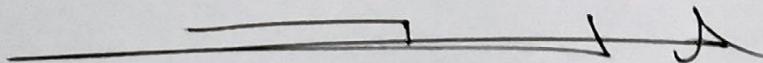


Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Coordinadora del departamento de educación e investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera" del IMSS



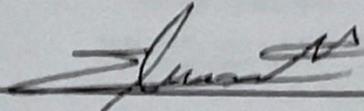
JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN
CLÍNICA 28



Dr. Nazario Uriel Arellano Romero

Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera" del IMSS

ASESORES DE TESIS



Dra. Ayala Cordero Elena Lizeth

Médico especialista en Medicina Familiar y Maestra en educación, actualmente adscrita al área de consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera" del IMSS.



Dr. Martínez Peña Armando

Médico especialista en Medicina Familiar, Maestro en Educación y Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, actualmente preside como director del área de investigación educativa, así como docente de la Maestría de Investigación, actualmente adscrito al Centro de Investigación Educativa y Formación Continua del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

CARTA DE APROBACION

5/4/2021

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703-
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Lunes, 05 de abril de 2021

M.E. Elena Lizeth Ayala Cordero

PRESENTE

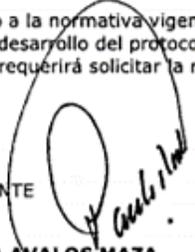
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-020

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS

CARTA DE DERECHOS

Este trabajo fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera, adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social N°4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo la dirección de la Dra. Katia Gabriela Cruz Nuñez, así como de la Dra. Laila Menah Hernandez, Dr. Fernando Merlos Vences y Dra. Doris Claudia Jiménez Quintana jefes del servicio de Medicina Familiar.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas y cada una de las personas que hicieron posible este trabajo, a todos aquellos que con su paciencia pudieron guiarme paso a paso a través de esta difícil tarea y de este difícil camino que fue la residencia médica.

Quedo especialmente agradecida con la Dra. Gabriela Navarro Susano, ya que estuvo muy al pendiente de mí y de mi trabajo; gracias a usted pude concluir el trabajo que inicié con tanto esfuerzo desde el primer año de mi residencia y el cual pensé que jamás iba a terminar.

Así también quiero agradecerle a mi familia, a mi hermanos por ser la razón por la cual todos los días le ponía empeño y ganas a mi quehacer como médico, gracias a ellos por todo su amor y por todo su apoyo aun en la distancia, todo siempre por ellos.

Gracias también a ti Abelardo, por tu apoyo, por tu paciencia, por todo el cariño y por recordarme todos los días la meta que gracias a Dios hoy estoy por concluir.

INDICE

ABREVIATURAS.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	4
1. INTRODUCCION.....	6
2. MARCO TEORICO.....	8
3. JUSTIFICACION.....	19
4. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	21
4.1. PLANTEAMIENTO.....	21
4.2. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	22
5. OBJETIVOS.....	23
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	23
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
6. HIPOTESIS.....	24
6.1. TEORICA.....	24
6.2. NULA.....	24
6.3. ALTERNATIVA.....	24
7. MATERIAL Y METODOS.....	25
7.1. PROCEDIMIENTOS.....	25
7.2. SEDE DEL ESTUDIO.....	26
7.3. TIPO DE ESTUDIO.....	26
7.4. PERIODO DE ESTUDIO.....	26
7.5. MUESTREO.....	27
7.5.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	27
7.6. VARIABLES.....	28
7.6.1. DEFINICION OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES DE ESTUDIO.....	28
7.6.2. VARIABLES DE CONTROL Y SOCIODEMOGRAFICAS.....	29
7.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
7.7.1. CRITERIOS DE INCLUSION.....	30
7.7.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	30
7.7.3. CRITERIOS DE ELIMINACION.....	31
8. INSTRUMENTOS Y RECOLECCION DE DATOS.....	32
8.1. INSTRUMENTOS.....	32
8.2. RECOLECCION DE DATOS.....	33
8.3. CONTROL DE SESGOS.....	33
8.4. ANALISIS ESTADISTICO.....	34
9. ASPECTOS ETICOS.....	36
9.1. FACTIBILIDAD.....	44
10. RECURSOS PARA RECOLECCION DE DATOS.....	45
11. RESULTADOS.....	46
12. DISCUSION.....	54
13. CONCLUSIONES.....	57
14. CONFLICTO DE INTERESES.....	58
15. ANEXOS.....	59
15.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	59
15.2. TEST DE PLAN DE VIDA.....	60
15.3. ESCALA MARS DE ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	61

15.4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.....	63
15.5. CARTA DE NO INCONVENIENTE PARA REALIZACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION EN LA UNIDAD.....	65
16. BIBLIOGRAFIA	66

ABREVIATURAS

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
OMS	ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
CONAMED	COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO
DM2	DIABETES MELLITUS TIPO 2
HTA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ENSANUT MC	ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN DE MEDIO CAMINO
INEGI	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA.

RESUMEN

“PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28”

Dra. Zavala Presuel Darenka Desiree¹, Dra. Ayala Cordero Elena Lizeth², Dr. Martínez Peña Armando³.

1. Alumna de 3° año de la especialidad en Medicina Familiar, adscrita a la UMF 28 “Gabriel Mancera”, 2. Médico especialista en Medicina Familiar, Maestra en Educación, adscrita a la UMF 28 “Gabriel Mancera”, 3. Médico especialista en Medicina Familiar, Maestro en Educación, Salud Pública y en Administración de Hospitales, director del Centro de Investigación Educativa y Formación del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Antecedentes: El envejecimiento se origina a partir de los cambios a la edad y al desgaste acumulado. Los cambios en el estilo de vida son de beneficio comprobado. La adherencia terapéutica corresponde con las recomendaciones realizadas por los profesionales sanitarios. En el desarrollo de un plan de vida, se espera que la persona identifique su vocación y próxima trayectoria educativa o laboral.

Objetivo: Demostrar la relación entre plan de vida en el adulto mayor y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas de la UMF N°28.

Material y métodos: Se realizará un estudio observacional, transversal y analítico, en pacientes con enfermedades crónicas de la UMF N°28 del IMSS. Se aplicarán dos instrumentos de medición, validados por expertos.

Resultados: Derivado del Test de Plan de Vida se determinó que el 51.87% mencionaron tener un plan concreto de vida a largo plazo, contrario a 77 encuestados, que correspondieron al 48.12%, quienes no contaban con un plan estructurado de vida a largo plazo. El género femenino tuvo el mayor porcentaje respecto al plan estructurado de vida, 35.62% versus 16.25% correspondiente al género masculino. Posterior a la aplicación de la escala MARS de adherencia terapéutica se encontró que el 66.7% si contaban con adherencia terapéutica, por último, para finalizar se realizó el cálculo estadístico de Chi cuadrado para determinar, si había relación entre el plan de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes, encontrándose un estadístico Chi Cuadrado de 82.658034, cuyo valor calculado es mucho mayor a nuestro valor crítico.

Conclusiones: Según los datos obtenidos en la presente investigación se identificó que prácticamente un poco más de la mitad de los pacientes que asisten a consulta externa de esta Unidad de Salud, poseen un plan estructurado de vida. Dos tercios de la población con enfermedades crónicas, que fue estudiada en esta UMF presento una adecuada

adherencia terapéutica a su tratamiento farmacológico, además de que si existe una relación positiva entre el plan de vida y la adherencia terapéutica en un paciente con enfermedades crónicas.

Palabras clave: Adulto mayor, plan de vida, adherencia terapéutica.

ABSTRACT

"LIFE PLAN AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN THE OLDER ADULT WITH CHRONIC DISEASES OF THE FAMILY MEDICINE UNIT # 28"

Dra. Zavala Presuel Darenka Desiree¹, Dra. Ayala Cordero Elena Lizeth², Dr. Martínez Peña Armando³.

1. 3rd year student of the specialty in Family Medicine, attached to the UMF 28 "Gabriel Mancera", 2. Specialist in Family Medicine, Master of Education, attached to the UMF 28 "Gabriel Mancera", 3. Specialist in Family Medicine, Master in Education, Public Health and Hospital Administration, director of the Center for Educational Research and Training of the Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Background: Aging originates from changes with age and accumulated wear and tear. Lifestyle changes are of proven benefit. Therapeutic adherence corresponds to the recommendations made by healthcare professionals. In developing a life plan, the person is expected to identify their vocation and next educational or work path.

Objective: To demonstrate the relationship between life plan in the elderly and therapeutic adherence in patients with chronic diseases of the UMF No. 28.

Material and methods: An observational, cross-sectional and analytical study will be carried out in patients with chronic diseases at UMF No. 28 of the IMSS. Two measuring instruments will be applied, validated by experts.

Results: Derived from the Life Plan Test, it was determined that 51.87% mentioned having a concrete long-term life plan, contrary to 77 respondents, who corresponded to 48.12%, who did not have a structured long-term life plan. The female gender had the highest percentage regarding the structured life plan, 35.62% versus 16.25% corresponding to the male gender. After applying the MARS scale of therapeutic adherence, it was found that 66.7% had therapeutic adherence, and finally, to finish, the statistical calculation of Chi-square was performed to determine if there was a relationship between the life plan and adherence. therapeutic treatment of the patients, finding a Chi Square statistic of 82.658034, whose calculated value is much higher than our critical value.

Conclusions: According to the data obtained in the present investigation, it was identified that practically a little more than half of the patients who attend the outpatient clinic of this Health Unit have a structured life plan. Two thirds of the population with chronic diseases that was studied in this UMF presented adequate therapeutic adherence to their

pharmacological treatment, in addition to the fact that there is a positive relationship between the life plan and therapeutic adherence in a patient with chronic diseases.

Keywords: Older adult, life plan, therapeutic adherence.

“PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR”

1. INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento es un proceso continuo, adaptativo, de numerosas y complejas implicaciones que se origina a partir de los efectos determinados por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo de la vida del individuo en un ambiente determinado que con el tiempo ocurre en todo ser vivo, está exitosamente determinado por las políticas de salud pública instrumentadas durante el siglo XX (1).

Todos los países del mundo están experimentando un crecimiento en el número de ancianos. El proceso de envejecimiento y sus consecuencias ha sido motivo de debate y discusión académica y política cada vez más frecuente en años recientes. Este creciente interés en el tema se debe a que el envejecimiento es sinónimo de logros en los terrenos social, económico, tecnológico y de la salud pública. A nivel mundial el incremento en la proporción de personas mayores de 60% fue relativamente pequeño en las últimas seis décadas (de 8 a 10%), pero en los próximos 40 años este grupo de edad alcanzará 22% de la población mundial (2).

En América Latina ha existido un incremento sostenido en la proporción y el número absoluto de personas de 60 y más años. El proceso de envejecimiento seguirá profundizándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando la tasa de crecimiento de este segmento de edad será del 2,3 %. Si bien esta cifra disminuirá al 1,5 % en el 2030-2050, seguirá siendo la más elevada de la población en su conjunto (3).

La presencia de mayores proporciones de población en edades avanzadas y en donde la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida estén presentes resultan atribuibles principalmente a los avances en materia de salud y a los hallazgos para la atención de enfermedades que permiten la atención de enfermedades existentes. El sistema de salud en nuestro país en los próximos años tendrá que enfrentar las

necesidades de salud de esta población como consecuencia de la transición demográfica (4).

Resulta evidente que se ha suscitado el interés generalizado por un gran número de aspectos relacionados con las personas mayores. De entre ellos, quizás la calidad de la vida constituya, uno de los temas de estudio más importantes para las ciencias sociales y de la salud, pues supone una de las máximas aspiraciones de todo ser humano y se está convirtiendo en un tema de actualidad, razones por las cuales podemos comprender la importancia del estado de nuestros pacientes, a fin de implementar futuras estrategias que nos permitan fortalecerlos y darles una atención de calidad.

El presente estudio trata de identificar los resultados de una serie de entrevistas para conocer las condiciones en las que viven algunos adultos mayores con sus padecimientos, y necesidades, abarcando los ámbitos físicos y emocionales. Los resultados muestran los aspectos más recurrentes que ellos experimentan y las situaciones que enfrentan como el miedo a la soledad, la indiferencia, el rechazo, las enfermedades, la necesidad de seguridad y las carencias económicas, entre otras.

2. MARCO TEORICO

“...sólo hay una cosa que hace al hombre capaz de soportar lo peor y realizar lo imposible, y esto es precisamente el tener un deseo de sentido y el convencimiento de que el hombre es responsable de encontrar ese sentido a su vida”. Viktor Frankl

El bienestar físico de un adulto mayor puede estar definido por los estilos de vida que ha llevado a cabo a lo largo de su vida y que tienen efectos en la salud. Estos estilos de vida se relacionan con el nivel socioeconómico, sexo, estado civil, empleo y/o pensión, entre otros, ellos enfrentan muchos riesgos que deben conocer para proteger y mejorar su salud. Participar en el cuidado de su salud le permite adoptar una forma de vida saludable y anticipar situaciones que puedan dañarla (5).

Es decir, a través de la educación y la información es como aprendemos a cuidar la salud. Los hábitos saludables y la prevención de enfermedades son tan importantes como buscar atención médica cuando se está enfermo. La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Con escasas excepciones, los estudios describen resultados inconsistentes acerca del perfil del paciente anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano (6).

Por lo tanto, cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas, por ello la forma de envejecer de cada persona es diferente. La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento

como el proceso en el cual se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que se desarrolla (7).

Ahora bien, la proporción de personas adultas mayores está aumentando rápidamente en nuestra sociedad, actualmente se estima que las personas en México alcancen una esperanza de vida de 75 años, esto es un reto para la sociedad, ya que se requiere mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación, independencia económica y convivencia (8).

Se dice que el envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad; si se modifican debidamente los estilos de vida, se controlan los factores de riesgo y se identifica qué conductas hay que promover, qué hay que modificar, cómo promoverlas y cómo medirlas. De esta forma tendríamos programas exitosos con los tres elementos indispensables para ser efectivos: evaluar, reproducir y adaptar (9).

Así mismo México, como parte de los países en plena transición demográfica, experimenta un intenso y acelerado proceso de envejecimiento poblacional, sin embargo, éste será desigual en las entidades federativas en cuanto a su magnitud y ritmo, debido a los cambios en la fecundidad, mortalidad y al efecto de la migración; así la Ciudad de México, es la entidad más envejecida de México, donde las personas en edades avanzadas representan 13.36 por ciento de la población total, Así, para 2030, el 20.45% de su población tendrá 60 años y más, mientras que el resto de los estados se encontrarán en proceso de transición, con proporciones de adultos mayores entre 10.63 y 16.47 por ciento (10).

Con respecto a esto, se ha mencionado que las personas generan estilos de vida que se van sistematizando y que son adquiridos a través de un aprendizaje, hace que las personas

establezcan criterios y decisiones individuales, y se pueden encontrar estilos de vida saludables, tales como el ejercicio físico, métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, estrategias de afrontamiento al estrés, dieta balanceada, autocuidado y cuidado médico, habilidades sociales, prácticas adecuadas de higiene, entre otros. Sin embargo, también hay estilos de vida que propician un estado de enfermedad en el sujeto, como el sedentarismo (que favorece enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otras), el consumo de tabaco y alcohol, conductas sexuales de riesgo, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, baja autoestima, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos (11).

Mientras tanto, en el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la primera causa de consulta ambulatoria, debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario. Según estadísticas la hipertensión arterial está presente en el 69% de los pacientes que presentan infarto agudo al miocardio, en el 77% de los pacientes con ACV y en el 74% en los que desarrollan insuficiencia cardiaca. También es el principal factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular y diabetes mellitus (12).

De igual forma está probado que la presión arterial es susceptible de control mediante modificaciones del estilo de vida, así en el ensayo TONE (Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly), sobre un total de 975 hipertensos entre 60 a 80 años con presión arterial controlada con monoterapia se valoró el grado de control tras la retirada del fármaco hipotensor. La proporción de personas con PA controlada fue de 43,6% en el grupo tratado con dieta hiposódica y pérdida de peso, 35% en aquellos que cumplieron sólo una de estas medidas y 16% en los tratados convencionalmente. Esta reducción de PA se consiguió con restricción moderada del aporte de sal (media 40 mmol/día) o pérdida de 4,7 kg de peso (13).

Habría que decir también, que otra enfermedad de gran importancia es la diabetes mellitus, la cual es un síndrome caracterizado por una hiperglicemia, que se debe a un deterioro absoluto o relativo de la secreción de la insulina. Es un proceso complejo del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, es esta una enfermedad de primera importancia a nivel de Salud Pública en todo el mundo, aún más en las personas de la tercera edad, por

ser una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes, y por la severidad y diversidad de sus complicaciones crónicas. Un elemento de gran importancia en relación con el tratamiento de la diabetes mellitus es el autocuidado. Esta perspectiva ayuda a estos pacientes a tomar conciencia de su propia condición, mediante la mejora de sus conocimientos y habilidades, orientados hacia un cambio de comportamiento positivo, que les permita, reducir el riesgo de complicaciones (14).

Se tendría que mencionar que la promoción a la salud permite comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud y orienta hacia la generación de conductas saludables, también explica cómo las características, experiencias individuales, conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan a la persona a participar o no en comportamientos de salud, de esta manera se convierte en un modelo que permite conjuntar todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de carácter educativo e informativo, individual o grupal, destinados a crear y reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar aquellos que no lo sean, a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos (15).

También se promueve, estimula, incentiva y concreta la participación social en el manejo y la solución de los problemas de salud, así conlleva el establecimiento y mantenimiento de comportamientos no solo saludables, sino también el aumento de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona. Esto se logra de manera ascendente por las acciones ejercidas sobre las personas, lo cual incide en que modifiquen sus comportamientos y aprendan a utilizar los recursos de salud de manera juiciosa, a fin de tener una mejor toma de decisiones sobre su salud. Por todo lo anterior, es necesario que el individuo cubra ciertas necesidades para poder lograr cambios conductuales, en un ambiente favorable para su desarrollo físico, social y psicológico. Estos cambios no se logran por sí solos, sino que es necesario que el individuo adquiera conocimientos mediante procesos de aprendizaje, por experiencia directa y por modelos sociales (16).

En relación con esto, se puede distinguir que los conceptos factores de riesgo y estilos de vida están relacionados: el primero habla de la probabilidad de desarrollar una enfermedad y el segundo es el conjunto de hábitos y pautas comportamentales cotidianos de una

persona, los cuales pueden ser comprendidos como conductas protectoras o de riesgo. Otro dato importante, mundialmente conocido como Informe Lalonde, describió que el nivel de salud de la comunidad estaba determinado por cuatro variables: estilo de vida, medio ambiente, biología humana y sistema de asistencia sanitario y las dos primeras son las responsables de los problemas (17).

Por lo tanto, los cambios en el estilo de vida, como el aumento en la actividad y el ejercicio físico, la modificación de la dieta, la pérdida de peso y dejar de fumar, son de beneficio comprobado y sus resultados pueden ser visibles en seis meses. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se identificaron marcadores de enfermedad cardio vascular, como la diabetes mellitus (13.5%), el tabaquismo (10% en mujeres y 30% en hombres), la hipertensión arterial (26.5%), la hipercolesterolemia (26.5%), el sobrepeso y la obesidad (índice de masa corporal ≥ 25 kg/m², 70%) y se observó un aumento en el consumo de alcohol en adultos. Este pasó de 39.7% en 2000 a 53.9% en el 2012; con el consumo de tabaco ocurrió la situación contraria, dado que se redujo de 22.3% en 2000 a 19.9% en el 2012 (18).

Algo de suma importancia, es que la atención de la diabetes se incrementó en cuanto a control adecuado, pues pasó de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012. En cuanto a la hipertensión arterial, esta se mantuvo sin cambios de 2006 a 2012 y de las personas que conocían su condición, 73% reportó que estaba en tratamiento y 76% se midió la presión una vez por mes.²⁰ En cuanto al sobrepeso y la obesidad, para el 2012 existían 26 millones de adultos con sobrepeso y 22 millones con obesidad (19).

En otro estudio, se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 25.5%, del cual 40% desconocía que padecía esta enfermedad y 58.7% tuvo control adecuado; sin embargo, debido a las consecuencias que ocasiona en la salud de la población, se deben intensificar los esfuerzos para mejorar la prevención y los medios de control de quienes ya la padecen para evitar complicaciones. En cuanto al sobrepeso y la obesidad, en los mayores de 20 años, la prevalencia pasó de 71.2 a 72.5% en el 2016; en actividad física, los adultos que no cumplían con la recomendación de la OMS (< 150 minutos de actividad física moderada/vigorosa a la semana) se redujo de 16 a 14.4%; todos estos datos

mencionados, son un área de oportunidad para la promoción de la salud, dado que hoy en día es un objetivo para modificar el entorno y la salud de la población (20).

En relación con los estudios cualitativos sobre la vejez en México, se han reportado que los adultos mayores que residen en las zonas rurales manifestaron una percepción negativa de la vejez, incluyendo temor a la soledad, la inutilidad, el deterioro, la enfermedad, la pobreza y la pérdida de independencia. La condición de pobreza agudizaba el proceso de envejecimiento, en especial cuando no se contaba con algún tipo de ingreso estable o con una red social de apoyo. Los adultos mayores que han requerido apoyo para las actividades de la vida diaria se sentían devaluados socialmente, percibiendo los cuidados como un evento molesto del envejecimiento. También se ha señalado que existe una notoria falta de apoyo para los adultos mayores por parte del gobierno, la sociedad civil y las organizaciones religiosas (21).

A su vez, la Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como el grado en que la conducta de un individuo, en cuanto a modificaciones de estilo de vida, toma de medicación, etc., y este se corresponde con las recomendaciones realizadas por los profesionales sanitarios (22).

Se ha comentado que las causas frecuentes de incumplimiento terapéutico en los pacientes con enfermedades crónicas, son por ejemplo la complejidad del tratamiento (polifarmacia, dificultad en la técnica de administración), miedo a efectos adversos y secundarios (especialmente hipoglucemia, ganancia de peso, gastrointestinales...), administración varias veces al día, relacionadas con el paciente y la enfermedad, falta de conciencia de enfermedad, falta de conocimiento y habilidades para cumplir la pauta, deterioro cognitivo, depresión, falta de soporte familiar, dificultades socioeconómicas, relacionadas con el sistema sanitario, intervenciones no consensuadas con el paciente, relación profesional/paciente y educación sanitaria no adecuadas, diferencia de criterios entre diferentes profesionales sanitarios, carencia de recursos para garantizar una buena educación y soporte continuo al paciente (23).

Así mismo, los costos directos de las complicaciones atribuibles a un control deficiente de patologías crónicas son 3 a 4 veces mayores que los de un buen control. Si los sistemas de salud promovieran más eficazmente la adherencia al autocuidado, los beneficios humanos, sociales y económicos serían considerables. El incremento en la efectividad de las indicaciones sobre adherencia al tratamiento puede lograr un alcance mayor sobre la salud de la población que mejorar los tratamientos médicos específicos (24).

En cuanto a otros datos estadísticos, la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes crónicos es de alrededor de un 50%, el sistema de salud debe considerar el conjunto de factores que influyen y determinan el cumplimiento terapéutico y no enfocarse exclusivamente en lo biomédico (25).

Basándose en otras investigaciones, se concluyó que los adultos mayores con una edad menor de 80 años, que cursaron estudios básicos y con bajo nivel socioeconómico, presentan un aumento en el riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico. En relación con las características familiares se asevera que tanto aquellos sujetos que tienen pareja como aquellos que no, presentan una adherencia similar al tratamiento. El funcionamiento familiar y el tipo de familia se relacionan débilmente con la adherencia al tratamiento farmacológico (26).

La mayoría de los adultos mayores diabéticos adherentes y no adherentes pertenecen a familias con alto apoyo sin relacionarse con la adherencia al tratamiento; se puede decir que muchas familias sobreprotegen a los adultos mayores independientemente de sus condiciones clínicas, solo por el hecho de considerarlos más vulnerables debido a las características propias de la vejez. Sin embargo, esto no motivaría una mejor adherencia al tratamiento farmacológico, sino que este dependería principalmente de la disposición y compromiso que presente el propio sujeto (27).

Por lo que se refiere, en la actualidad a la calidad de vida, este se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina "felicidad", sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda

está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (28).

Ahora bien, la calidad de vida, relacionada con la salud, podemos definirla como la medida que permite evaluar cómo se ven afectadas las actividades de la vida diaria, el funcionamiento físico, social y emocional de una persona, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud (29).

Es necesario recalcar que el garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto, que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas, es urgente reflexionar y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. Existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida (30).

Desde esta perspectiva, se pretende aportar herramientas que permitan la elaboración de propuestas de aproximación para diseñar estrategias que colaboren con esta franja etaria para facilitar la posibilidad de conducir un proyecto de vida nuevo autosustentable (31).

Se debe agregar que el desarrollo de un “plan de vida”, se identifica como actividad propia de la adolescencia, e incluso de la adultez. En la adolescencia, se espera que la persona pueda, a partir de realizar procesos de exploración interna y de análisis del entorno, identificar su “vocación” y/o definir su próxima trayectoria educativa o laboral (32).

Del mismo modo, en la edad adulta, la sociedad espera que las personas desarrollen su plan de vida en la construcción de una familia o en el despliegue de actividades laborales que le den sentido y proyección propia (33).

Sin embargo, no es común vincular la redefinición y/o el desarrollo de proyectos y/o planes de vida en el adulto mayor; según algunos autores, el proyecto de vida es un subsistema psicológico principal de la persona en sus dimensiones esenciales, o sea, un modelo ideal

sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que adquiere forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo o hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada (34).

Los Proyectos o Planes de Vida, entendidos desde la perspectiva psicológica y social-integran las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación-aportación dentro del marco de las relaciones entre la sociedad y el individuo. Son estructuras psicológicas que expresan las direcciones esenciales de la persona, en el contexto social de relaciones materiales y espirituales de existencia, que determinan su posición y ubicación subjetiva en una sociedad concreta (35).

El Plan de Vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del Plan de Vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad (36).

La noción de la situación social de desarrollo, ofrece una posibilidad de comprensión a partir de la "posición externa" del individuo y la configuración de su experiencia personal, en la que se estructuran los siguientes componentes en sus dinámicas propias: las posibilidades o recursos disponibles de la persona, el sistema de necesidades, objetivos, aspiraciones, las orientaciones o actitudes y valores vitales de la persona, todos enmarcados en un contexto social múltiple y concreto, que necesita ser considerado en todas sus especificidades y relaciones, así como en su dinámica (37).

Por lo tanto, el plan de vida es una estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones fundamentales y en las áreas críticas que requieren decisiones vitales. De esta manera, la configuración, el contenido y la dirección del plan, por su naturaleza, origen y destino están vinculados con la situación social del individuo,

tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y las tareas en una sociedad dada (38).

Si bien el término plan de vida, no es privativo de la realidad existencial individual, este se construye no solo desde la idea de futuro, sino también desde el presente, a partir de reconocer los propios intereses, el tipo de actividades que se elige realizar. Es importante que se comprenda que en toda acción realizada existe una decisión o elección personal que como sujeto lo posiciona en el presente, y, al mismo tiempo, existe también el deseo de lograr algo que aún no se posee, y esto lo posiciona en el futuro (39).

Algo muy importante es que la investigación evalúa la posibilidad de construcción de un plan de vida en adultos mayores a partir de la autopercepción sobre sus posibilidades de aprendizaje, su vinculación con el entorno y las competencias desarrolladas, desde su propio criterio de realidad, es decir, desde cómo percibe su vida (40).

Así también, cabe destacar que con el envejecimiento comienza un tránsito hacia la vulnerabilidad, y que esta etapa sea lo más satisfactoria posible dependerá de un ámbito personal, familiar y social satisfactorio. Cuando una comunidad toma una posición a favor de una sociedad para todas las edades y la promoción de un envejecimiento activo, sienta las bases para la solidaridad intergeneracional. Cualquier proyecto grupal, institucional o comunitario, por pequeño que sea, produce una transformación (41).

Más de la mitad de los adultos mayores de 60 años conserva la salud y no tiene discapacidad alguna, lo cual representa un valioso capital social y una gran ocasión propicia para fortalecer las acciones de prevención. Dicha población constituye un grupo prioritario y también una oportunidad para la prevención, ya que esta entidad es susceptible de revertirse con intervenciones multimodales. Por otra parte, la cuarta parte de la población mayor padece alguna discapacidad y sufre las consecuencias de la morbilidad crónica acumulada (42).

Representa, además, la mayor proporción de la carga de la enfermedad que se deriva de este contingente poblacional y que corresponde a 25% del total nacional para todas las edades (43).

Por todo lo anterior se requiere un programa de atención al adulto mayor, fundamentado en la evaluación oportuna y sistemática en la atención primaria, no tanto a través de la construcción de infraestructura, sino mediante la incorporación de nuevas prácticas y estándares de atención basados en criterios funcionales y un cuidado prioritario a la calidad de vida (44).

Precisar la existencia de un plan de vida o no en el adulto mayor, su orientación y determinantes en la elaboración o no de estos, y teniendo en cuenta la importancia de establecer y concretar proyectos de vida en esta etapa del desarrollo, pues conduce a una mejor calidad de vida y, con ello al disfrute de una longevidad satisfactoria (45).

3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud entre 2006 y 2050 el número de adultos mayores se va a cuadruplicar. En México, el Consejo Nacional de Población menciona que los adultos de 65 años y más presentarán el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI. Para esta fecha se estima que un poco más de un quinto de la población (21.5%) tendrá 60 o más años (46).

El envejecimiento en México ha impuesto un nuevo reto para el sistema de salud, ya que hoy en día, lo más importante, además de continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, es mejorar cualitativamente la salud de éstas.

Las enfermedades que se presentan en las edades de la vejez requieren de atención médica especializada, generalmente son crónicas y, por lo tanto, condicionan mayores complicaciones, dando lugar a un aumento progresivo de los adultos mayores con múltiples enfermedades asociadas.

Para lograr que la población de la llamada tercera edad goce de una adecuada calidad de vida debe brindársele especial atención a su estado de salud, se pretende identificar aquellos factores que inciden en la calidad de vida y la relación con la adherencia terapéutica, a fin de que los resultados obtenidos, permitan implementar estrategias cuyo impacto se vea reflejado en la mejora de la salud de los adultos mayores.

Así que, considerando la pirámide poblacional actual, y el total de los derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 28, cuya mayor parte son adultos mayores con comorbilidades, el realizarles un mejor seguimiento y control evitara desenlaces no satisfactorios, de tal forma que podremos ahorrar en recursos institucionales, que podrían ser dedicados a otros rubros.

En la Unidad de Medicina Familiar número 28 se cuenta con la infraestructura y los recursos humanos necesarios para llevar a cabo este proyecto, cabe mencionar que se cuenta con

una población de 26 298 pacientes con enfermedades crónicas, de los cuales 19 385 padecen hipertensión arterial sistémica y 6 913 además tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la gran mayoría son pacientes adultos mayores; estos datos fueron recolectados según el censo realizado en octubre de 2018.

En síntesis, las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento a la par de la población longeva de la unidad, así mismo, persiste la falta de adherencia a los múltiples tratamientos, por lo cual es indispensable su estudio en este grupo de edad.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACION

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los próximos años, como consecuencia de la transición demográfica, el sistema de salud en México tendrá que enfrentar un importante reto: el envejecimiento de la población; esto traerá consigo un incremento de las enfermedades crónicas, sin embargo, el sistema de salud no está preparado para atender las necesidades de la creciente población envejecida.

El bienestar físico de un adulto mayor de 60 años se relaciona con los estilos de vida que ha desarrollado a lo largo de su vida, los cuales están definidos por un pasado y que de acuerdo a la forma que se ha decidido vivir tendrán gran importancia en la determinación del futuro del individuo, estos estilos vida son, los hábitos alimenticios, actividad física, estrés, consumo de alcohol y otras drogas, entre otros, mismos que pueden ser saludables o nocivos para la salud, estos últimos originan gran parte de las enfermedades.

Diversos investigadores a nivel mundial han estudiado a los estilos y calidad de vida como predictores de enfermedades, pero en México poco se ha estudiado sobre la calidad de vida en los adultos mayores, es importante destacar que estos, delimitan una condición de salud, lo cual se traduce en una serie de necesidades específicas de atención de salud del individuo. Dichas necesidades están ligadas al proceso de envejecimiento, ya sea con presencia de enfermedades o bien, adultos mayores que han llevado a cabo a lo largo de su vida un desarrollo continuo de actividades físicas, sociales y espirituales.

Dependiendo del proceso de envejecimiento, con enfermedad o activo, los adultos mayores requerirán buscar atención médica, lo que originará la utilización de los servicios de salud, principalmente las visitas al médico y los procedimientos ambulatorios.

Reconocer la falta de adherencia y sus causas es fundamental para poder actuar, mejorando así los resultados del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. Una

buena formación, la coordinación de todo el personal implicado, una buena relación médico-paciente y el apoyo del entorno son elementos clave para poder intervenir y resolver el problema, además en la consulta externa vemos pacientes que desconocen a futuro lo que van a realizar y al no tener metas establecidas, se encuentran con poca adherencia terapéutica, por lo cual llegamos a la siguiente pregunta de investigación:

4.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el plan de vida y la adherencia terapéutica, en el adulto mayor con enfermedades crónicas, de la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera”?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Demostrar la relación entre el plan de vida y la adherencia terapéutica en el adulto mayor, con enfermedades crónicas, de la Unidad de Medicina Familiar número 28.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar cuantos pacientes cuenta con un plan de vida.
- Mostrar el grado de adherencia terapéutica de los pacientes.
- Relacionar el plan de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes.

6. HIPÓTESIS

6.1. TEORICA

De acuerdo con los reportes de los estudios encontrados sobre plan y calidad de vida, los pacientes tienen poco esclarecido, acerca de las actividades que van a realizar en determinado lapso; por lo que, deben incluir, como parte de todo, sus enfermedades, así como la terapéutica que siguen.

Se puede plantear que, cuando las personas se acercan a la tercera edad los estilos de vida que desarrollaron, que a veces son saludables y que en otras son nocivos para la salud, originan que se acerquen a los servicios de salud, y por tanto cuando los pacientes tienen enfermedades crónico-degenerativas y agregado a esto cuentan con un plan o proyecto de vida a largo plazo tienen una mayor adherencia al tratamiento terapéutico.

Los pacientes con enfermedades crónicas que tengan un plan de vida más largo son los que tendrán mejor adherencia terapéutica.

6.2. NULA

No existe relación entre un plan de vida largo y la adherencia terapéutica, en los pacientes con enfermedades crónicas.

6.3. ALTERNATIVA

Los pacientes con enfermedades crónicas que tengan un plan de vida más largo son los que tendrán una menor adherencia terapéutica.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

El presente trabajo de investigación, de tipo observacional, transversal y analítico, en pacientes adultos mayores, con enfermedades crónicas, derechohabientes de la UMF N°28 “Gabriel Mancera”, de la Ciudad de México, que acuden de manera mensual a consulta médica, cuentan con expediente clínico completo y que además aceptaron participar en el estudio.

Este se llevará a cabo, a través de la aplicación y recolección de datos mediante los instrumentos realizados, durante el mes de febrero de 2021.

7.1. PROCEDIMIENTOS

Primeramente se le explicara de manera clara al paciente y sin usos de tecnicismos la justificación del estudio así como los objetivos que buscamos obtener, además de los beneficios que posiblemente tendría, y por supuesto los riesgos y molestias que quizás pudiera experimentar, aclarando sus dudas y preguntas en todo instante; por lo que, posteriormente si el paciente decide formar parte del estudio, se recabará el consentimiento informado, donde nuevamente se le explica al paciente el objetivo del estudio, además de la manera en la que participará en el estudio.

Se le va a referir que su participación consistirá en contestar de manera voluntaria y sin ninguna presión, una serie de preguntas que nosotros aplicaremos, estas son derivadas de dos escalas, una de ellas es el Test de plan de vida, que consta de 10 reactivos, los cuales son acerca de sus actividades diarias y si las tiene o no estructuradas en cierto tiempo como en una semana o menos, un mes, tres meses, seis meses y un año o más, además de incluir datos como mi edad, sexo, escolaridad y ocupación; la otra es la escala MARS™ de adherencia terapéutica la cual consta de 26 preguntas acerca de sus creencias, su experiencia y su comportamiento en el rubro de la salud del padecimiento

crónico que presenta, cabe mencionar que la aplicación de estas encuestas puede tomarle al paciente cerca de unos veinte minutos.

Ciertamente se le informará que el investigador se compromete a mantener la confidencialidad de sus datos personales, además se le hará mención especial de que no recibirá compensación económica alguna al participar en el estudio, tampoco tendrá que hacer gasto alguno, además se le hace indica de que es libre de no contestar los instrumentos y abandonar el estudio cuando así lo desee, en todo momento se responderán sus dudas y las que pudieran derivarse de su participación.

7.2. SEDE DEL ESTUDIO

El estudio se realizará en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS ubicada en Av. Gabriel Mancera 88, esq. San Borja, Col. del Valle, 03100 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México.

7.3. TIPO DE ESTUDIO

Se presenta un estudio observacional, transversal y con principio analítico.

7.4. PERIODO DE ESTUDIO

La aplicación de los instrumentos (previo consentimiento informado) tendrá efecto durante la rotación en consulta externa de la investigadora (rol normal de su residencia) durante el periodo de 1 mes, posterior a la autorización del comité local de investigación (ver cronograma de actividades).

7.5. MUESTREO:

Consecutivo hasta lograr la muestra requerida.

7.5.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra para una proporción, considerando que de acuerdo con la literatura los adultos mayores que cuentan con un plan de vida establecido logran un 40% de adherencia terapéutica.

Formula:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P_0 \times q_0}{d^2}$$

Dónde:

$$Z\alpha^2 = 1.96$$

$$\alpha = 0.05$$

$$P_0 = 40\%$$

$$q_0 = (1 - P_0)$$

$$d = 8\% = 0.0064$$

Despejando:

$$n = (3.8416 \times 0.4 \times 0.6) / 0.0064$$

$$n = 144 \text{ pacientes}$$

7.6. VARIABLES:

En este estudio se consideraron las siguientes variables, las cuales están en concordancia con las preguntas de investigación y los objetivos específicos planteados en la presente investigación. La definición conceptual y operacional son las siguientes:

7.6.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable de Estudio	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores
“Plan de vida”	Subsistema autorregulador de la personalidad en el que se integran elementos cognoscitivos y afectivos, para determinar cuál es la visión de futuro que desean alcanzar, a fin de desarrollar estrategias y acciones para alcanzarlo.	Un plan de vida supone la enumeración de los objetivos que una persona quiere lograr a lo largo de su vida y una guía que propone cómo alcanzarlos. Este plan puede incluir metas personales, profesionales, económicas y espirituales.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Más de 6 preguntas positivas indican un plan estructurado de vida. 2. Menos de 6 preguntas positivas, indican que no tiene plan estructurado de vida.

“Adherencia terapéutica”	Grado en que el comportamiento de una persona: toma los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	Lo reportado por el propio paciente en la encuesta que incluye la valoración farmacológica y no farmacológica en relación con dos posibles estados calculados, de acuerdo con la puntuación de factores que influyen en la adherencia.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 25 puntos con adherencia 2. Menos de 25 puntos sin adherencia
---------------------------------	---	--	--------------------------------------	--

7.6.2. VARIABLES DE CONTROL Y SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
VARIABLES MÉDICAS				
Enfermedades crónicas	Afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo, casi siempre se presentan en adultos mayores y a menudo se controlan, pero no se curan.	Son aquellos pacientes de 60 años o más, con diagnóstico de hipertensión y diabetes que acuden a control mensual.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Diabético • Hipertenso • Ambas

Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años cumplidos al momento de realizar la lista de cotejo.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> En años
Genero	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Sexo expresado catalogado como hombre o mujer	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> Masculino Femenino

7.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

7.7.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes adultos mayores de 59 años.
- Pacientes derechohabientes de la UMF # 28 “Dr. Gabriel Mancera”.
- Pacientes que presenten Diabetes Mellitus tipo 2 y/o Hipertensión Arterial Sistémica.
- Pacientes que acuden de manera mensual a consulta médica.
- Pacientes con tratamiento farmacológico indicado al menos por 3 meses previos al trabajo investigación.
- Pacientes que cuenten con expediente clínico completo.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

7.7.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con alteraciones neurológicas y psiquiátricas.
- Pacientes que no puedan responder el instrumento de medición.

7.7.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que presentan comorbilidades no asociadas a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica y que impida o complique el recordar su tratamiento.
- Pacientes que decidan retirarse del estudio.
- Pacientes que desconocen sus padecimientos o no se puedan revisar expedientes.
- Pacientes con cuestionarios incompletos o ilegibles.

8. INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

8.1. INSTRUMENTOS

Se elaboro un instrumento para el presente estudio, al cual se le realizó una validez de contenido por expertos en el área (5 médicos especialistas en medicina familiar con formación en docencia). Para la validez de constructo se realizan tres rondas de los cuestionarios a expertos en educación del CIEFD (Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI). Se les realiza una prueba piloto con un grupo de residentes (R1) obteniendo un alfa de Cronbach de 0.85 y 0.88 respectivamente.

Este consiste en una encuesta de plan de vida, de diez preguntas, en el cual se interroga acerca de lo que el paciente siente, desea y planea hacer en un tiempo determinado, y se medirá de acuerdo con los resultados obtenidos en lo que el paciente pretende realizar a una semana o menos, un mes, tres meses, seis meses y un año o más. Tomando como respuesta positiva si el paciente responde de manera satisfactoria; por lo tanto, más de seis preguntas respondidas de forma adecuada, en el plazo mayor o igual a tres meses, indicarían que el paciente cuenta con un plan estructurado de vida. Ver Anexo 11.2.

El segundo instrumento consiste en la escala informativa de adherencia a la medicación: MARS™ (Medication Adherence Report Scale), que permite identificar los predictores de cumplimiento de la medicación en pacientes con enfermedades crónicas y contrastar el buen cumplimiento, consta de 30 preguntas y comprende ítems sobre creencias en salud, experiencias y comportamiento en estos pacientes.

Los encuestados indican su grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones sobre el uso de su medicamento, basado en SI/NO, se otorga 1 punto por cada respuesta satisfactoria. Una puntuación de 25 indica que tiene adherencia, mientras que si es menor de 25 revela que no tiene adherencia. Tiene una alta fiabilidad con un Alpha de Cronbach entre 0.80 y 0.90. Ver anexo 11.3.

8.2. RECOLECCIÓN DE DATOS

El investigador principal, tendrá el rol de “Observador Interno”, ya que es parte del proceso que se vive cotidianamente durante la consulta externa, y por tanto no resulta ser extraño ni para el médico ni para el paciente. El investigador principal se encargará de aplicar ambos instrumentos.

Una vez terminada se invitará al paciente que fue atendido y que cumpla con los criterios de selección, a participar en el estudio previo consentimiento informado. A los que acepten participar se les aplicarán las respectivas encuestas de plan de vida y adherencia terapéutica.

Tanto la lista de cotejo como la encuesta no recolectan información que permita identificar al médico o paciente, aun así, se le informará al paciente sobre el estudio y de no dar su consentimiento los datos serán desechados.

Cabe recalcar que la obtención de datos corre bajo la responsabilidad de la investigadora principal, quien se encargara de supervisar todo el proceso durante la realización del estudio.

8.3. CONTROL DE SESGOS

Los posibles sesgos que se pueden generar en el presente protocolo de investigación son planteados desde el diseño arquitectónico del estudio:

- Estado basal: En este sentido, la selección de los pacientes puede estar influenciada por falta de marco muestral y falta de grupo control, en este sentido se presente disminuir el sesgo al aleatorizar la selección de los pacientes y aumentar el número de individuos incluidos en el estudio en un 20% para homogenizar los datos y por las posibles pérdidas de los pacientes.

- Recolección de datos: El instrumento de muestreo está considerado para ser contestado en un promedio de 20 minutos, los posibles sesgos tienen que ver con las características periféricas del paciente y sus comorbilidades, falta de agudeza visual, incapacidad para escribir de forma adecuada y legible, para evitar este sesgo se pretende otorgar las facilidades al paciente y a su acompañante tanto en tiempo e instalaciones cómodas para su llenado, para que así pueda contestar el cuestionario completo, de ser necesario leyendo en voz alta el documento (por el familiar o en su ausencia por el encuestador) y en sus respectivos casos, escribir las respuestas otorgadas por el paciente en la encuesta. El control de los escritos será salvaguardado por el investigador, cuidando de la privacidad de los datos en todo momento.
- En cuanto a las maniobras periféricas que pueden afectar el estudio, son aquellos pacientes que cuenten con polifarmacia o con deterioro cognitivo que imposibilite la toma adecuada de medicamentos, para ello se identificara las redes de apoyo con las que cuente el paciente e incluirlos en el plan de tratamiento del mismo y evitando la inclusión de pacientes con deterioro cognitivo al estudio.
- En el análisis de los resultados finales, pudiera estar afectado por el tamaño de la muestra, para ello se pretende aumentar el mismo en un 20%, así como el análisis estadístico de los datos será evaluado a la par del investigador por un experto en estadística ajeno al estudio para disminuir el sesgo metodológico en el análisis de los datos.

8.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recabados los datos de ambos instrumentos se construirá una base de datos en Excel para concentrar y organizar toda la información, de tal forma que obtengamos datos concluyentes y en relación con los objetivos propuestos.

Para las variables cualitativas del estudio se calcularán frecuencias y porcentajes, de tal forma que se identifique cuantos pacientes cuenta con un plan de vida, y la descripción general de las características de base de los pacientes.

Para las variables de control y sociodemográficas se obtendrán datos estadísticos de tendencia central como la media, mediana y moda, por ejemplo, para determinar el grado de adherencia terapéutica según grupo etario o según el género; además se realizarán cruces de datos de acuerdo con los datos de interés o hallazgos, como al momento de relacionar el plan de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes.

Conjuntamente se analizará la información obtenida, se redactará la discusión y la conclusión con los asesores de tesis del estudio.

9. ASPECTOS ÉTICOS:

Para la obtención de conocimientos médicos y el avance de la ciencia tanto en diagnóstico como tratamiento de enfermedades se requiere de la investigación científica que en muchas ocasiones requiere de la experimentación en sujetos humanos. Dicha experimentación debe realizarse con apego a principios éticos que protegen a los sujetos que participen en estudios científicos.

La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas.

Los pacientes, profesionales de la salud, investigadores, formuladores de políticas, funcionarios de salud pública, empresas farmacéuticas y otros confían en los resultados de las investigaciones para llevar a cabo actividades y tomar decisiones que repercutirán sobre la salud individual y pública, así como sobre el bienestar social y el uso de recursos limitados.

Dentro de la Historia se pueden tomar grandes ejemplos, en los cuales se vulneraron los derechos y las garantías individuales de la población, al momento de realizar experimentos sin su consentimiento y a sabiendas de que se les infligía algún daño, por lo cual los organismos internacionales crearon documentos que se han publicado en diversas declaraciones y consensos mundiales, específicos para la protección de la población al momento de realizar investigaciones, donde lo primordial es preservar y garantizar los derechos de la población de estudio; entre ellos contamos con el Código de Núremberg, el cual fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Núremberg en agosto 1945 a octubre 1946, en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos (47).

Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, así como la expresión de la autonomía del paciente.

También se hace mención que, durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.

Entre otros documentos internacionales contamos con el informe Belmont, el cual fue creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación". El reporte fue creado en abril de 1979 y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento se reunió para delinear el primer informe.

Esta Comisión tiene sus antecedentes en un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972 en Tuskegee, Estado de Alabama en Estados Unidos. Entonces, 399 afroamericanos, en su mayoría analfabetos, fueron estudiados para observar la progresión natural de la sífilis no tratada. Los sujetos utilizados en este experimento no dieron su consentimiento para participar en él, no fueron informados de su diagnóstico, fueron engañados y no se utilizó el tratamiento disponible, por lo que se continuó investigando cómo la enfermedad se diseminaba y causaba la muerte.

Este estudio fue terminado en 1972 cuando una filtración a la prensa causó su fin, sin embargo, 28 sujetos habían muerto de sífilis y otros 100 de otras complicaciones médicas relacionadas. Además, 40 mujeres de los sujetos resultaron infectadas y 19 niños contrajeron la enfermedad al nacer. Este experimento ha sido citado como "posiblemente

la más infame investigación biomédica de la historia de Estados Unidos” y dio origen a la creación de la Comisión que elaboró el informe Belmont (48).

El Informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son el respeto, beneficencia, justicia; por lo que hoy, el informe Belmont continúa siendo una referencia esencial para que los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos en investigación se aseguren que los proyectos cumplen con las regulaciones éticas.

Sin embargo, uno de los documentos más importantes al momento de realizar estudios de investigación, es la Declaración de Helsinki, originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, este se ha sometido a múltiples revisiones y clarificaciones y es un documento que autorregula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes.

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

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

Dentro de sus principios operativos, tenemos que la investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), una probabilidad razonable que la población estudiada obtenga un beneficio (Artículo 19) y que sea conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15) usando protocolos aprobados y sujetos a una revisión ética independiente. Cuando se encuentre en estudio un método de diagnóstico o tratamiento novedoso, éste deberá compararse siempre contra el mejor método disponible, de no haberlo está justificado el uso de placebo, que son sustancias sin actividad en el cuerpo humano cuyo uso sólo se justifica si no existen un tratamiento probado (Artículo 29).

Debido a esto y a muchos otros antecedentes más, en 1949 se fundó una organización internacional no gubernamental, llamada “Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas” (CIOMS) para colaborar con las Naciones Unidas y sus agencias especializadas, principalmente, con la OMS y la UNESCO.

A fines de los años 70, en asociación con la OMS, el CIOMS comenzó a trabajar en ética de la investigación biomédica, su propósito fundamental era desarrollar pautas para indicar el modo en que los principios éticos que debieran guiar la conducta de la investigación biomédica en seres humanos, establecidos por la Declaración de Helsinki, podían ser aplicados en forma efectiva, especialmente en países en desarrollo, considerando sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes y regulaciones, así como sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

Esta labor se ha traducido en tratados, pactos y declaraciones internacionales que están orientados a promover las buenas prácticas al interior de la ciencia y a proteger a las personas que participan como sujetos de estudio en la investigación biomédica. Las pautas CIOMS constituyen un esfuerzo por complementar y expandir los principios éticos de la declaración de Helsinki a un contexto internacional que incorpore a los países en vías de desarrollo (49).

Todas estas se sustentan en 3 principios generales: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. Dichos principios se aplican a los problemas que con mayor frecuencia se suscitan en el desarrollo de la investigación con seres humanos, dando origen a pautas específicas de procedimiento.

El respeto por las personas se refiere, principalmente, a su autonomía, sostiene que las personas capaces de deliberar deben ser tratadas con respeto en su capacidad de autodeterminación. Por otro lado, aclara que las personas con autonomía disminuida deben ser protegidas y aseguradas contra daño o abuso.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. El principio da origen a pautas que se refieren a ponderar razonablemente los riesgos con relación a los beneficios, un diseño de investigación válido, que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y proteger el bienestar de los sujetos participantes.

Y la justicia en la ética de la investigación con seres humanos, se refiere especialmente a la justicia distributiva, esto es, repartir equitativamente las cargas y los beneficios al participar en una investigación.

Consiguientemente, los investigadores, patrocinadores y autoridades de salud deben asegurarse de que los estudios propuestos tengan solidez científica, tengan de base un conocimiento previo adecuado y puedan generar información valiosa, por lo cual, la presente investigación no viola el acuerdo de la Declaración de Helsinki y del CIOMS, además de que se apega a los lineamientos internacionales como la Declaración de Belmont y el código de Nuremberg.

En materia nacional, el presente trabajo cumple con los requisitos exigidos por la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación

en Salud y se cataloga como investigación nivel I, investigación sin riesgo, de acuerdo con el Art. 17 de dicho reglamento, ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos retrospectivos o prospectivos y en el que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifican ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta, respetando además la confidencialidad de los datos. De igual forma cumple con los lineamientos establecidos por el Reglamento de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud.

La investigación se ajusta a la Ley General de Salud correspondiente a sus artículos:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

En el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, se respeta el Artículo 17, el cual considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, en este caso es clasificado el estudio como:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o

modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por lo tanto, en el Instituto Mexicano del Seguro Social existe un Comité de Ética local compuesto por expertos en el tema, con amplia experiencia en diversas ramas de la investigación, quienes vigilan que, en cada uno de los proyectos de investigación realizados en la institución, se cumplan cabalmente todos los principios éticos delineados por los documentos nacionales e internacionales.

Todos los protocolos son revisados en forma independiente y libre de conflicto de intereses por dicho comité de expertos, quienes vigilan que cada estudio cumpla con los principios éticos de respeto al individuo, beneficencia para reducir al mínimo los riesgos y buscando siempre el bienestar del individuo y la justicia, donde se tenga una participación equitativa de todos los sujetos candidatos al estudio de investigación.

De esta forma, previa a la entrevista de los pacientes, se les informó sobre el objetivo del estudio y si aceptaba participar, así también se les solicitó firmar la carta de consentimiento informado, para la cual se tomaron en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, para el estudio y primordialmente para su elaboración.

Por lo que a cada uno de los derechohabientes que cumplan con los criterios de inclusión (anteriormente descritos), se les hará una invitación para formar parte de este estudio, y se les informará sobre el objetivo general, es decir, el demostrar la relación entre un plan estructurado de vida y la adherencia terapéutica en la población mayor, que ciertamente presenta alguna enfermedad crónica, además de que en todo momento se asegura la confidencialidad de la información proporcionada por los pacientes, así como su anonimato.

El beneficio directo esperado será detectar de manera oportuna las afecciones derivadas de la falta de implementación de un plan sistemático de vida y de la nula adherencia terapéutica, en la que otros estudios nacionales e internacionales, han demostrado que afectan de manera importante a la población, y así poder implementar medidas de acción en la población estudiada.

A población derechohabiente, se les hará la mención de que su participación consistirá en responder una serie de preguntas que le aplicaremos, estas mismas preguntas, son derivadas de los instrumentos previamente descritos; por lo que implicará invertir 20 minutos de su tiempo para responder las mismas.

Quizás el paciente pueda presentar un poco de molestia y malestar emocional, por lo que, si acepta participar se les solicitará firmar la carta de consentimiento informado, presente en el Anexo 3, la cual será aplicada si el CLIEIS lo autoriza; y solo después de dar la información relevante acerca de la investigación y comprobar que el paciente haya comprendido adecuadamente, además de que en todo momento se responderán las dudas que puedan surgir.

Para solicitar y obtener el consentimiento, nos aseguramos de que se ha dado al paciente oportunidad y tiempo suficientes para considerar si participa, incluido tiempo para consultar con familiares u otras personas; y se le otorgara el documento pertinente para recabar su adecuada firma, como evidencia del mismo.

En el consentimiento informado no se incluyen frases en las que se haga pensar que el derechohabiente renuncie o parezca renunciar a ninguno de sus derechos legales como participante, o que libere o parezca liberar al investigador, el patrocinador, la institución o sus agentes de su responsabilidad por negligencia.

En todo momento se aseguró la confidencialidad de la información proporcionada por los pacientes, así como su anonimato, ya que los datos que proporciona son totalmente

confidenciales, la información será cuidada y resguardada por los investigadores de este estudio.

Cabe recalcar que el derechohabiente es libre de decidir si participa en este estudio, además de que podrá retirarse del mismo o no contestar las encuestas en el momento que crea conveniente.

Por lo que para, asegurar la confidencialidad de la información se planea codificar a cada uno de los participantes con un número de folio específico, al cual solo los investigadores pueden tener acceso.

Este estudio se propone como un abordaje necesario para detectar de manera oportuna la relación entre la calidad de vida y la adherencia terapéutica del adulto mayor, por lo que el resultado obtenido se utilizara para proponer estrategias que puedan reforzar las habilidades del médico familiar en relación con el seguimiento que se le da a un paciente adulto mayor con enfermedades crónicas.

9.1. FACTIBILIDAD:

La UMF número 28, cuenta con todos los requerimientos necesarios para llevar a cabo nuestro estudio. No necesitamos patrocinadores o fondos externos.

10. RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Humanos:

- INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Elena Lizeth Ayala Cordero, Médico especialista en Medicina Familiar, adscrita a la UMF # 28 “Gabriel Mancera”.
- COLABORADORES: Dra. Darenka Desiree Zavala Presuel, Médico Residente adscrita a la UMF N°28 del IMSS, alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar y el Dr. Armando Martínez Peña, Médico especialista en Medicina familiar, adscrito al Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI

Materiales

- Hoja de encuesta
- Hoja de cotejo
- Lapiceros
- Computadora, programa Microsoft Excel
- Impresora

Físicos:

- Sala de Espera de la Unidad de Medicina Familiar N°28 del IMSS.

Financieros:

- Autofinanciado por el investigador

11. RESULTADOS

El presente estudio se desarrolló en la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera, adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social. De manera inicial, se había contemplado una muestra de 144 pacientes, sin embargo, se lograron recabar 160 encuestas, todos ellos cumplieron de manera íntegra con los criterios de selección además de haber aceptado por voluntad propia participar en el estudio, motivo por el cual fueron incluidos en el presente trabajo.

Cabe recordar que nuestro objetivo principal fue demostrar la relación entre el plan de vida y la adherencia terapéutica en el adulto mayor, con enfermedades crónicas, de la Unidad de Medicina Familiar número 28.

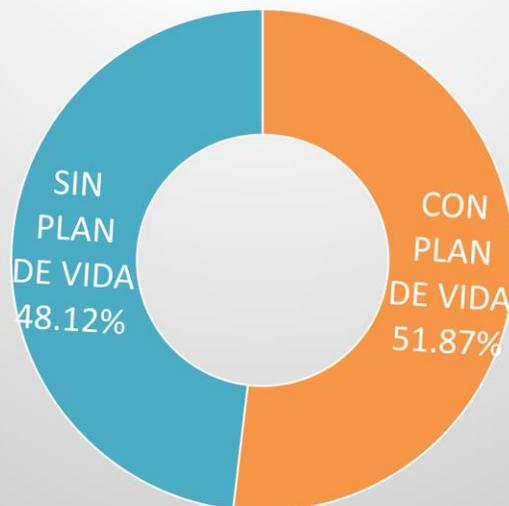
Ahora bien, continuando tenemos los siguientes resultados para cada uno de los objetivos específicos propuestos:

- Resultados para el primer objetivo específico: Identificar cuantos pacientes cuenta con un plan de vida.

PLAN DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28					
CON PLAN		SIN PLAN		TOTAL	
ESTRUCTURADO DE VIDA		ESTRUCTURADO DE VIDA			
F	%	F	%	F	%
83	51.87	77	48.12	160	100

Derivado del Test de Plan de Vida se determinó que el 83 encuestados, que correspondieron al 51.87% mencionaron tener un plan concreto de vida a largo plazo, contrario a 77 encuestados, que correspondieron al 48.12%, quienes no contaban con un plan estructurado de vida a largo plazo.

PLAN DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28



1. Pacientes con plan estructurado de vida de acuerdo a género.

PLAN DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28 SEGÚN GENERO						
	CON PLAN ESTRUCTURADO DE VIDA		SIN PLAN ESTRUCTURADO DE VIDA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
FEMENINO	57	35.62	55	34.37	112	70
MASCULINO	26	16.25	22	13.75	48	30
TOTAL	83	51.87	77	48.12	160	100

Se aplico el Test de plan de Vida a 112 mujeres y a 48 hombres, por lo que, con respecto al género, se encontró que el género femenino tuvo el mayor porcentaje respecto al plan estructurado de vida, 35.62% versus 16.25% correspondiente al género masculino; ahora bien, el género femenino fue quien tuvo el mayor porcentaje de no tener un plan estructurado de vida, con 34.37% y hombres de 13.75%.

PLAN DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28 SEGÚN GENERO

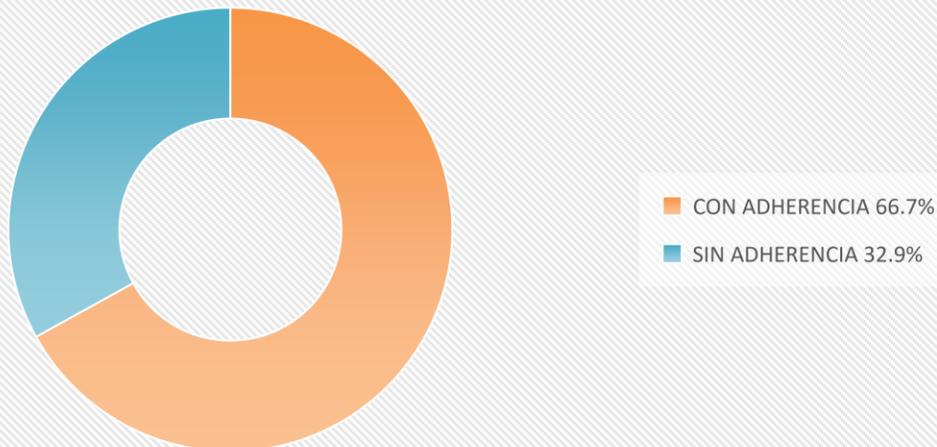


- Resultados para el segundo objetivo específico: Mostrar el grado de adherencia terapéutica de los pacientes.

ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28					
CON ADHERENCIA		SIN ADHERENCIA		TOTAL	
F	%	F	%	F	%
107	66.7	53	32.9	160	100

Posterior a la aplicación de la escala MARS de adherencia terapéutica se encontró que 107 pacientes correspondiente al 66.7% si contaban con adherencia terapéutica, contrario a 53 pacientes que correspondieron al 32.9% quienes demostraron no tener adherencia a su tratamiento farmacológico.

ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28



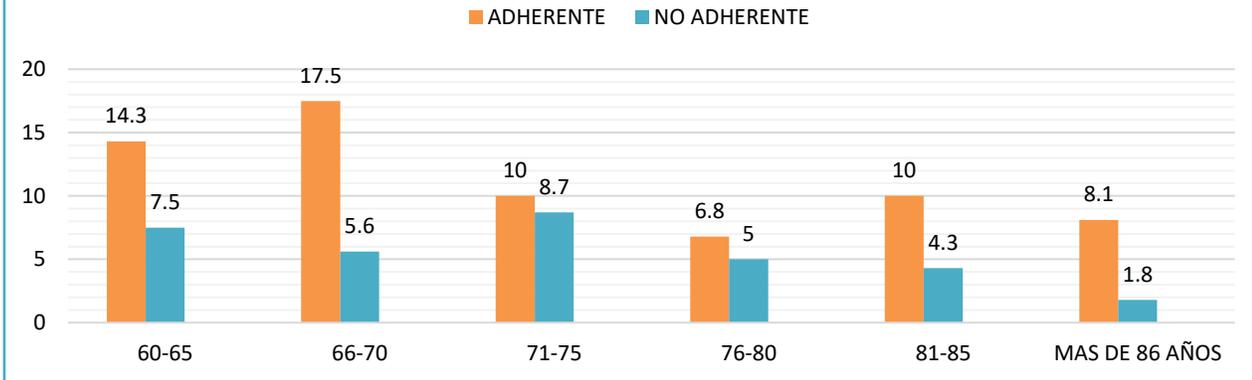
1. Grado de adherencia terapéutica según grupo etario a través de la escala MARS.

ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28 SEGÚN EDAD

EDAD	ADHERENTE		NO ADHERENTE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
60-65	23	14.3	12	7.5	35	21.8
66-70	28	17.5	9	5.6	37	23.1
71-75	16	10	14	8.7	30	18.7
76-80	11	6.8	8	5	19	11.8
81-85	16	10	7	4.3	23	14.3
MAS DE 86	13	8.1	3	1.8	16	9.9
TOTAL	107	66.7	53	32.9	160	100

De acuerdo al grupo etario, se encontró que hubo mayor adherencia terapéutica en grupo etario de 66 a 70 años representando un 17.5%, y quienes mostraron una peor adherencia terapéutica fue el grupo correspondiente de 71 a 75 años con 8.7%.

ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28



2. Grado de adherencia terapéutica según género a través de la escala MARS.

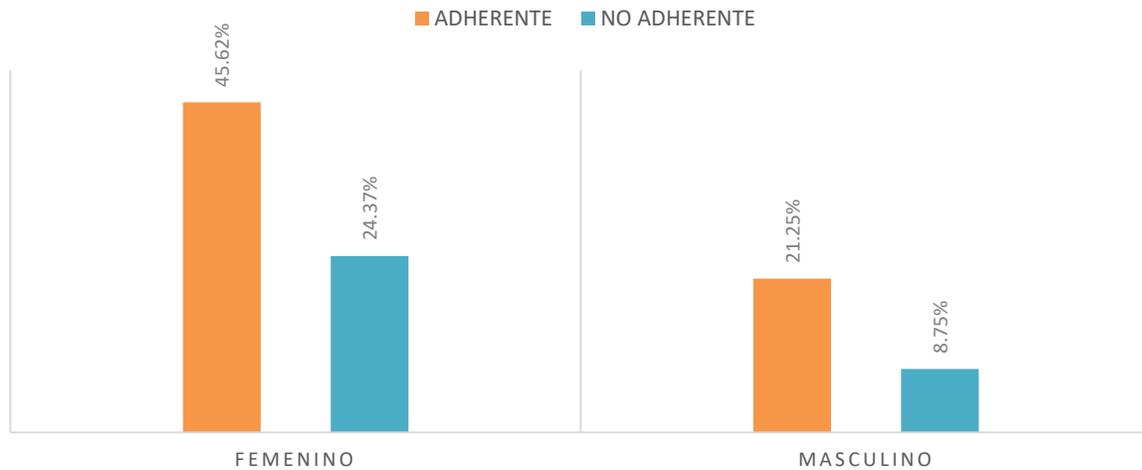
ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28 SEGÚN GENERO

GENERO	ADHERENTE		NO ADHERENTE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
FEMENINO	73	45.62	39	24.37	112	70
MASCULINO	34	21.25	14	8.75	48	30
TOTAL	107	66.7	53	32.9	160	100

Con respecto al género la escala MARS de adherencia terapéutica también se aplicó a un total de 112 mujeres y 48 hombres, encontrándose que 45.62% de las mujeres presentaban adherencia a su tratamiento farmacológico versus 24.37% quienes no contaban con apego al tratamiento.

En cuanto al sexo masculino el 21.25% se mostró adherente a su tratamiento terapéutico respecto al 8.75% quienes no contaban con adherencia farmacológica.

ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UMF # 28 SEGÚN GENERO



- Resultados para el tercer objetivo específico: Relacionar el plan de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes.

Para dicho objetivo se elaboró una serie de pasos con la finalidad de calcular el estadístico Chi cuadrado, primeramente, se elaboró una tabla de contingencia, que fue de las frecuencias meramente observadas:

$$\chi_{calc}^2 = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

f_0 : Frecuencia del valor observado.

f_e : Frecuencia del valor esperado.

TABLA DE CONTIGENCIA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	PLAN DE VIDA		
	CON ADHERENCIA	SIN ADHERENCIA	TOTAL
CON PLAN	83	0	83
SIN PLAN	24	53	77
	107	53	160

Posteriormente se calcularon las frecuencias porcentuales, de acuerdo con las frecuencias observadas:

FRECUENCIAS PORCENTUALES

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	PLAN DE VIDA	
	CON ADHERENCIA	SIN ADHERENCIA
CON PLAN	77.57%	0.00%
SIN PLAN	22.43%	100.00%
TOTAL	100.00%	100.00%

Una vez teniendo dichas tablas, se calculó las frecuencias esperadas, para determinar si había relación:

FRECUENCIAS ESPERADAS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	PLAN DE VIDA		
	CON ADHERENCIA	SIN ADHERENCIA	TOTAL
CON PLAN	55.50625	27.49375	83
SIN PLAN	51.49375	25.50625	77
TOTAL			160

Para finalizar podemos calcular el estadístico chi cuadrado, El estadístico chi cuadrado, que tiene distribución de probabilidad del mismo nombre, sirve para someter a prueba hipótesis referidas a distribuciones de frecuencias. En términos generales, esta prueba contrasta frecuencias observadas con las frecuencias esperadas de acuerdo con la hipótesis nula:

DISTANCIA DE CHI CUADRADO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	PLAN DE VIDA		
	CON ADHERENCIA	SIN ADHERENCIA	TOTAL
CON PLAN	13.6183995	27.49375	41.1121495
SIN PLAN	17.8834598	23.6624247	41.5458845
TOTAL	31.5018593	51.1561747	82.658034

ESTADISTICO CHI CUADRADO **82.658034**

ESTADISTICO DE PRUEBA

valor critico $gl=(r-l)(c-l)= 1$
 $\alpha= 0.05$
 $x^2(1-\alpha)(r-1)(c-1)= 3.84145882$

Podemos comprobar dicha asociación utilizando un coeficiente de asociación, en este caso utilizaremos el coeficiente V de Cramer:

COEFICIENTE V DE CRAMER

$$v = \sqrt{\frac{x^2}{n \min(r-1)(c-1)}}$$

$$v = 0.71875776$$

Un coeficiente a partir de 0.03 es aceptable y al tener un coeficiente de 0.71875776 tenemos una asociación positiva entre las variables del estudio.

12. DISCUSIÓN

La problemática del adulto mayor y los factores relacionados con este período de la vida, son objeto de estudio con mayor amplitud en los últimos años, esto obedece fundamentalmente a la preocupación cada vez más creciente en las sociedades contemporáneas por las personas mayores, quienes, representan el grupo etario que más rápidamente crece en el mundo.

Por lo que, la capacidad de proponer, consolidar o generar proyectos o planes de vida se vincula necesariamente con las acciones que se realizan en la cotidianidad, con la posibilidad de acceder a nuevos desafíos, de conocer opciones, de salir del ámbito de lo cotidiano para tender hacia nuevas metas o propuestas. Para que surja el deseo o motivación de desarrollar propuestas nuevas, en principio debe existir la posibilidad de acceder a información, de identificar posibles desarrollos personales.

De manera general, el plan de vida implica las relaciones entre todas las actividades de los pacientes, es decir cuestiones económicas, recreativas, relaciones familiares y/o de pareja, sociales, así como laborales. por lo que, en general sus actividades recaen en el ámbito familiar.

Partiendo de este supuesto, el presente trabajo indaga si existe un “terreno fértil” para el desarrollo de un adecuado plan de vida, así en nuestro estudio, los adultos mayores orientaban su plan de vida hacia la realización de estas actividades; contrario a lo hallado por otros investigadores, poco más de la mitad de los participantes, si cuentan con un plan estructurado de vida.

Otra situación particularmente interesante fue que la mayoría de las participantes fueron mujeres, entonces de ahí, podría venir la relación por la cual, la mayoría de ellas, cuentan con un plan de vida, lo anterior se podría explicar desde la perspectiva visión romántica y

tradicional de que "la mujer aprende según los mandatos sociales a tener una actitud responsable sólo hacia las necesidades de las y los demás y no hacia sus propias necesidades", pero independientemente de cómo haya sido, es remarcable que los pacientes aun sea en un porcentaje un poco mayor, si cuentan con un plan estructurado de vida.

Continuando con la adherencia a los tratamientos, es bien conocido, que está es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud; está es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí; entre ellos, hay factores como la enfermedad, el fármaco, el entorno, el médico, entrando en este rubro la mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos, y por supuesto factores directamente relacionados con el paciente como la edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de formación-instrucción, creencias, motivación y sentimientos.

Por lo que, posterior a la aplicación de la escala MARS de adherencia terapéutica se encontró que 107 pacientes, lo cual correspondió al 66.7% si contaban con adherencia terapéutica, contrario a 53 pacientes que representaron el 32.9% demostraron no tener adherencia a su tratamiento farmacológico.

Con respecto al género, la escala MARS de adherencia terapéutica se aplicó a un total de 112 mujeres y 48 hombres, encontrándose que 45.62% de las mujeres presentaban adherencia a su tratamiento farmacológico versus 24.37% quienes no contaban con apego al tratamiento. En cuanto al sexo masculino el 21.25% se mostró adherente a su tratamiento terapéutico respecto al 8.75% quienes no contaban con adherencia farmacológica.

En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Con escasas excepciones, los estudios describen resultados inconsistentes acerca del

perfil del paciente anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano.

Dentro del grupo etario hubo mayor adherencia terapéutica en el grupo de 66 a 70 años con un 17.5%, y los pacientes del grupo de 71 a 75 años se reportaron con una peor adherencia terapéutica correspondiendo a un 8.7%; sin embargo, de manera general se reportó un mayor porcentaje respecto a la correcta adherencia al tratamiento terapéutico.

Ahora bien, para finalizar se realizó el cálculo estadístico de prueba de Chi cuadrado para determinar, si había Relación entre el plan de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes, encontrándose un estadístico Chi Cuadrado de 82.658034, cuyo valor calculado es mucho mayor a nuestro valor crítico, es decir 82.658034 vs 3.84145882; en este caso la hipótesis nula nos habla de la independencia de las variables y la hipótesis alternativa de la relación de las variables, por lo que de acuerdo con los resultados no se acepta la hipótesis nula.

13. CONCLUSIONES

El incumplimiento de los tratamientos farmacológicos es un grave problema de salud pública y un reto para los sistemas sanitarios. Es por ello que evidenciar los factores predictores de la falta de adherencia sería de gran interés para los profesionales de la salud y así incrementar la atención en los pacientes que requieran más ayuda para la calidad y seguridad de su proceso farmacoterapéutico.

Según los datos obtenidos en la presente investigación se identificó que prácticamente un poco más de la mitad de los pacientes que asisten a consulta externa de esta Unidad de Salud, poseen un plan estructurado de vida.

Dos tercios de la población con enfermedades crónicas, que fue estudiada en esta UMF presento una adecuada adherencia terapéutica a su tratamiento farmacológico.

Existe asociación entre la condición final de un paciente con enfermedades crónicas respecto a la adherencia terapéutica, es decir si existe una relación positiva entre el plan de vida y la adherencia terapéutica en un paciente con enfermedades crónicas.

En este sentido, este estudio aporta resultados reales en salud acerca de la relación entre estos pacientes y la adherencia al tratamiento farmacológico, lo que puede ser de gran utilidad a la hora de realizar intervenciones destinadas a optimizar la farmacoterapia de dichos pacientes y, con ello, mejorar la calidad de vida de los mismos.

14. CONFLICTO DE INTERESES

Se declaró que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

15. ANEXOS:

15.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28”

Autores: Dra. Zavala Presuel Darenka Desiree¹ / Dra. Ayala Cordero Elena Lizeth²/ Dr. Martínez Peña Armando³.

Actividad	2018			2019												2020					2021				
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	
Elección del tema de investigación	★	★																							
Selección de bibliografía			★	★	★																				
Planteamiento del Problema						★																			
Justificación						★																			
Introducción							★																		
Marco Teórico							★	★	★																
Objetivos e Hipótesis									★																
Material y Métodos										★															
Tipo de Estudio, Población, Tiempo y lugar											★														
Criterios de selección y definición de variables												★													
Operacionalización de variables													★												
Descripción general del estudio														★											
Aspecto éticos y recursos															★										
Redacción de Bibliografía																★									
Instrumento de medición y Elaboración de Consentimiento																★	★	★	★	★	★	★			
Incorporación en el SIRELCIS																				★	★	★	★	★	★
Autorización en el comité																									
Aplicación de cuestionarios																									
Captura de datos																									
Redacción de resultados y conclusiones																									
Tesis impresa																									★

- Investigador responsable: Dra. Zavala Presuel Darenka Desiree, matrícula: 97372600, alumna del curso de especialización en Medicina Familiar, adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28, correo: darenkazavala@gmail.com, celular: 9811084968
- Investigador principal: Dra. Ayala Cordero Elena Lizeth, matrícula: 99352716, médico especialista en Medicina Familiar, adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”, correo: elenaayala1506@gmail.com, celular: 5523411435
- Investigador asociado: Dr. Martínez Peña Armando, matrícula: 10920366, médico especialista en Medicina Familiar, Maestro en Educación, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI, adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI, correo: armando.martinezpen@imss.gob.mx, celular: 55780132.

Acotaciones: ★ = REALIZADO, X = PENDIENTE

15.2. TEST DE PLAN DE VIDA

“PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28”

Autores: Zavala Presuel Darenka Desiree¹ / Ayala Cordero Elena Lizeth²/ Martínez Peña Armando³.

EDAD: _____

GENERO: _____

Test De Plan De Vida (Actividades)	Una Semana o Menos	Un Mes	Tres Meses	Seis Meses	Un Año o Más
1. Cuento con el dinero para los gastos de la casa hasta...					
2. Tengo dinero para mis cosas personales hasta...					
3. Tengo dinero para cubrir mi alimentación hasta...					
4. Cuento con dinero para divertirme cada...					
5. Realizo actividades recreativas cada...					
6. Cuento con planes a realizar con mi pareja hasta en...					
7. Tengo mis actividades ya planeadas con mis hijos y/o nietos hasta...					
8. Tengo planes personales programados hasta...					
9. Tengo actividades ya programadas con mis amigos hasta en...					
10. Cuento con un proyecto para superarme, para...					

- Investigador responsable: Zavala Presuel Darenka Desiree, matrícula: 97372600, alumna del curso de especialización en Medicina Familiar, adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28, correo: darenkazavala@gmail.com, celular: 9811084968
- Investigador principal: Ayala Cordero Elena Lizeth, matrícula: 99352716, médico especialista en Medicina Familiar, adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”, correo: elenaayala1506@gmail.com, celular: 5523411435
- Investigador asociado: Martínez Peña Armando, matrícula: 10920366, médico especialista en Medicina Familiar, Maestro en Educación, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI, adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI, correo: armando.martinezpen@imss.gob.mx, celular: 55780132

15.3. ESCALA MARS™ DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

“PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28”

Autores: Zavala Presuel Darenka Desiree¹ / Ayala Cordero Elena Lizeth²/ Martínez Peña Armando³

ESCALA MARS™ DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

CREENCIAS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS	SI	NO
- Tengo un conocimiento adecuado acerca de mi enfermedad.		
- Sé qué esperar de la gestión de mi enfermedad.		
- Mi gestión actual mantendrá mi enfermedad a raya.		
- Estoy recibiendo la mejor gestión posible.		
- El control sobre mi enfermedad es un misterio para mí.		
- Es provechoso conocer las experiencias de otros con enfermedades similares a la mía.		
- Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.		
- Mis médicos han limitado las opciones de gestión para ofrecerme.		
- Mis medicamentos están funcionando.		
- El uso de cualquier medicamento implica algunos riesgos.		
- Tengo demasiados medicamentos.		
- Yo tengo algo que decir en la forma como mi enfermedad es gestionada.		
- Tengo un conocimiento adecuado acerca de las opciones para la gestión de mi enfermedad.		
- Mis médicos están muy informados.		
EXPERIENCIAS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS	SI	NO
- Estoy preocupado por los efectos de mis medicamentos.		
- Es desagradable utilizar alguno de mis medicamentos.		
- Es físicamente difícil manejar alguno de mis medicamentos.		
- Estoy satisfecho con la información que mis médicos comparten conmigo.		
- Mis médicos son compasivos.		
- Las dificultades financieras limitan mi acceso a la mejor atención sanitaria.		
- Mis médicos dedican suficiente tiempo conmigo.		
- La gestión de mi enfermedad perturba mi vida.		

COMPORTAMIENTOS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS	SI	NO
- Estoy confuso con mis medicamentos.		
- Tengo rutinas estrictas para el uso ordinario de mis medicamentos.		
- Guardo mis medicamentos muy cerca de donde tengo que utilizarlos.		
- Me aseguro de tener suficiente medicación para no tener que salir corriendo a buscarla.		
- Yo me esfuerzo en seguir las instrucciones de mis médicos.		
- Hago cambios en las recomendaciones sobre la gestión de mi enfermedad para satisfacer mi estilo de vida.		
- Modifico las recomendaciones sobre mi enfermedad según cómo me sienta.		
- Afronto con ánimo mis problemas médicos antes de tomar cualquier medida.		

1. Investigador responsable: Zavala Presuel Darenka Desiree, matrícula: 97372600, alumna del curso de especialización en Medicina Familiar, adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28, correo: darenkazavala@gmail.com, celular: 9811084968
2. Investigador principal: Ayala Cordero Elena Lizeth, matrícula: 99352716, médico especialista en Medicina Familiar, adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”, correo: elenaayala1506@gmail.com, celular: 5523411435
3. Investigador asociado: Martínez Peña Armando, matrícula: 10920366, médico especialista en Medicina Familiar, Maestro en Educación, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI, adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI, correo: armando.martinezpen@imss.gob.mx, celular: 55780132

15.4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	“PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 28”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, localizado en Calle Gabriel Mancera 800, esquina San Borja, Col del Valle Centro, C.P. 03100 Ciudad de México. Periodo Enero 2021.
Número de registro institucional:	Pendiente.
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me informó que pertenezco a un grupo vulnerable por ser adulto mayor con enfermedades crónicas y por lo tanto, este estudio me ayudara a tener mejor control de mi enfermedad para evitar complicaciones a futuro; además, el investigador me dio a conocer la importancia que tiene el tomarme mis medicamentos para tener un buen tratamiento, y también me explico que el objetivo de este estudio es demostrar la relación entre tener mi plan estructurado de vida y la relación que tiene con mi adherencia a mi tratamiento con medicamentos.
Procedimientos:	Mi participación consistirá en contestar de manera voluntaria y sin ninguna presión, una serie de preguntas que el investigador me aplicará, estas son derivadas de dos escalas, una de ellas es el Test de plan de vida, que consta de 10 reactivos, los cuales son acerca de mis actividades diarias y si las tengo estructuradas en cierto tiempo como en una semana o menos, un mes, tres meses, seis meses y un año o más, además de incluir datos como mi edad, sexo, escolaridad y ocupación; la otra es la escala MARS™ de adherencia terapéutica la cual consta de 26 preguntas acerca de mis creencias, mi experiencia y mi comportamiento en salud del padecimiento crónico que yo presento. El investigador me informa que se compromete a mantener la confidencialidad de mis datos personales, además de que no recibiré compensación económica alguna al participar en este estudio, pero tampoco tendré que hacer gasto alguno.
Posibles riesgos y molestias:	La aplicación de las encuestas quizás me pueda causar un poco de molestia o estrés al no tener un plan de vida o al contestar las preguntas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El investigador me informa que es importante obtener resultados que puedan favorecer en forma comunitaria al resto de los afectados, por lo que es probable, aunque no seguro, que yo no me beneficie al cien por ciento con los resultados obtenidos en este estudio; pero podrá ayudarme a conocer mejor mi enfermedad, así como quizás mejorar mi adherencia terapéutica y por consiguiente se podría mejorar mi pronóstico y mi calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me explicó que me darán a conocer a detalle los resultados de mis preguntas para ver que tan bien llevo el control de mis medicamentos y que esta información se la harán saber a mi médico de cabecera para que le sirva en mis consultas de seguimiento.
Participación o retiro:	Cabe recalcar que yo soy libre de decidir si participo en este estudio, además de que podré retirarme del mismo o no contestar las encuestas en el momento que yo crea conveniente.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabiente (si aplica):	Cabe recalcar que tendré la disponibilidad de todo mi tratamiento médico mensual completo.

Beneficios al término del estudio: El investigador me informo que este estudio se propone como un primer abordaje para detectar de manera oportuna las afecciones derivadas de la falta de implementación de un plan sistemático de vida y de la nula adherencia terapéutica, en la que otros estudios nacionales e internacionales, han demostrado que afectan de manera importante a la población, y así poder implementar medidas de acción en lo relacionado a mi salud y al resto de la población estudiada. Así también el investigador me indica que los resultados que se obtengan se utilizarán para proponer estrategias que puedan reforzar las habilidades de mi médico familiar en relación con el seguimiento que yo llevo y al que se les da a los demás pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas.

Privacidad y confidencialidad: Se me informo que los datos que proporcione son totalmente confidenciales, mi información será cuidada y resguardada por los investigadores de este estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma (no aplica para este estudio).

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Elena Ayala Cordero, adscrita a la consulta externa en la UMF N°28 “Gabriel Mancera”, Correo: elenaayala1506@gmail.com, Celular: 5523411435.

Colaboradores: *Armando Martínez Peña, actualmente preside como director del Centro de Investigación Educativa y Formación del Centro Médico Nacional Siglo XXI, así como Docente de la Maestría de Investigación en dicha institución. Correo: armando.martinezpen@imss.gob.mx, Celular: 55780132.

*Darenka Desiree Zavala Presuel, Matrícula: 97372600, Alumna del Curso de especialización en Medicina Familiar, adscrita la UMF N°28, Correo: darenkazavala@gmail.com, Celular: 9811084968.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Darenka Desiree Zavala Presuel

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

15.5. CARTA DE NO INCONVENIENTE PARA REALIZACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION EN LA UNIDAD.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



**2020
LEONA VICARIO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
O.O.A.D. CIUDAD DE MÉXICO SUR

UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria"

Ciudad de México, a 10 de Agosto de 2020

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
O.O.A.D. CDMX Sur

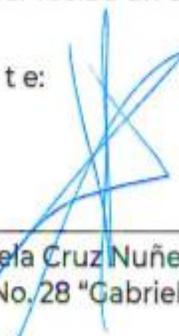
PRESENTE

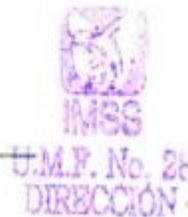
Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: "**PLAN DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #28**", en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador principal Dra. Elena Lizeth Ayala Cordero, Matrícula 99352716, e investigadores colaboradores.

El presente protocolo es un estudio observacional, transversal y descriptivo, en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a seguimiento en la UMF No. 28; en el que se aplicarán dos instrumentos de medición, sobre "plan de vida" y "adherencia terapéutica".

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente:


Dra. Katia Gabriela Cruz Nuñez
Directora UMF No. 28 "Gabriel Mancera"



16. BIBLIOGRAFÍA

1. Robles L, Vázquez F, Reyes L, et al. Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. *Reg. y Soc.* 2007;19(40):195–204.
2. Sudore R, Mehta K, Simonsick E, et al. Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *J. Am Geriatr Soc.* 2006;54(5):770–776.
3. Naranjo Y, Figueroa M, Cañizares R. Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gac. Méd. Espirit.* 2015;17(3):1–10.
4. Díaz S, Camejo Y, Díaz B. Programa de intervención educativa para promover conductas asertivas en el adulto mayor. *Mediciego.* 2012;18(2):1–9.
5. Salgado V, González T, Jáuregui B, et al. “No hacen viejos los años, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Publ. Mex.* 2005;47(4):294–302.
6. Leguizamón MA. Salud y Bienestar del adulto mayor: una tarea que no debe ser olvidada. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017;15(1):3–6.
7. Márquez J, Meléndez L. Promoción humana en el envejecimiento una experiencia de orientación gerontológica. *Educere.* 2002;6(18):176–180.
8. Chong DA. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.* 2012;28(2):79–86.
9. Mejía I, Rivero E, Nava I. Transferencias intergeneracionales por género y efectos económicos del envejecimiento demográfico en México. *Notas Pobl.* 2019;46(108):69–97.
10. González C, Ham R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Publ. Mex.* 2007;49(4):448–458.
11. Otáñez JE. Efectos de los estilos de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes. *Vertientes Rev. Espec. Cienc. Salud.* 2017;20(2):5–11.
12. Salazar P, Rotta M, Costa O. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev. Med. Hered.* 2016;27(1):60–66.
13. Aronow W, Fleg J, Pepine C, et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly. *Circulation.* 2011;123(21):2434–2506.
14. Beaufort CE. European Union diabetes indicators: Fact or fiction? *Eur. J Public Health.* 2003;13(3):51–54.

15. Monteiro L, Paredes M. Arreglos de convivencia en la vejez en Uruguay: Perfiles específicos para una política de cuidados. *Pap. Poblac.* 2016;22(87):133–160.
16. Cortés A, Villarreal E, Galicia L, et al. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev. Med. Chil.* 2011;139(6):725–731.
17. Castro E, Ortega P. Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2017;25(3):189–200.
18. Pelcastre B, Treviño S, González T, et al. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saude Publica.* 2011;27(3):460–470.
19. Campos I, Hernández L, Pedroza A, et al. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC 2016. Salud Publ. Mex.* 2018;60(3):233–243.
20. Paz S, González D, Raya A, Lizan L. Principales factores asociados al coste de la diabetes mellitus tipo 2: revisión de la literatura. *Av. Diabetol.* 2014;30(2):34–44.
21. Rojas J, Flórez M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan.* 2016;16(3):328–339.
22. Alcaíno D, Bastías N, Benavides C, et al. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. *Gerokomos.* 2014;25(1):9–12.
23. Ponte C. Book Review: ASHP's PharmPrep Case-Based Board Review, 2nd Edition. *Ann. Pharmacother.* 2004;38(6):1092–1093.
24. Bello N, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos.* 2017;28(2):73–77.
25. Martín L, Bayarre H, Corugedo M, et al. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Rev. Cub. Salud Publica.* 2015;41(1):33–45.
26. TUESCA R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005;21(2):76-86.
27. Sliwinski M, Almeida D, Smyth J, Stawski R. Intraindividual change and variability in daily stress processes: Findings from two measurement-burst diary studies. *Psychol. Aging.* 2009;24(4):828–840.

28. Alguacil J. La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Cuad. Investig. urbanística*. 1997;103(42):35–48.
29. Cuenca Á. Calidad de vida en la tercera edad. *Cuad. Bioética*. 2008;19(2):271–291.
30. Goncalves L, Segovia S. La generación de proyectos de vida en adultos mayores. Autopercepción sobre competencias desarrolladas, posibilidades de aprendizaje y motivaciones. *Voces y Silenc. Rev. Latinoam Educ*. 2018;9(1):53–76.
31. Rojas A, Padrón Á. Los proyectos comunitarios y su influencia en la calidad de vida de las personas mayores. *Rev Cienc. Méd. Pinar Río*. 2018;22(2):391–401.
32. Megreya A, Bindemann M. Developmental Improvement and Age-Related Decline in Unfamiliar Face Matching. *Perception*. 2015;44(1):5–22.
33. Castellano CL. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Int. J Psychol Psychol Ther*. 2014;14(3):365–377.
34. Sousa R, Ferri C, Acosta D, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*. 2009;374(9704):1821–1830.
35. Cedeño LM. Proyectos comunitarios: Una experiencia didáctica en Formación Comunitaria. *Rev. Sci*. 2020;5(15):209–228.
36. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun T, et al. The definition of disability: what is in a name? *Lancet*. 2006;368(9543):1219–1221.
37. Haugan G, Moksnes U, Løhre A. Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse–patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scand. J. Caring Sci*. 2016;30(4):1–12.
38. Abreu A, Noriega N, Pérez M. Diagnóstico de necesidades educativas para el envejecimiento activo en una comunidad. *Rev. Cub. Salud Pública*. 2020;46(2):1164.
39. Aksoydan E, Aytar A, Blazeveciene A, et al. Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Arch. Gerontol Geriatr*. 2019;83:66–74.
40. Guerrero R, Menezes T, Ojeda M. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):67458.
41. Cole JP. Proyecciones de la población de México. *Investig. Geográficas*. 1974;1(5):187–200.

42. Giraldo L, Guevara N, Agudelo M, et al. Qualitative exploration of the experiences of informal care-givers for dependent older adults in Mexico City. *Ageing Soc.* 2019;39(11):2377–2396.
43. Martín R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Rev Habanera Cienc. Medic.* 2018;17(5):813–825.
44. Guerrero N, Yépez M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Univ. y Salud.* 2015;17(1):121–131.
45. Piña JA. Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Ann. Psicol.* 2015;31(3):751.
46. Partida V. Proyecciones de la población económicamente activa de México 2015-2050. *Acta Univ.* 2017;27(1):59–81.
47. Chamorro C. Del proceso de Nüremberg a la conciencia de género. *Med. Leg Costa Rica.* 2002;19(2):87–91.
48. Sims JM. A Brief Review of the Belmont Report. *Dimens Crit Care Nurs.* 2010;29(4):173–174.
49. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta Bioeth.* 2004;10(1):37–47.