

**UNIVERSIDAD  
HISPANOAMERICANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería.*

**PRÁCTICAS EN SALUD ASOCIADAS A LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES, SEGÚN FACTORES  
SOCIALES. REVISIÓN SISTEMÁTICA, EL  
LÍBANO Y BRASIL, 2017-2021.**

**CAMILA ROMERO ZAMORA**

2022



## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN .....	1
SUMMARY .....	2
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	4
1.1.1 Antecedentes del problema .....	4
1.1.2 Delimitación del problema .....	10
1.1.3 Justificación .....	10
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.3.1 Objetivo general .....	12
1.3.2 Objetivos específicos .....	13
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES .....	13
1.4.1 Alcances de la investigación .....	13
1.4.2 Limitaciones de la investigación .....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	13
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....	14
2.1.1 Modelos y teorías .....	22
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....	25
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	26
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	26
3.3.1 Población .....	27
3.3.2 Muestra .....	27
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	27
3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	28
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	28
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	35
3.7 PLAN PILOTO .....	37
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	37
4.1 GENERALIDADES .....	38

4.1.1	Grado de adherencia.....	38
4.1.2	Estilo de vida del paciente / Prácticas en salud. ....	38
4.1.3	Factores sociales relacionados con el paciente. ....	40
4.1.4	Percepción del tratamiento y su adherencia. ....	44
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....		45
5.1	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	46
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		59
6.1	CONCLUSIONES .....	60
6.2	RECOMENDACIONES .....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		64
ANEXOS .....		72

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 GRADO DE ADHERENCIA, SEGÚN PAÍSES DE PROCEDENCIA: LÍBANO Y BRASIL, 2023 .....	38
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN ESTILO DE VIDA: HÁBITO DE FUMAR, 2023 .....	38
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN ACOMPAÑAMIENTO Y ASISTENCIA A CITAS MÉDICAS, 2023 .....	39
TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B, SEGÚN ESTILO DE VIDA: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, 2023 .....	39
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN CONTROL DE DETONANTES: NECESIDAD DE REDUCIR EL ESTRÉS PARA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL, 2023 .....	40
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B, SEGÚN ESTILO DE VIDA: CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL HOGAR, 2023.....	40
TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN SEXO, 2023.....	41
TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN RANGO DE EDAD, 2023 .....	41
TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL, 2023 .....	42
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN ESTADO CIVIL, 2023 .....	42
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN INGRESO MENSUAL, 2023 .....	43
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B, SEGÚN SITUACIÓN LABORAL, 2023.....	43
TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B, SEGÚN USO DE SEGURO SOCIAL Y OTROS 2023.....	44
TABLA 14 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO: PERSPECTIVA ANTE LA UTILIDAD DEL TRATAMIENTO, 2023 .....	44

TABLA 15 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN A Y B ADHERENTE Y NO ADHERENTE, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA ADHERENCIA: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AFECTA EL ESTADO DE SALUD, 2023 .....	45
---	----

## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades crónicas no transmisibles son padecimientos que requieren de alto grado de adaptación e implementación de prácticas en salud, con el fin de lograr una mejor adherencia y por ende, evitar que las complicaciones propias de la enfermedad se agraven; tomando en cuenta la influencia del entorno en dicha adaptación.

**Objetivo:** Determinar las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, según factores sociales por medio de revisión sistemática, el Líbano y Brasil, 2017-2021.

**Metodología:** Se emplea la metodología Prisma y se realiza una revisión sistemática de artículos idóneos según factores de inclusión y exclusión determinado, con el fin de determinar la relación entre las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento y factores sociales.

**Resultados:** Tanto en el Líbano como en Brasil tienen alto grado de adherencia. En el Líbano y Brasil el porcentaje mayor de adherencia corresponde a las personas que no fuman, representando el 59.3% y 76.9%, respectivamente. Ambos países reportan que los sujetos de estudio controlan la presión arterial en el hogar o por otros medios. La edad que prevalece en la constancia terapéutica es de 60 años en adelante. La adherencia al tratamiento es mayor en individuos casados en el Líbano (86.5%) y en Brasil para quienes cuentan con un acompañante sentimental (67.5%). En Brasil, parte de la población corresponde a personas pensionadas y hace referencia al 41.9% de la porción adherente y el país reporta un promedio de ingresos de menos de 1000 dólares estadounidenses. Tanto en el Líbano como en Brasil, la mayoría de quienes se adhieren al tratamiento cuenta con educación primaria, 35.8% y

67.1% respectivamente. En la población adherente del Líbano, la mayoría pertenecen al sexo masculino, a diferencia de Brasil, en la cual destaca el sexo femenino. En el Líbano, 92.3% de los individuos adherentes cree que la adherencia al tratamiento afecta el estado de salud y el 91.9% cree que su tratamiento es de utilidad.

**Conclusiones:** Se concluye que, existe una relación considerable entre las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento y los factores sociales que pueden intervenir.

**Palabras clave:** Práctica en salud, hábitos, Adherencia, Adaptabilidad, Constancia terapéutica, Factores sociales, Cofactores, Influencia, Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

## **SUMMARY**

**Introduction:** Chronic non-communicable diseases are conditions that require a high degree of adaptation and implementation of health practices, to achieve better adherence and, therefore, prevent the complications of the disease from worsening; considering the influence of the environment on said adaptation.

**Objective:** To determine health practices associated with adherence to the treatment of chronic non-communicable diseases, according to social factors through a systematic review, Lebanon and Brazil, 2017-2021.

**Methodology:** The Prisma methodology is used, and a systematic review of suitable articles is carried out according to certain inclusion and exclusion factors, in order to determine the relationship between health practices associated with adherence to treatment and social factors.

**Results:** Both Lebanon and Brazil have a high degree of adherence. In Lebanon and Brazil, the highest percentage of adherence corresponds to people who do not smoke, representing 59.3% and 76.9%, respectively. Both countries report that study subjects monitor blood pressure at home or by other means. The age that prevails in the therapeutic constancy is 60 years and older. Adherence to treatment is higher in married individuals in Lebanon (86.5%) and in Brazil for those who have a romantic partner (67.5%). In Brazil, part of the population corresponds to pensioners and refers to 41.9% of the adherent portion and the country reports an average income of less than 1000 US dollars. In both Lebanon and Brazil, the majority of those adhering to treatment have primary education, 35.8% and 67.1% respectively. In the adherent population of Lebanon, the majority belong to the male sex, unlike Brazil, in which the female sex stands out. In Lebanon, 92.3% of adherent individuals believe that adherence to treatment affects health status and 91.9% believe that their treatment is useful.

**Conclusions:** It is concluded that there is a considerable relationship between health practices associated with adherence to treatment and the social factors that may intervene.

**Keywords:** Health practice, habits, Adherence, Adaptability, Therapeutic consistency, social factors, Cofactors, Influence, Chronic noncommunicable diseases (NCDs).

# **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

La adherencia es la capacidad de un individuo para adoptar una conducta, en la que haya un seguimiento estricto en el esquema terapéutico, según cada necesidad y un mantenimiento de hábitos favorables para la salud. Se considera necesario analizar sus conceptos asociados, como es en el caso del autocuidado y las diferentes estrategias estudiadas para propiciar su cumplimiento a lo largo de los años; esto por medio de la revisión bibliográfica de algunos artículos relevantes a nivel internacional y nacional.

#### **Antecedentes internacionales**

Zúñiga et al. (2017) obtiene por medio de su investigación descriptiva transversal titulada, *“Principales factores de riesgo cardiovasculares y adherencia al tratamiento en pacientes del centro de salud familiar Yanequén, Negrete, Chile 2015”*, que el 50% de las personas demuestran mayor adherencia a la medicación asignada y a los estilos de vida adecuados; como lo son las dietas saludables, actividad física y control periódico riguroso de factores de riesgo identificados como el sedentarismo, dislipidemia, obesidad, entre otras.

La implementación de técnicas y programas son necesarias para la promoción de la salud en todas las áreas de atención y zonas externas, como es el caso de las visitas domiciliarias, charlas en centros educativos y empresas en lugares de gran concurrencia como centros comerciales y más.

El nivel de estudios cumple parte importante del proceso de adherencia terapéutica; ya que se entiende que los usuarios no saben el origen o las principales características y factores

determinantes de su enfermedad; por lo que no reconocen cuáles conductas permiten un mejor curso de su salud-enfermedad.

La falta de conocimiento acarrea consigo gastos elevados para las entidades médicas y para cada usuario, hospitalizaciones más frecuentes, desórdenes terapéuticos, trastornos a nivel de salud mental e incluso la muerte; así lo mencionan Reyes-Flores et al (2016) en su revisión sistemática, *“Adherencia Terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias”*; realizada en Honduras.

El equipo de salud debe informarse y actualizarse con respecto a cada patología para fungir como una red de apoyo, dar indicaciones e instrucciones de seguimiento, con el fin de que el diagnosticado pueda sobrellevar su condición y ser participe en su propio proceso, esto va a provocar que el individuo se sienta incluido y busque su bienestar y mejora con respecto a la condición y que por consiguiente sea parte de la educación para otras personas sanas con el fin de prevenir la enfermedad.

Jiménez Gómez M. et al (2019) mencionan, en su estudio, realizado en España: *“Enseñar al paciente a coger las riendas. Proyectos de educación estructurada”*, que los profesionales de la salud deben conocer específicamente los aspectos a trabajar según cada caso, esto por medio de la implementación de modelos educativos internos para el equipo de trabajo y para los individuos atendidos; ayudándoles a encontrar motivación para buscar su propio bienestar.

La enfermería forma parte de este proceso, no solo dentro de su propia rama y crecimiento profesional; si no también en la adquisición de conocimiento en los pacientes; sin embargo, se debe examinar el grado de compromiso del personal para ser una especie de guía en la prevención y/o recuperación de cada usuario, partiendo de que esta profesión también constituye un ejemplo a seguir.

La investigación “*Campañas sanitarias como instrumentos de educación para la salud en Brasil: algunas reflexiones para una educación popular en salud*” menciona que se requiere de la aplicación de planes que aumenten el interés de las personas por disminuir las enfermedades en el país, lo cual de cierta manera han logrado; sin embargo se espera un mayor avance en el tema; inculcándole a la población este aspecto y la autonomía no solo como un derecho; si no también como un deber; abriendo espacio al diálogo y participación abierta de la población, cambiando un espacio teórico y normativo por uno más interactivo y “familiar”. (Silva Costa y dos Anjos Carneiro-Leão, 2021)

El apoyo sanitario, acompañamiento familiar y otras formas de apoyo también son un aspecto relevante para el autocuidado y desarrollo positivo de la salud a nivel mundial; Costa et al (2021), realizan un metaanálisis de 51 artículos titulado “*Adherencia auto informada a largo plazo a los antirretrovirales: un estudio longitudinal entre mujeres embarazadas infectadas por el VIH en Mpumalanga, Sudáfrica*”; en el que se obtiene como resultado que existe una necesidad de la población enferma de tener acompañamiento y seguimiento constante durante el proceso de recuperación o adaptación a la condición de salud actual; ya que en el proceso el 74% de las mujeres en estudio, las cuales se encuentran en un plan de seguimiento, cumplen con el tratamiento.

Este estudio aplica las intervenciones como recordatorios para la toma de los fármacos prescritos y ejercicios cognitivo-conductuales en relación con la enfermedad y las necesidades o complicaciones en torno a ella. Algunos factores determinantes son el conocimiento sobre la transmisión materno infantil de enfermedades, el apoyo familiar y de la pareja, educación, entre otros. (Silva Costa y dos Anjos Carneiro-Leão, 2021)

La percepción de la salud puede variar según cada realidad, padecimiento específico; y/o influencia de representaciones sociales; así lo explican Márquez-Terraza et al (2022) en el

documento de carácter cualitativo, *“Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado”*. Aquí analizan los factores del aspecto social que afectan el autocuidado de un grupo de adultos mayores en Argentina; a diferencia de muchos estudios, en este se toma en cuenta como punto importante la salud mental y sus elementos modificadores; además de los más comunes como el estilo de vida y la carga hereditaria de las enfermedades.

Las prácticas del cuidado de la salud más señaladas son las referentes al físico, la mente y lo social; las cuales en conjunto y gestionadas con resultados positivos, son un aspecto significativo en el mantenimiento de la salud a largo plazo. Una parte de la población refiere acudir en muchos casos a la automedicación o la utilización de medicina alternativa, algo que es verdaderamente preocupante ya que, puede producir consecuencias negativas dependiendo de la evolución de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los adultos entrevistados estaba en un punto elevado de consciencia sobre el valor del autocuidado. (Marquez-Terraza, 2022)

El autocuidado es un complemento para la adherencia al tratamiento; según se puede analizar con respecto a la teoría de Dorothea Orem, que sin duda le da un giro importante al quehacer de enfermería en sus diferentes áreas. Esta teoría es la base de una investigación de cohorte realizada en China con el fin de relacionarla con la correcta evolución de una enfermedad.

La investigación se titula *“Efectos de la enfermería integral basada en la teoría del autocuidado de Orem sobre la mejoría de los síntomas y el resultado del embarazo en pacientes con síndrome antifosfolípido: un estudio de cohorte retrospectivo”*.

Los enfermeros involucrados ofrecen atención integral y material didáctico a las mujeres analizadas, además de darles acompañamiento individual para explicarles conductas de automanejo de la enfermedad. La población del grupo de estudio; genera un mayor grado de

satisfacción, aumenta la capacidad de autocuidado, desarrolla más habilidades y adquiere conocimiento para la autogestión de la enfermedad, que el grupo de control. (Bi et al., 2022)

Las investigaciones analizadas anteriormente hacen énfasis en la importancia de la adherencia al tratamiento, asociado a conductas auto beneficiarias y conscientes; ya que esto permite evoluciones clínicas satisfactorias y un mantenimiento continuo de la salud; además de generar consciencia en cuando al nivel de participación que tiene el personal de enfermería en la educación.

### **Antecedentes Nacionales**

La adherencia terapéutica es un tema conocido pero muy poco estudiado en torno a los factores que la afectan, por lo que para poder analizarla es necesario conocer el impacto que genera dicha variable en la salud de las personas y en el desarrollo del país. A continuación, se detallan algunos antecedentes relevantes a nivel nacional.

Arroyo S et al(2015) comentan que la toma de medicamentos es la práctica más común en la población. Sin embargo, no se le presta atención necesaria a su asociación con el estado psicosocial de la persona que los ingiere. A lo largo de los años se ha utilizado del Método Dáder, considerado ideal para el seguimiento farmacoterapéutico, con el fin de detectar la no adherencia terapéutica y sus consecuencias.

El estudio concluye que este método no es 100% efectivo; ya que, si bien logra identificar el problema asociado con la medicación, no toma en cuenta aspectos como las estrategias personales de cada individuo, actitudes ante la necesidad de los fármacos, las alteraciones psicosociales que esto representa, nivel educativo y socioeconómico, relación personal de salud/ paciente y líneas de apoyo.

La Caja Costarricense del Seguro Social (2021) enfoca un análisis específico en la “*Memoria Institucional 2021*” sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, esperando mejorar y continuar el proceso de crecimiento en cuanto al tema. El documento reporta que la cantidad de defunciones anuales aumenta considerablemente; puesto que en 2020 se visualiza un aumento de 4 a 5.09 muertes por cada mil habitantes; por lo tanto, destaca la necesidad de fortalecimiento en esta área, abriendo paso al Plan de Reducción de Brechas en el Primer Nivel de Atención para ofrecer atención integral a todos sin importar su estatus, enfermedad, nivel académico, entre otras características.

El despacho de recetas para tratamientos crónicos y agudos es muy elevado. El 69% específicamente corresponde a los solicitados en consulta externa, en dónde la mayoría de los medicamentos prescritos son para enfermedades crónicas que requieren de un régimen riguroso y estricto ya sea a nivel de fármacos o a nivel de estilo de vida. (CCSS, 2021)

La investigación cuantitativa, “*Alfabetización en salud y necesidades para el etiquetado de medicamentos identificadas en población indígena de Alto Telire del Área de Salud Talamanca, Costa Rica*” aclara el grado de subestimación que tienen los factores sociales y culturales en la salud. Los medicamentos deben ser manejados con mucha cautela, debido a que variaciones sin control en las dosis pueden alterar su efectividad, generando consecuencias altamente peligrosas.

El documento explica que la población indígena estudiada, no tiene formación académica por lo que no se encuentran asociados en lo absoluto a la alfabetización en salud y esto dificulta el seguimiento terapéutico de forma adecuada y requieren de la rotulación de los medicamentos para su reconocimiento. (Rocio Mora Vicarioli et al., 2021)

Esta situación es preocupante, ya que, son personas que no tienen la posibilidad de acceso rápido a los centros de atención; y aunque por parte del equipo de salud se toman medidas considerables, implementan las visitas domiciliarias y demás, no hay oportunidad de atender consecuencias inmediatas de la no adherencia al tratamiento; ya sea por decisión propia o por falta de comprensión en su administración. (Rocio Mora Vicarioli et al., 2021)

Las investigaciones asociadas a las dificultades y problemáticas de la no adherencia al tratamiento y la desinformación existen en Costa Rica, tal y como se demuestra en el texto anterior; sin embargo, no están asociadas a factores sociales, los cuales se pretende abarcar a lo largo de la presente revisión.

### **1.1.2 Delimitación del problema**

Esta investigación es una revisión sistemática que toma en cuenta países del Líbano y Brasil y pretende estudiar las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, según factores sociales. Se toman en cuenta individuos de cualquier edad, género, raza étnica, nivel educativo y socioeconómico y que padezcan dichas enfermedades.

### **1.1.3 Justificación**

Las enfermedades crónicas no transmisibles o ECNT constituyen una amenaza para la sociedad actual, debido a que se vuelven cada vez más comunes entre los diagnósticos médicos, especialmente en países y poblaciones con grupos de mayor vulnerabilidad. Estas enfermedades representan altos costos en salud, afectaciones psicológicas para quienes las padecen y sus familiares, altas tasas de mortalidad, entre otras consecuencias negativas para el desarrollo positivo de la salud en cada país.

Los factores de riesgo principalmente atribuidos a las ECNT se relacionan con hábitos y prácticas en salud positivas como la actividad física, asistencia a centros de salud, uso adecuado de las prescripciones médicas, entre otras; es por esto por lo que tienen una relación tan estrecha con la capacidad individual y colectiva de adaptación.

Las intervenciones en salud son fundamentales para evitar complicaciones asociadas a estas enfermedades al igual que para mejorar esa capacidad de adaptarse según el padecimiento. La adaptación, en estos casos, significa un cambio en las conductas poco saludables como el sedentarismo, tabaquismo, alimentación poco balanceada y/o controlada, poca adherencia al tratamiento o rechazo hacia el seguimiento médico.

Los centros de salud realizan con frecuencia actividades públicas para el conocimiento de la población sobre las ECNT, retomando temas como las complicaciones que pueden surgir si no hay un control interdisciplinar riguroso, uso adecuado de los medicamentos y sus diferentes presentaciones, el valor de una alimentación saludable y ejercicio físico; sin embargo, no siempre se logra la cobertura esperada y por lo general se realizan en circunstancias no tan convenientes para los pacientes.

Las hospitalizaciones continúan a pesar de las intervenciones y esa es una realidad que hay que enfrentar como profesionales, no obstante, despierta una necesidad detectar qué es lo que no se está tomando en cuenta que no le permite a las intervenciones y guías de educación ser 100% efectivas; por esta razón, se decide estudiar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, pero asociándolo a los determinantes sociales específicos que le afectan.

La enfermera/o acompaña, da seguimiento y aconseja a los usuarios según su estado de salud y corrige al momento de detectar hábitos inadecuados que afectan al individuo. Sin embargo,

es necesario que cada profesional tome en cuenta los factores que, a nivel social, afectan el cumplimiento a medicamentos prescritos; esto para conocer más a fondo el porqué de una complicación asociada a la no adherencia; saber si se trata de una alteración a nivel psicológico, educativo, si es por falta de motivación, alguna dificultad de acceso a centros integrados de salud o clínicas, enseñanzas erróneas o mal impartidas, falta de apoyo familiar, entre otros aspectos.

El epicentro de los problemas asociados a la adherencia al tratamiento se puede tratar por medio de la intervención de enfermería, pero en línea y de la mano con los factores sociales que alteran la capacidad de las personas diagnosticadas con enfermedad crónica para adaptarse y mejorar su calidad de vida por medio del correcto manejo del tratamiento y así evitar complicaciones, discrepancias en el control de dosis o respuestas terapéuticas tardías.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, según factores sociales?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, según factores sociales por medio de revisión sistemática, el Líbano y Brasil, 2017-2021.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles según revisión de documentación.

Identificar los factores sociales que influyen en las prácticas en salud referentes a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Relacionar los factores sociales y las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

En la presente revisión no surgen alcances en específico debido a que no se ejecuta un estudio de campo, por lo que no hay modificaciones realizables en grupos en específico o programas de forma directa.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

No se presentan limitaciones considerables durante el proceso de investigación, se obtiene la información de forma conveniente y detallada sin factores restrictivos.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Las prácticas en salud son una variable compleja de desarrollar, ya que abarcan gran cantidad de componentes específicos, los cuales están estrechamente asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles. Para entender lo que esta conlleva es significativo tomar en cuenta algunos conceptos como lo son la autopercepción en salud, autoeficacia, autocontrol y autorregulación, todas asociadas al autocuidado.

La autopercepción se define, según Cabrera-Pivaral et al (2019), como el conjunto de información que analiza y utiliza cada individuo para reconocer su estado de salud y ser parte de las actividades del día a día considerando dicha condición y contemplando expectativas de desempeño en cada una de las acciones; lo cual también representa una oportunidad de superación y adaptabilidad en la persona.

El término “*autoeficacia*”, se asocia con la capacidad y voluntad de cada persona para participar en la prevención y control de enfermedades y/o trastornos crónicos; propiciando también la autogestión y participación en la salud de forma activa y efectiva. La misma está estrechamente relacionada con las prácticas en salud positivas, el cumplimiento terapéutico y en una disminución de las manifestaciones de cada padecimiento. (Reyes-Flores et al., 2016)

Reyes-Flores et al (2016) menciona que el autocuidado requiere de los conceptos anteriormente mencionados, puesto que, según la percepción propia de la salud y la eficacia al mantener el control de su propia enfermedad, desarrolla un proceso de prevención de complicaciones, promoción de la salud por medio de conductas o hábitos saludables y un

entendimiento más profundo de su patología; que por consiguiente mejora el afrontamiento del individuo.

El afrontamiento es la unión de las emociones y el carácter cognitivo que son utilizados individualmente para manejar las situaciones adversas de la vida cotidiana. Se destacan dos formas de afrontamiento, una se encuentra centrada en la eliminación del problema y la segunda en contrarrestar las emociones negativas que este genera. Dicha variable se encuentra asociada al principio de resiliencia en la cual hay una adaptación y superación ante adversidades presentadas a lo largo de la vida.(Banda Gonzalez et al., 2018)

El autocontrol representa, para Vargas et al (2018), la capacidad de cada ser humano para detectar las conductas que aunque son placenteras, pueden no ser positivas en el futuro, por lo que, selecciona la alternativa que significa un mayor y mejor beneficio. Este mecanismo está relacionado con la autorregulación debido a que, por esta, el individuo centra sus actividades y decisiones en el alcance de metas para la salud según las modificaciones que haya sufrido su vida y su cuerpo.

Las prácticas en salud asociadas al bienestar incluyen, principalmente, la actividad física, modificación de hábitos poco saludables, asistencia al control médico, cumplimiento de un plan alimenticio adecuado, atención a nivel de salud mental y cumplimiento del tratamiento farmacológico; las cuales constituyen parte del tratamiento. (Vargas et al., 2018)

Las enfermedades crónicas no transmisibles o ECNT constituyen padecimientos que no tienen la capacidad de transmitirse ni de erradicarse; son un estado definitivo en el sujeto que las padece y acarrear consigo la necesidad de modificaciones considerables en el estilo de vida para evitar complicaciones y deterioro que pueden conducir a la muerte. Una vez mencionado lo anterior, se entiende que el tratamiento en estos casos no constituye un

componente curativo, si no un reductor de complicaciones negativas relacionadas. (Málaga, 2014)

La falta de actividad física, según menciona Calonge P. et al (2017), es uno de los factores que predisponen a padecer una gran cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles. El sedentarismo durante el tratamiento de estos padecimientos, además de otras causas, son capaces de provocar la muerte del individuo. El ejercicio físico genera grandes beneficios a corto y largo plazo para las personas que sufren de ECNT, ya que promueve el tono muscular ideal, ayuda al funcionamiento positivo del corazón y otros órganos, siempre y cuando se acompañe de una alimentación adecuada.

Enfermedades como el cáncer, obesidad, hipertensión arterial, la diabetes mellitus, entre otras, están relacionadas también con la alimentación poco saludable, se ha comprobado que las personas que a lo largo de su vida mantienen una nutritiva y moderada ingesta de alimentos disminuyen en gran cantidad la probabilidad de sufrir una ECNT, incluso pasando en ocasiones sobre la predisposición genética. (Quiroz-Mora et al., 2018b)

La actividad física y la falta de adherencia a la misma, según Quiroz-Mora et al (2018b), se encuentra relacionada no solo con el estado de salud de la persona, sino también con la falta de conocimiento ante lo que pueden o no practicar, la idea errónea del ejercicio físico como una actividad innecesaria y la carencia de acompañamiento y apoyo cercano durante el proceso, además de otros factores externos a nivel social que más adelante se detallan.

La búsqueda del bienestar en el individuo con ECNT está estrechamente relacionada con el control terapéutico de forma periódica, ya que por medio de ella se concluye, tras evaluaciones, si el paciente cumple o no con el tratamiento prescrito por el equipo interdisciplinar (incluyendo áreas como enfermería, psicología, nutrición, terapia física y otras); además de crear modificaciones a este con el fin de mejorar su calidad de vida,

tomando en cuenta las necesidades específicas, no solo a nivel físico, sino también a nivel mental.

Los controles terapéuticos y la asistencia a ellos son un canal de educación para los pacientes, aprovechando la asistencia se pueden brindar técnicas de afrontamiento, métodos para aplicación o ingesta de los medicamentos asignados, planes alimenticios o alternativas saludables a alimentos de agrado, formas de detección de complicaciones, incluyendo signos y síntomas específicos, entre otras.

Los fármacos reducen la cantidad de complicaciones asociadas a las ECNT, siempre y cuando se utilicen de la manera correcta según prescripción y que sean notificados los efectos adversos que se presenten y empeoren la condición.

La adherencia al tratamiento es un tema fundamental a nivel mundial. Las ECNT son un problema presentado a lo largo de los años, ya que continúan demostrando un alto grado de mortalidad y deficiente calidad de vida en la población en general. Hecho que, en consecuencia, representa altos costos para los individuos y para los centros de salud; las hospitalizaciones se mantienen incluso con un plan terapéutico asignado a cada paciente, lo que sugiere que la no adherencia a estos planes representa un factor alarmante y altamente contribuyente a la problemática.(Vargas et al., 2018)

La adherencia al tratamiento es considerada una acción asociada a la ingesta de medicamentos en tiempos establecidos y con las dosis seleccionadas. (Vargas et al., 2018) Sin embargo, abarca más que eso, integra el estado psicológico, social, la relación con el personal de salud, disposición, percepción ante la enfermedad o su gravedad, actitudes y el entorno del paciente, elementos que le permiten cumplir con el resto del tratamiento y no únicamente con el componente farmacológico.

El término recibe modificaciones con el fin de adaptarlo a la realidad que viven los sujetos con ECNT por lo que se expresa que la adherencia terapéutica es:

*“...un **comportamiento humano**, modulado por distintos componentes subjetivos y objetivos, contextuales, estructurales y coyunturales, por lo que se puede asumir como: el comportamiento activo, automotivado y autodirigido del paciente, que implica el **compromiso consigo mismo y con los profesionales de la salud que lo atienden**, con el fin de **alcanzar los objetivos** biomédicos relacionados con el tratamiento acordado, la adopción de un estilo de vida más saludable, y el mejoramiento de su calidad de vida en consonancia con su proyecto vital.”(Vargas et al., 2018)*

Esta definición toma en cuenta aspectos tanto internos como externos, integrándolos como un todo, para acercar detalladamente a los componentes que pueden afectar negativamente el proceso de salud-enfermedad; de no darles la atención adecuada.

La influencia en la adherencia al tratamiento y sus detalles, han sido estudiados con el fin de detectar sus componentes y así, mejorar e intentar disminuir las brechas que no permiten una igualdad de condiciones. Es por esto, que se da mayor relevancia a los factores sociales como la posición socioeconómica, escolaridad, acceso a redes de apoyo y centros de salud, edad, sexo, ocupación laboral, entre otros; los cuales protagonizan de una forma u otra el seguimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La desigualdad en salud corresponde a diferencias evidentes que pueden ser encontradas entre los individuos según características específicas, según menciona Arcaya et al (2015); las cuales suelen estar asociadas a conceptos sociales. Existe un tipo de desigualdad, el cual

se denomina “*disparidad en salud*” y representa diferencias poco justas de la salud, las cuales se pueden evitar fácilmente con una correcta intervención.

El análisis de la relación entre el componente social con las enfermedades y lesiones se puede realizar por medio de cuatro supuestos según Cárdenas et al; por los cuales es posible destacar sus consecuencias, haciendo énfasis en la posición socioeconómica; dichos supuestos se detallan a continuación:

- I. La *estratificación social* es una selección de la población de acuerdo con el grado de educación, los ingresos económicos, cultura, género y otras, que representan aspectos negativos para el desarrollo y capacidad para enfrentar las diferentes situaciones de salud.
- II. La *exposición diferencial* es en la cual se da atención específicamente a las condiciones en las que vive cada individuo y en las conductas que adopta ante la enfermedad; aquí se pueden encontrar aspectos como apoyo social (influyendo de forma negativa o positiva), capacidad de acceso a los centros de atención, disposición a mejorar la situación de salud, entre otros.
- III. La *vulnerabilidad diferencial* especifica que los grupos con posición socioeconómica deficiente, debido a las condiciones en las que viven, tienen un mayor riesgo a enfermar y mayores condiciones de vulnerabilidad ante la evolución de una ECNT.
- IV. La *consecuencia diferencial* toma lugar cuando un padecimiento es evidente y hay un declive aún más importante sobre la situación socioeconómica generando efectos negativos en cuanto a la morbilidad y mortalidad de la población; a partir de este supuesto se determina el grado de destrucción o deterioro que genera una enfermedad según la posición económica de quien la padece.

Los supuestos de intervención anteriormente mencionados tienen estrecha relación con el acceso a la educación o el grado de estudios, la cual cumple parte fundamental de la adherencia al tratamiento de las ECNT, ya que la escolaridad nula o disminuida es sinónimo de enfermedades crónicas; porque se presenta una dificultad mayor para reconocer los factores de riesgo que conducen a estas patologías, los métodos para disminuir sus complicaciones y el afrontamiento a ellas. (Avalos et al., 2017)

La educación brindada por las áreas de salud es un componente especial, puesto que, es responsabilidad del equipo de salud proveer la información y técnicas de afrontamiento necesarias para el padecimiento, creando lineamientos para la intervención con metodologías modificables, según las necesidades y capacidades en desarrollo de cada persona. El usuario afectado debe tener la posibilidad de acceder a los centros de salud, sin importar su lugar de residencia, para recibir dicha orientación y también la medicación necesaria, convirtiéndose así, estas áreas, en una red de apoyo más y con mayor consistencia para garantizar la adherencia terapéutica.

El término, *redes de apoyo*, se entiende como un grupo de personas que tienen contacto cercano o no con el individuo, los cuales forman una conexión con este; incluyendo las características de la relación y la forma en la que interactúan. Entre estas se pueden encontrar familiares, amigos, la pareja sentimental, grupos de apoyo, el equipo interdisciplinario de salud, entre otros. (Rondón Bernard y Angelucci Bastidas, 2021)

La adherencia al tratamiento, según Gómez C. et al. (2022) también se ve afectada por las diferencias culturales en la población, debido a que, la forma en la que el ser que las padece percibe y actúa ante ellas, es acompañada por las enseñanzas culturalmente inculcadas,

siendo muy difícil la posibilidad de modificar las conductas del paciente para un correcto manejo de la enfermedad. El término *cultura* incluye, el accionar adecuado, la forma en la que vive y se desenvuelve cada uno, las costumbres, creencias, posición espiritual o religión, tradiciones y conocimientos; el grado de desarrollo en todas sus áreas relevantes, además de la posición en un grupo social.

La edad y el sexo son factores que influyen la capacidad de adherirse terapéuticamente a las indicaciones. El sexo, según Rondón B. et al.(2021) es la diferencia biológica entre hombres o mujeres, por general el sexo femenino cuenta con mecanismos de afrontamiento en mayor cantidad y más eficaces hacia la enfermedad; y sucede de igual manera según la edad, ya que, la capacidad para entender la enfermedad varía.

El sedentarismo laboral, según Pérez-Hernández et al. (2021) es una de las principales causantes de las complicaciones en las ECNT en todo el mundo, según la ocupación del paciente hay un mayor o menor grado de presentar este tipo de enfermedades y también en la capacidad de adherirse al tratamiento de las mismas; ya que, por aumento en el uso de la tecnología, en gran parte de los centros de trabajo es casi imposible cumplir con un régimen estricto en todo sentido, por la falta de movimiento, diferencia de horarios en cuando a comidas y sueño y cobertura de las necesidades básicas.

Los factores sociales mencionados, sin dudas, son de fundamental conocimiento no solo por parte del mismo individuo para reconocer qué factor es el que está afectando su grado de adherencia terapéutica; si no también de parte de los y las profesionales de enfermería, quienes tienen un contacto constante y directo con los pacientes que padecen este tipo de

afecciones; esto para lograr construir métodos y técnicas que disminuyan el efecto negativo de dichos elementos.

### **2.1.1 Modelos y teorías**

La Enfermera Sor Callista Roy nace en California en 1939. Se gradúa como enfermera en 1963 en Mount Saint Mary's College y completa su máster en Enfermería por medio de la Universidad de California (1966), además de un máster en sociología en la misma institución (1973). Ejerce como profesora en la Escuela de Enfermería de William F. Connell perteneciente al Boston College. (Navarro et al., 2022)

Navarro et al. (2022) menciona que Roy funda, la *Roy Adaptation Association* en el año 1991, haciendo alusión a su teoría y por la cuál es tan reconocida a nivel mundial y en el área de la salud. El Modelo de Adaptación de Callista Roy, en sus inicios, se basa en el comportamiento adaptativo de los niños, su capacidad de recuperación ante las situaciones de salud, ya que en determinado momento trabajaba como enfermera pediátrica; dicha teoría se publica en 1970.

El Modelo de Adaptación de enfermería se basa específicamente en cuatro conceptos, entre ellos se encuentran *persona, salud, ambiente y enfermería* según su criterio, a partir de los cuales se comienza a entender el objetivo principal de esta teoría. (Navarro et al., 2022)

- I. **Persona:** Corresponde a un ser holístico (quien recibe la atención) que participa de forma activa con su entorno y los cambios que este experimenta y que además puede utilizar mecanismos de adaptación instintivos o de forma adquirida con el fin de afrontarlos.

- II. Salud: Es el resultado del grado de adaptación adquirido representado como la relación de la persona con el ambiente y sus modificaciones.
- III. Entorno: Son los factores que influyen o cambian la conducta de cada individuo ante una situación e incluye los recursos que este posee para sobrellevarla.
- IV. Enfermería: Es el ser que provee los mecanismos y las herramientas adecuadas para que la persona alcance el mayor grado de adaptación. La enfermera juega parte fundamental del contacto del paciente con los estímulos externos e internos, guiándole para obtener una respuesta positiva y motivada.

La adaptación es un procedimiento en el que las personas procesan, sienten y perciben el entorno y deciden formar parte de este, aplicando las modificaciones necesarias para acoplarse; es decir que en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles el objetivo no es eliminar la enfermedad sino, que el individuo cuente con todas las herramientas necesarias para formar parte activa de la sociedad y su entorno sobrellevando el padecimiento de la mejor forma posible. (Ramírez Palma et al., 2021)

Dichas herramientas incluyen métodos de afrontamiento de la enfermedad a nivel de salud mental, control de la adherencia a la medicación prescrita y las conductas saludables necesarias para evitar complicaciones asociadas a una adherencia al tratamiento deficiente. El equipo de enfermería tiene la tarea de mejorar la percepción que tiene el usuario sobre la enfermedad, esto para que busque el cumplimiento de metas relacionadas a la salud a modo de adaptación.

Roy menciona que existen cuatro modos de adaptación; modo fisiológico, dentro del cual se da especial importancia en la capacidad de respuesta ante el entorno por medio de aspectos que le permiten cumplir con la respiración, el sueño, alimentación, entre otros

requerimientos. (Raile Martha, 2011) Este modo de adaptación tiene estrecha relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que se trata de padecimientos que afectan a nivel fisiológico, por lo que, se busca ayuda para evitar mayores complicaciones en las necesidades básicas.

La autoestima o modo de autoconcepto reúne las creencias y percepciones que tiene una persona de sí misma, sobre su aspecto, su situación y su capacidad para lograr lo que se propone. Sin duda la autoestima es un componente importante para la adherencia al tratamiento de las ECNT; ya que, el paciente, al ver la situación en la que se encuentra y el grado en el que la enfermedad daña su cuerpo y estado psicológico, decide actuar y aferrarse a todos los mecanismos que le permitan adaptarse, lo que incluye adquirir hábitos saludables y el cumplimiento de las indicaciones. (Raile Martha, 2011)

La adaptación basada en la función del rol explica que cada individuo actúa diferente según el papel que desempeña en sociedad y la manera en que actúa al tener contacto con otra persona. Según el papel que juega el sujeto en un grupo en específico puede afectar, ya sea negativa o positivamente, la forma en la que actúa o afronta la enfermedad, abordándola según la influencia que posee sobre los demás o que tienen sobre él; el usuario busca ser un ejemplo para las personas que, por lo general siguen su comportamiento y evita las conductas y conceptos negativos que otros intentan inculcarle. (Raile Martha et al. 2011)

La interdependencia es un concepto muy similar al anterior, se centra en la interacción de los grupos en sociedad, pero de una manera más sentimental; ya que se trata de que las personas más cercanas como familiares, la pareja, los amigos, y otros, sean parte del proceso y que este se base en el cariño, amor, apoyo y acompañamiento. (Raile Martha et al. 2011) Como se ha mencionado a lo largo del documento, las redes de apoyo son un aspecto fundamental

para una correcta adaptación y para un buen control de las enfermedades; por lo que se puede considerar que la interdependencia es uno de los modos de adaptación más importantes para la adherencia al tratamiento.

La teoría de Callista Roy se utiliza a nivel mundial por parte de enfermería y es un modelo que se acopla a la perfección con la necesidad global de mejorar la adherencia al tratamiento, ya que se logra establecer un diagnóstico sobre la capacidad de adaptación y por ende de adhesión de cada ser, además de fijar metas que se acoplen según las necesidades y las situaciones sociales que le afectan.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que los artículos e investigaciones analizadas contienen datos obtenidos por medio de la medición estadística y numérica de la información. El análisis se hace contemplando las variables seleccionadas con respecto a los resultados obtenidos en cada uno de los documentos, con el fin de probar una hipótesis.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es una revisión sistemática, la cual consiste en la elaboración de un resumen, producto de varias recopilaciones sobre un tema relevante obtenidos de distintas fuentes de información; de esta forma se obtiene una visión más cercana de la estructuración ideal y correcta para la recolección y selección de datos. (Moreno et al., 2018)

Moreno et al. (2018) sostiene que este tipo de investigación es una herramienta ideal en el área de la salud; ya que permite valorar la eficacia de las acciones ante un tema en específico. Es posible detectar el grado de funcionalidad de tratamientos e intervenciones para enfermedades específicas, seleccionar medios de diagnóstico que verdaderamente se adecuen a cada situación, entre otras funcionalidades.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

La unidad de análisis consiste en personas mayores de 18 años que hayan participado en uno de los dos artículos científicos seleccionados, los cuales desarrollan el tema de las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, según factores sociales en el Líbano y Brasil, entre el 2017 y el 2021. El Líbano 50% (n=1) y Brasil 50% (n=1).

### 3.3.1 Población

La población total se compone de 1630 individuos (Población del Líbano). El documento científico correspondiente a Brasil no menciona una población en específico, únicamente la muestra.

### 3.3.2 Muestra

La muestra total corresponde a 2 artículos marcando la sumatoria de 1754 sujetos, quienes se encuentra distribuidos según el país seleccionado. En el Líbano son seleccionadas 1497 personas, en Brasil 257; las cuales forman parte del análisis detallado, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de obtener información relevante con respecto a la investigación.

### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión tomados en cuenta para la investigación se presentan a continuación:

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Artículos e investigaciones que incluyen la relación entre adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y factores sociales. Estudios en los que participen personas, de ambos sexos, mayores de 18 años que padecen alguna enfermedad crónica no transmisible en el Líbano y Brasil.	Investigaciones que incluyan menos de 2 indicadores sociales con respecto a las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles. Revisiones sistemáticas o cualitativas. Datos de enfermedades terminales.

Investigaciones científicas publicadas entre el 2017 y el 2021.	
Estudios en idioma español, inglés y/o portugués.	
.	

*Figura No.1 Criterios de inclusión y exclusión asociados a los artículos científicos sobre las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, según factores sociales en el Líbano y Brasil, 2017-2021. Elaboración propia, 2022.*

### **3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La primera gran lectura se realiza por medio de los criterios de inclusión y exclusión, se toman 18 artículos y se construye una guía en Excel, en la cual se especifican los criterios anteriormente formulados; además de secciones para la identificación del título del artículo, año, autores y un rubro para determinar si responde o no a la pregunta PICO.

Por medio de dicho documento se seleccionan 2 artículos, considerados como idóneos, según la información recopilada.

### **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es construida por medio de la metodología Prisma, por la cual se realiza una evaluación de diversos documentos científicos asociados a un tema de interés, para tomar los resultados y sintetizarlos; dicha metodología se compone básicamente por la generación de la pregunta de investigación, búsqueda y selección de evidencia científica,

análisis de datos, presentación de los resultados y la discusión de estos. (Rodríguez Jessica et al., 2019)

Las revisiones sistemáticas bajo metodología Prisma deben aplicarse a una pregunta clínica o pregunta PICO, por la cual se determina de manera precisa los factores de exclusión e inclusión en cada investigación y para la selección de documentos.

La pregunta en cuestión es: *¿Cuál es la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, según factores sociales en el Líbano y Brasil entre el 2017 y 2021?*, a la cual se aplica el acrónimo de la siguiente manera:

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Población // Paciente //Problema de interés. (Population)	Intervención (Intervention)	Comparación (Comparison)	Resultados (Outcomes)
Personas mayores de 18 años con ECNT.	Prácticas en salud	N/A	Adherencia al tratamiento positiva o negativa

*Figura No.2 Acrónimo PICO para la pregunta clínica 2022. Elaboración propia, según Prisma 2009.*

La búsqueda y selección de evidencia científica puede ser realizada por medio de bases de datos electrónicas, búsquedas de forma física como en revistas, libros, documentación de congresos; entre otras; sin embargo, es de suma importancia que cada elemento utilizado tenga objetivos correctamente planteados y que se acoplen a la metodología, que cumplan

con los criterios previamente establecidos, que cuenten con validez significativa y resultados de utilidad. (Rodríguez Jessica et al., 2019)

La búsqueda para el presente documento se lleva a cabo entre setiembre y noviembre del año 2022 con ayuda de los descriptores en salud MeSH, los cuales se traducen para poder utilizarlos en la búsqueda. Los descriptores son: adherence-medication, adherence-drug, medication-nonadherence, nonadherence-medication, medication noncompliance, noncompliance-medication, medication/non-adherence, medication nonadherence, non-Adherence-medication, medication persistence, persistence-medication, medication compliance, compliance-medication, medication-non-compliance, medication-noncompliance, non-compliance-medication, drug compliance y compliance-drug.

Los descriptores anteriormente mencionados se utilizan para la búsqueda en las bases de datos Dialnet y EBSCO para obtener la información requerida en respuesta a la pregunta PICO; con la ayuda del operador booleano AND. Los descriptores y los booleanos se utilizaron de la siguiente manera:

<b>Concepto #1</b>	<b>Relación</b>	<b>Concepto #2</b>
Adherencia al tratamiento	<b>Presente en</b>	Brasil
Adherencia al tratamiento	<b>Presente en</b>	Líbano
Falta de adherencia al tratamiento	<b>Relacionado con</b>	Enfermedades crónicas no transmisibles
Adherencia al tratamiento	<b>Relacionado con</b>	Pacientes hipertensos
Adherencia al tratamiento	<b>Relacionado con</b>	Pacientes diabéticos

Adherencia al tratamiento	<b>Relacionado con</b>	Pacientes asmáticos
Cumplimiento del tratamiento	<b>Presente en</b>	Enfermedades crónicas no transmisibles
Persistencia en la medicación	<b>Presente en</b>	Mayores de edad
Adherencia al tratamiento	<b>Según</b>	Factores asociados
Cumplimiento del tratamiento	<b>Según</b>	Factores sociales asociados
Autocuidado	<b>Relacionado con</b>	Adherencia al tratamiento

*Figura No.3 Relación Descriptores y conceptos. Elaboración propia 2022.*

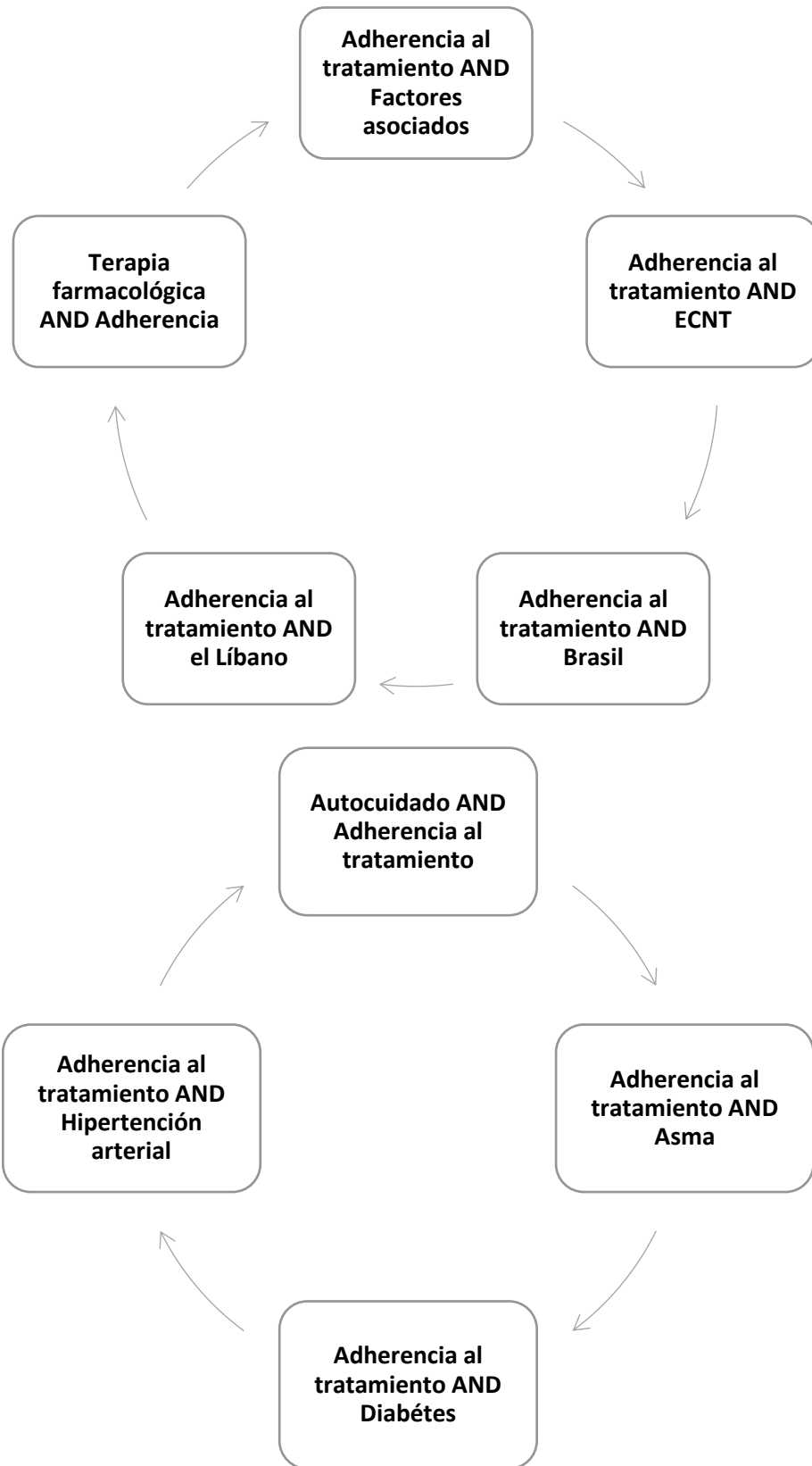
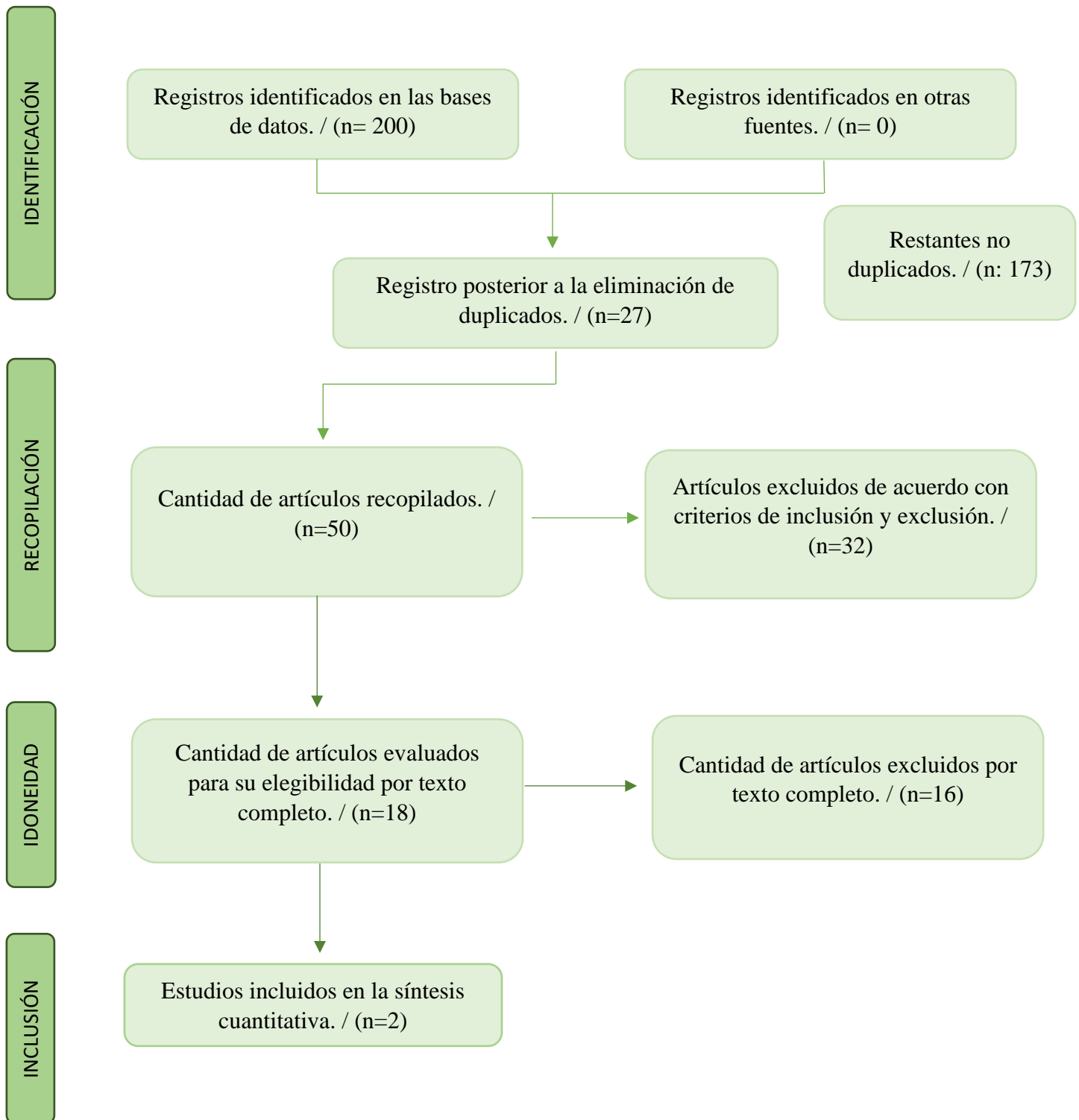


Figura No.4 Aplicación de operadores booleanos. Elaboración propia 2022

La identificación, recopilación y determinación de la idoneidad del documento se realiza por medio de un diagrama de flujo, con el fin de valorar si puede o no ser utilizado para el desarrollo de la revisión sistemática. En ambas bases de datos se recolecta un aproximado de 200 artículos; 172 corresponden a EBSCO y 28 a Dialnet, incluyendo el idioma inglés, español y portugués. Tras la revisión de los 200 artículos, se obtiene 27 repetidos en ambas bases de datos, quedando 173 para la gran selección.

El diagrama se utiliza para descartar 123 artículos por medio de la lectura del título, identificando si cumple o no con la pregunta clínica; quedando un total de 50 de ellos para la evaluación por resumen. Tras la lectura de los resúmenes, aplicando criterios de inclusión y exclusión, se eliminan 32 investigaciones, obteniendo así un total de 18 documentos destinados a ser leídos por texto completo para determinar su idoneidad.

Los 18 artículos restantes, son sometidos a una evaluación crítica, con el fin de determinar si se acoplan a los objetivos de la investigación y si aplican los criterios de inclusión y exclusión, esto para determinar la calidad de información obtenida; se utiliza la plataforma FLC 3.0, en la cual se obtiene que los 2 artículos seleccionados son aptos para la investigación ya que son de calidad media alta.



### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>Objetivo específico</b>	Identificar las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles según revisión de documentación.
<b>Variable</b>	Prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento
<b>Definición Conceptual</b>	Son las prácticas que determinan el grado en que el comportamiento de una persona se modifica al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida.
<b>Definición Operacional</b>	Son todas las acciones dirigidas, por un individuo y el sentimiento de autocuidado, hacia la búsqueda del bienestar propio y global.
<b>Dimensión</b>	Prácticas en salud. Hábitos.
<b>Indicadores</b>	Adherencia o no al medicamento. Hábitos inadecuados. Control de presión arterial. Visitas a seguimiento. Identificación de detonantes (Estrés). Actividades recreativas.

<b>Objetivo específico</b>	Identificar los factores sociales que influyen en las prácticas en salud referentes a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.
<b>Variable</b>	Factores sociales.
<b>Definición Conceptual</b>	Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen.
<b>Definición Operacional</b>	Los factores sociales son todas las características asociadas al ser humano, la cultura que le representa y su capacidad de desarrollo en sociedad, incluyendo aspectos como la edad, sexo, nivel educativo, grado económico, entre otros.
<b>Dimensión</b>	Factores sociales.
<b>Indicadores</b>	Sexo relacionado con adherencia al tratamiento. Edad relacionada con adherencia al tratamiento. Nivel educacional relacionado con adherencia al tratamiento. Situación laboral relacionada con adherencia al tratamiento. Nivel socioeconómico relacionado con adherencia al tratamiento. Redes de apoyo/estado civil, relacionadas con adherencia al tratamiento. Percepción ante el tratamiento asociada a la adherencia al tratamiento.

### **3.7 PLAN PILOTO**

El plan piloto consta de la utilización de dos artículos científicos que se encuentran excluidos de la investigación principal, lo cuales, pertenecen a Perú y Chile. La muestra total corresponde a 2 artículos marcando la sumatoria de 481 personas, las cuales se distribuyen según el país de la siguiente manera: Perú= 270 sujetos y Chile= 211 sujetos.

Los artículos se someten a la herramienta de Excel generada específicamente para aplicar los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, además de validar si dan respuesta a la pregunta PICO de la presente revisión y posteriormente se utiliza el instrumento FLC 3.0 con el fin de validar la calidad de estos, los cuales surgen como documentos de calidad baja.

El plan piloto presenta como resultado la idoneidad del instrumento generado para seleccionar los artículos de utilidad, el cual se utiliza posteriormente para separar los artículos utilizados en la investigación sistemática planteada.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1 GENERALIDADES

Este capítulo detalla información general de los artículos seleccionados y la población estudiada en cada uno de ellos, dicha información, se distribuye de la siguiente manera:

1. Grado de adherencia según país de procedencia.
2. Estilo de vida y adherencia al tratamiento.
3. Factores sociales relacionados con el paciente
4. Percepción del tratamiento y su adherencia.

### 4.1.1 Grado de adherencia.

*Tabla 1 Grado de adherencia, según países de procedencia: Líbano y Brasil, 2023*

Adherencia	Líbano (A)		Brasil (B)	
Sí	1253	84%	234	91%
No	244	16%	23	9%
Total	1497	100%	257	100%

*Fuente: Elaboración propia, 2023*

Ambas poblaciones, tanto en el Líbano y Brasil, tienen un alto grado de adherencia con respecto al total de la población en cada uno de ellos.

### 4.1.2 Estilo de vida del paciente / Prácticas en salud.

*Tabla 2 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según estilo de vida: Hábito de fumar, 2023*

Hábito de fumar	Líbano (A)				Brasil (B)			
	Adherente		No Adherente		Adherente		No Adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fuma	510	41%	214	88%	54	23%	6	26%
No fuma	743	59%	30	12%	180	77%	17	74%
Total	1253	100%	244	100%	234	100%	23	100%

*Fuente: Elaboración propia, 2023*

En el Líbano y Brasil el porcentaje mayor de adherencia corresponde a las personas que no fuman, representando el 59% y 77%, respectivamente.

*Tabla 3 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según acompañamiento y asistencia a citas médicas, 2023*

	<b>Líbano (A)</b>				<b>Brasil (B)</b>			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acompañamiento	995	79%	162	66%				
Sin acompañamiento	258	21%	82	34%				
<b>Total</b>	<b>1253</b>	<b>100%</b>	<b>244</b>	<b>100%</b>				

*Fuente: Elaboración propia, 2023*

En el Líbano, la mayoría de la población adherente recibe acompañamiento a las citas médicas de control, representando un 79% en total; en Brasil la información no se especifica, únicamente la frecuencia de estas.

*Tabla 4 Distribución de la población A y B, según estilo de vida: Participación en actividades recreativas, 2023*

	<b>Líbano (A)</b>		<b>Brasil (B)</b>	
	n	%	n	%
Actividades recreativas			163	63%
Sin actividades recreativas			94	37%
<b>Total</b>			<b>257</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia, 2023*

En Brasil, 163 personas participan en actividades recreativas, de las cuales 150 corresponden a la población que reporta adherencia al tratamiento. En el Líbano, no se toma en cuenta la variable “actividades recreativas”.

Tabla 5 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según control de detonantes: Necesidad de reducir el estrés para el control de la presión arterial, 2023

	Líbano (A)				Brasil (B)			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Reducción del estrés	786	63%	52	21%				
No reducción del estrés	467	37%	192	79%				
Total	1253	100%	244	100%				

Fuente: Elaboración propia, 2023

En el Líbano, el 63% de la población adherente considera el estrés como un factor detonante, por lo tanto, uno de sus principales objetivos es reducir el estrés para controlar los valores de presión arterial. En Brasil la variable “Estrés” no se tomó en cuenta.

Tabla 6 Distribución de la población A y B, según estilo de vida: Control de la presión arterial en el hogar, 2023

	Líbano (A)		Brasil (B)	
	Población total		Población total	
	n	%	n	%
Control de PA	1031	69%	51	20%
Sin control de PA	466	31%		
Otros			186	72%
N/R			20	8%
Total	1497	100%	257	100%

Fuente: Elaboración propia, 2023

En el Líbano, el 69% de la población se realiza el control de la presión arterial en casa; para Brasil, corresponde a un 20% sobre el total, sin embargo, el 72% de la población utiliza otros medios para controlar la presión, dentro de los cuales se incluye áreas de salud y otros no especificados.

#### 4.1.3 Factores sociales relacionados con el paciente.

Tabla 7 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según sexo, 2023

Sexo	Líbano (A)				Brasil (B)			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	598	48%	126	52%	150	64%	16	70%
Masculino	655	52%	118	48%	84	36%	7	30%
Total	1253	100%	244	100%	234	100%	23	100%

Fuente: Elaboración propia, 2023

La población no adherente, tanto en el Líbano como en Brasil, corresponde al sexo femenino. En la población adherente del Líbano, la mayoría pertenecen al sexo masculino, a diferencia de Brasil, en la cual destaca el sexo femenino.

Tabla 8 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según rango de edad, 2023

Rango de edad	Líbano (A)			
	Adherente		No adherente	
	n	%	n	%
18-44 años	180	14%	20	8%
45-64 años	297	24%	95	39%
Mayor o igual a 65 años	776	62%	129	53%
Total	1253	100%	244	100%
Rango de edad	Brasil (B)			
	Adherente		No adherente	
	n	%	n	%
20-39 años	8	3%	4	17%
40-59 años	103	44%	14	61%
Mayor o igual a 60 años	123	53%	5	22%
Total	234	100%	23	100%

Fuente: Elaboración propia, 2023

En esta sección no es posible encontrar un rango que incluya los datos de ambos artículos, sin embargo, cabe destacar que personas entre 60 y 65 años o más aproximadamente, constituyen la mayoría de la población adherente al tratamiento en el Líbano y Brasil y las personas con menor adherencia se encuentran en un rango de entre 18 y 44 años para el Líbano y entre 20 y 39 para Brasil.

Tabla 9 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según nivel educacional, 2023

Nivel educacional	Líbano (A)				Brasil (B)			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeta					33	14%	3	13%
Educación informal	198	16%	56	23%				
Educación primaria	448	36%	42	17%	157	67%	16	70%
Educación secundaria	374	30%	64	26%	36	15%	4	17%
Estudios universitarios	233	18%	82	34%	6	3%		
N/R					2	1%		
Total	1253	100%	244	100%	234	100%	23	100%

Fuente: Elaboración propia, 2023

Tanto en el Líbano como en Brasil, la mayoría de quienes se adhieren al tratamiento cuenta con educación primaria, 36% y 67% respectivamente. En el Líbano, la población no adherente asociada a estudios universitarios corresponde a un 34%, siendo el porcentaje mayor en dicha sección y el menor para Brasil, ya que corresponde a un 3% de quienes si cumplen la adherencia. Líbano no reporta población con analfabetismo, sin embargo, en Brasil corresponde a un 14% de las personas adherentes.

Tabla 10 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según estado civil, 2023

Estado civil	Líbano (A)				Brasil (B)			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	64	5%	89	37%	30	13%	3	13%
Con un socio					158	67%	17	74%
Casado	1084	86%	32	13%				
Divorciado	20	2%	49	20%				
Viudo	85	7%	74	30%	46	20%	3	13%
Total	1253	100%	244	100%	234	100%	23	100%

Fuente: Elaboración propia, 2023

En el Líbano, la población con mayor adherencia corresponde a individuos casados (86%) y en Brasil a personas que cuentan con un socio o acompañante sentimental (67%).

*Tabla 11 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según ingreso mensual, 2023*

Ingreso mensual	Líbano (A)				Brasil (B)			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1000\$	500	40%	49	20%				
1000 a 2000\$	358	29%	56	23%				
Más de 2000\$	81	6%	8	3%				
Sin respuesta	314	25%	131	54%				
Total	1253	100%	244	100%				

*Fuente: Elaboración propia, 2023*

La mayor cantidad de las personas que se adhieren al tratamiento en el Líbano corresponde a quienes reciben menos de 1000\$ como ingreso mensual. En Brasil se toma en cuenta las variables “Menos de un sueldo” y “Más de un sueldo”, sin embargo, no especifica lo que un sueldo representa en dólares u otra moneda.

*Tabla 12 Distribución de la población A y B, según situación laboral, 2023*

Situación laboral	Líbano (A)		Brasil (B)	
	n	%	n	%
Pensionado			102	40%
Desempleado			81	31%
Empleo formal			67	26%
N/R			7	3%
Total			257	100%

*Fuente: Elaboración propia, 2023*

En Brasil, parte de la población corresponde a personas pensionadas y hace referencia al 42% de la porción adherente, siendo el porcentaje mayor en dicha distribución. En el Líbano no se toma en cuenta el factor social “Situación laboral”.

Tabla 13 Distribución de la población A y B, según uso de Seguro social y otros, 2023

	<b>Líbano (A)</b>		<b>Brasil (B)</b>	
	Población total		Población total	
	n	%	n	%
Respuesta: Sí	1171	78%	237	92%
Respuesta: No	326	22%	4	2%
Otros			14	5%
N/R			2	1%
<b>Total</b>	<b>1497</b>	<b>100%</b>	<b>257</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia, 2023

En el Líbano, el 78% de la población cuenta con seguro social y en Brasil el 92%. En la sección “Otros” se incluyen personas que se apoyan con seguro social y seguro privado. El 2% de la población en Brasil corresponde a quienes no tienen seguro social, pero están afiliados a un plan de seguro privado.

#### 4.1.4 Percepción del tratamiento y su adherencia.

Tabla 14 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según percepción del tratamiento: Perspectiva ante la utilidad del tratamiento, 2023

	<b>Líbano (A)</b>				<b>Brasil (B)</b>			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Es útil	1151	92%	75	31%				
No es útil	102	8%	169	69%				
<b>Total</b>	<b>1253</b>	<b>100%</b>	<b>244</b>	<b>100%</b>				

Fuente: Elaboración propia, 2023

El 92% de la población adherente libanesa cree que su tratamiento es de utilidad y el 69% de la población no adherente opina que su tratamiento no es útil. En Brasil, no hay datos asociados a la perspectiva del tratamiento.

Tabla 15 Distribución de la población A y B adherente y no adherente, según percepción de la adherencia: La adherencia al tratamiento afecta el estado de salud, 2023

	<b>Líbano (A)</b>				<b>Brasil (B)</b>			
	Adherente		No adherente		Adherente		No adherente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Afecta	1157	92%	78	32%				
No afecta	96	8%	166	68%				
Total	1253	100%	244	100%				

Fuente: Elaboración propia, 2023

El 92% de la población adherente en el Líbano cree que la adherencia al tratamiento afecta el estado de salud y el 68% de la población no adherente opina que no la afecta. En Brasil, no hay datos asociados a la perspectiva de la adherencia.

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## 5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La adherencia inadecuada a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos representa un problema para toda la población independientemente de la posición que cumpla el individuo en cada etapa del desarrollo físico, mental y social; es por esto que es un requerimiento importante para el desarrollo y análisis de esta investigación el determinar las prácticas en salud y los componentes sociales que afectan dicha consistencia terapéutica, con el fin de establecer prácticas y estrategias en las áreas de salud.

La población analizada genera un total de adherencia de 85% en total sobre el 100%, dato de gran utilidad para alcanzar los objetivos de esta investigación; ya que se extraen las características más relevantes de cada población o las que se detectan en conjunto con el fin de documentar los datos más importantes.

Las prácticas en salud se encuentran dirigidas a la eliminación de hábitos poco sanos y en el aumento de las conductas en pro de la salud; es decir que, funcionan como medio de adaptación y por ende herramienta para mejorar la consistencia terapéutica. La población brasileña fumadora corresponde a un 26% de los individuos no adherentes, siendo un valor poco significativo, dato contrario al Líbano donde se obtiene que conforman el 88% sobre el total de dicho grupo. El dato anterior se aplica de igual manera a los individuos adherentes; es decir que, las personas que no fuman tienen mayor grado de adherencia según la información obtenida.

El fumado activo y consumo de otras sustancias por medio de la ingesta, representan un mayor riesgo ante enfermedades de todo tipo, en especial de enfermedades crónicas. Las personas que reportan, por medio de estrategias de evaluación de riesgo, un mayor grado de bienestar, representan una disminución considerable en el hábito de fumar; mostrando, al

contrario, que los individuos con bajo grado de salud, mantienen la práctica. Argentina reporta, gracias a un censo, que para el 2018 el estatus negativo de salud disminuye en relación con el reporte de años pasados (2005/2009/2013), dicha información se encuentra asociada al decremento proporcional de la prevalencia al tabaquismo. (Monterubbianesi y Temporelli, 2022)

Los afrodescendientes residentes en comunidad Quilombola en Brasil, destacan que el 92% de los evaluados no consume tabaco, representando a más de 50% del total; quienes presentan una tasa de adherencia del 63%, mucho mayor que en otros países como Ghana, Nigeria, entre otros, en los que, por razones culturales, educativas y de acceso al tratamiento, no logran tasas de adherencia significativas o al menos por encima del 35%.(Souza Rosa et al., 2020)

El consumo de drogas y alcohol como prácticas en salud que afectan la adherencia no es un tema ampliamente abordado en la información analizada en los artículos seleccionados; sin embargo, son de gran relevancia y así lo menciona Fonseca H. (2022); quien indica que el consumo de alcohol y drogas afecta el tratamiento para enfermedades crónicas; ya que las sustancias, en personas con diabetes mellitus, representan un mayor obstáculo para el manejo de la afección y ha sido una de las causas más comunes de hipoglucemia severa, además de constituir cambios negativos en el sistema nervioso, una de las mayores causantes de dosis mal empleadas.

La buena alimentación, el ejercicio físico y participación en actividades recreativas, son también hábitos que favorecen el tratamiento de las ECNT. Menciona Rodríguez-López et al (2015) que al menos la mitad de los adultos diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial, no siguen las indicaciones en cuanto al cambio y adaptación de conductas, incluyendo el aspecto nutricional, actividad física y eliminación del consumo de

sustancias nocivas; incluso, destacan que en una población hipertensa y/o con diabetes mellitus, el 44,4% de los individuos de estudio cuentan con sobrepeso y el 38.2% bajo peso; conformando más del 80% de la población total, lo que señala la falta de cumplimiento a las indicaciones en cuanto a estas variables.

El 67% de los individuos indican, en Brasil, mantener su participación en actividades recreativas, dicho porcentaje, representa el 70% de la sección adherente de la investigación; lo que refleja la importancia de la participación de los usuarios en actividades de estimulación física y mental. En una investigación en Colombia se menciona que la adherencia a la actividad física se encuentra estrechamente relacionada con la disponibilidad de espacios seguros y adecuados para las actividades; además de una frecuencia considerable a lo largo de la semana.(Quiroz-Mora et al., 2018)

La actividad física se asocia indirectamente con el control del estrés, el reconocimiento de mecanismos de afrontamiento y adaptabilidad, son variables que afectan la percepción ante las enfermedades y por consiguiente, dificultan el cumplimiento de los tratamientos; por ello sobresale la posición tomada por parte de la población libanesa; ya que, de 1253 personas adherentes, 786 consideran el estrés como un factor detonante y en las personas no adherentes, 192 de 244 individuos, no toma en cuenta el estrés como un detonante o modificador de conducta ante el tratamiento, lo que explica su posición.

Los resultados obtenidos ante el estrés en el Líbano se respaldan de un hallazgo en Bucaramanga, Colombia por Ramírez-Muñoz P.C et al(2016), quien obtiene que un total de 144 individuos (50%) que cambian su patrón de actividad física por recomendación médica (recibida por un total de 288 personas) generan una relación no significativa pero si existente entre ambas variables. Se aplica en la localidad el Perceived Stress Scale, la cual es utilizada

para medir la percepción del estrés y se obtiene una calificación de 22,5 puntos; por medio del análisis multivariado, se destaca que las personas que se adhieren a la actividad física tienen una calificación del grado de estrés por -1.9 puntos, por lo tanto, se refleja la disminución de dicho estrés.

Las ECNT requieren el conocimiento de los detonantes, los síntomas y signos de la enfermedad específica con el fin de evitar emergencias asociadas a la misma. En el caso clínico en Perú, expuesto por Lizarzaburu Robles et al.(2020), el paciente que contribuye con el automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre y presenta un cambio positivo en los niveles diarios, lo que refuerza el beneficio del autocuidado y autocontrol en este tipo de enfermedades. El automonitoreo de las constantes vitales asociadas funciona de guía durante el tratamiento de las enfermedades, participa en la detección de modificaciones en el estilo de vida o el estado anímico y en la determinación de las dosis adecuadas, principalmente en las personas que sufren de varias ECNT, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, entre otras.

Lo anterior es similar a lo evidenciado en Brasil, el 92% de la población realiza el control de su presión arterial, tanto en el hogar como por otros medios, mientras que en el Líbano corresponde a un 69%; evidentemente gran cantidad de la población realiza el control del signo vital más significativo con respecto a su padecimiento, lo que actúa de forma positiva en la adherencia total de los pacientes; ya que en Brasil, quienes realizan el control conforman en 84% de la población que sí cumple con la constancia terapéutica.

Una práctica en salud como el control estricto en el seguimiento interdisciplinar, es fundamental para la constancia terapéutica; ya que, por medio de la asistencia a consultas, se detectan conductas poco favorables para la salud. En Brasil se obtiene que, quienes se

presentan a las citas con un intervalo de entre 0 a 10 meses, tienen mayor grado de adherencia que quienes asisten en un intervalo de 11 meses entre citas o simplemente no regresan a las mismas.

Uno de los factores sociales más evidentes en la asistencia a citas médicas es el apoyo social y familiar; en el Líbano, 79% (995 personas de 1253) de la población que mantiene adherencia a su tratamiento, corresponde a quienes son acompañados a sus citas médicas.

Las personas libanesas con adherencia (84% / n=1253), muestran que el 86% son casados y quienes presentan mayor grado de no adherencia corresponde a solteros y viudos (67%) y en Brasil, el 67% de adherencia se encuentra constituido por personas que cuentan con un socio o acompañante sentimental.

Bello Escamilla et al. (2017) muestra resultados relacionados con el estado civil, apoyo social y familiar, los cuales coinciden con los del Líbano y Brasil, ya que, aunque no son datos altamente significativos debido a la cantidad limitada de personas en estudio, quienes registran mejor adherencia (67%), son individuos con pareja, pertenecientes a familias altamente funcionales y con apoyo social alto.

Vergara y Almagiá (2014), explica que el apoyo social y la autoeficacia están estrechamente relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo II, lo cual se debe a que al tener mayor grado de apoyo social, el individuo tiene la capacidad de crear una percepción menos hostil hacia su enfermedad, genera mayor estabilidad para sí mismo (autocuidado) y con sus seres queridos, mejora sus hábitos, reconoce los recursos sociales y apoyo que puede recibir si lo permite; además de generar las herramientas necesarias para tener una relación

positiva y productiva con el equipo interdisciplinario en salud, lo que permite que se dé un acompañamiento más cercano durante el tratamiento.

La adherencia al tratamiento se encuentra altamente favorecida para uno de los grupos de estudio en la población de Brasil, gracias al apoyo por parte de los centros de atención primaria de la salud, lo que explica la necesidad de recibir apoyo tanto del núcleo familiar como de grupos de apoyo y centros de salud, quienes pretenden fortalecer la adherencia al tratamiento y asegurarla a la mayor medida posible, por medio de la utilización de protocolos, aplicación de medios educativos e informativos, visitas de control, entre otras acciones. Lo anterior concuerda con Gómez P et al.(2016), quien determina que las personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Bronquiolitis y Bronquiectasias, que participan en el Programa de Rehabilitación Pulmonar, tienen una mayor oportunidad de mejorar su adherencia.

El estudio anterior, toma 320 personas con las enfermedades mencionadas y con un promedio de edad de 65 años, antes de la aplicación del programa se detecta que tan solo el 58% de la población es adherente a su tratamiento inhalatorio; posterior al ejercicio del mismo el porcentaje cambia drásticamente a representar un 86%, lo cual se atribuye al plan en el que se brinda el mínimo de una clase a cada paciente y se le solicita a cada uno enseñar la técnica de aplicación de los inhaladores utilizada, con el fin de corregir los errores encontrados, además de sesiones de grupo para mejorar la técnica y establecer mecanismos para la higiene respiratoria adecuada.(Gómez P et al., 2016)

Los principales errores detectados son, ignorar la necesidad de expiración completa previo a la inhalación en el dispositivo y su agitación, incumplimiento del periodo de apnea post inhalación, aspiraciones seguidas y sin pausa, diferencias significativas en la velocidad de la

inspiración y la utilización inadecuada del dispositivo, entre otros. Los pacientes, al recibir acompañamiento y explicación detallada del uso correcto de los dispositivos en sesiones grupales de cantidad mínima de personas, mejoran sus técnicas y su adherencia. (Gómez P et al., 2016)

El alto grado de adherencia puede estar relacionado con la afiliación al seguro social, tanto en el Líbano como en Brasil, según lo mencionado anteriormente. En el Líbano, el 78% de la población total cuenta con seguro social, dejando tan solo un 22% sin el servicio; en Brasil, el 92% de los individuos tienen seguro social; sin embargo, del 8% restante, 5% corresponde a personas con seguro social y privado, 2% tienen únicamente seguro médico privado y un 1% no cuentan con el servicio. Se obtiene que 232 personas de 257 adherentes cumplen con seguro médico, ya sea privado o público; constituyendo poco más del 90% de la población total estudiada en Brasil.

El seguro social está integrado por el equipo interdisciplinario, el cual tiene la obligación de permitir que cada persona reciba los cuidados y el apoyo necesario sin importar sus características sociales como el sexo, la edad, posición socioeconómica, padecimiento, entre otras; además de proporcionar espacios o zonas de atención accesibles para cada región, tomando en cuenta a quienes no tienen facilidad de acceso, ya sea por distancia geográfica o dificultades de salud para el desplazamiento; ya que la necesidad es que el usuario al tener seguro social, pueda utilizarlo sin problema. (Sánchez-Torres, 2017)

Las causas de la falta de adherencia al tratamiento son la dificultad de acceso a centros de salud, poco conocimiento principal de la enfermedad, desinformación en cuanto a síntomas, los cuales, en ocasiones son difíciles de reconocer o son menos evidentes; esto causa que no

se le brinde la atención necesaria o se opte por conductas poco positivas para la salud. (Ortega et al., 2021)

153 personas de 244 indican, en el Líbano, que la razón principal de no adherencia es simplemente olvido, tanto para tratamiento farmacológico como no farmacológico y 40 personas refieren que es porque no consideran necesitar el tratamiento o solo no lo tienen presente; es por esto por lo que se toma en cuenta el apoyo como un acompañamiento a modo de recordatorio e identificación de errores.

La población adherente está constituida principalmente por personas de 60 años en adelante, similar a la información obtenida por Quiróz Mora et al. (2018), quien explica que un factor social asociado a la adherencia es la edad adulta joven y adulto mayor; ya que son quienes tienen mejores resultados en cuanto al tema, debido a que por lo general reciben más acompañamiento; a diferencia de otros estudios en los que se detalla que, en algunos casos, la falta de adherencia puede aumentar en presencia de enfermedades neurodegenerativas, ya que la edad avanzada tiene cierto grado de asociación con este tipo de padecimientos, pérdida de la memoria y disminución del tono muscular, tomando en cuenta también la actividad física dentro del tratamiento no farmacológico.

Los datos obtenidos de Brasil mencionan que el sexo femenino es un indicador para la adherencia al tratamiento, sin embargo, es necesario destacar que la mayoría de la población corresponde al grupo mencionado, específicamente 166 individuos de una muestra de  $n=257$ , por lo tanto, no es una relación altamente significativa. De la misma manera, Raraz Jarvis y Raraz Omar (2022) indican que la población masculina tiende a tener una menor adherencia al tratamiento para las enfermedades crónicas debido a que, por lo general hay mayor dificultad para modificar conductas; en el caso del género femenino, presenta mayor grado

de adherencia; sin embargo, este puede verse afectado significativamente según cambios en el entorno. Para ambos sexos afecta la cantidad de comorbilidades y relación médico-paciente.

La relación de variables mencionada se diferencia con respecto a la adherencia no farmacológica, ya que, según Valenzuela et al. (2018) las mujeres tienen menor adherencia; ya que, tienden a dedicar menos tiempo a la actividad física y consumen alimentos por debajo de los nutrientes diarios requeridos. Gran porcentaje de las mujeres realizan actividad física leve, a diferencia de los hombres, quienes, por lo general, realizan actividad física de leve a moderada, o le dedican al menos una hora al día.

La adherencia al tratamiento no encuentra relación significativa en el Líbano con respecto al sexo; sin embargo, es importante destacar que la adherencia es liderada por individuos masculinos, aun siendo el grupo con menor cantidad de individuos. En diversas investigaciones sobre la adherencia en personas con ECNT, al igual que en el Líbano predomina la cantidad de personas del sexo femenino, sin embargo, según Rocha Rodríguez et al. (2018) se presenta un grado medio de adherencia y autocuidado, mayoritariamente en mujeres y se cree que es debido a los cambios hormonales que se presentan con la edad y que influyen negativamente en cuanto a los mecanismos metabólicos, cambios en la alimentación y estilo de vida desde la infancia.

El sexo femenino es predominante en la ocupación de ama de casa, representando gran porcentaje de la población con adherencia (63%) y autocuidado medio, lo que de cierta forma puede ser favorable para la constancia terapéutica; ya que la ocupación, si bien demanda gran cantidad de tiempo, por lo general existe una menor probabilidad de olvido a su tratamiento, además, el tiempo al ser administrado de forma individual, hay una mayor oportunidad para

asistir a grupos de apoyo en los que pueda recibir información relevante para el manejo de su enfermedad. (Rocha Rodríguez et al.,2018)

La mayor parte de la población brasileña se encuentra pensionada como situación laboral, constituyendo el 40% de la totalidad de la muestra, en la que se encuentran pensionados, desempleados (31%), con empleo formal (26%) y personas que no responden en cuando a dicha variable (3%). El grupo de pensionados conforma la mayoría de las personas adherentes y en segunda instancia, quienes se encuentran desempleados o se dedican al hogar, lo que da soporte a la hipótesis de que quienes tienen más tiempo o pueden distribuirlo a su gusto, cumplen con mayor adherencia, a diferencia de quienes tienen un trabajo formal o con jornadas establecidas, en las que el tiempo para actividades o necesidades personales es limitado.

El estado ocupacional es una variable considerable, según la cantidad de ingresos. En el Líbano se obtiene que quienes tienen un ingreso mensual de menos de 1000 dólares estadounidenses (USD) tienden a mantener una mejor adherencia, sin embargo, es importante destacar que el 78% de los estudiados, cuentan con seguro social; por lo que el costo de acceso a medicamentos, terapias y citas de control es menos elevado y más accesible para personas con ingresos bajos. En Brasil, es difícil definir si hay una relación similar con el Líbano, ya que, determinan que las personas que reciben más de un sueldo tienen mayores probabilidades de adherirse; sin embargo, no se especifica lo que un sueldo representa en USD o en otra moneda.

Quienes muestran mayor adherencia al tratamiento, tanto en el Líbano como en Brasil, tienen educación primaria, 36% y 67% respectivamente. La población libanesa refiere que un 34%

de la población no adherente corresponde a personas que cuentan con estudios universitarios; sin embargo, no es una relación considerablemente significativa.

Diversas investigaciones muestran datos contrarios, según Quiroz et al., (2020) quienes tienen un nivel educativo máximo de primaria completa o incompleta ganan menos de 1000 USD y tienen menores probabilidades de cumplir con el tratamiento terapéutico y la asistencia a citas de control, a diferencia de quienes tienen estudios de mayor alcance, trabajan generando ingresos propios o en el hogar y cuentan con ingresos mayores a los 1000 USD; los datos anteriores no tienen significancia estadística según  $p=0.05$ , sin embargo, es una relación que existe y pueden tomarse en cuenta valores  $p=0.10$  para la técnica estadística de chi-cuadrada.

Una variable social es la percepción ante la adherencia que, aunque se habla del manejo del estrés y el apoyo psicológico para las personas con ECNT en diversas investigaciones, no es un dato altamente evaluado; sin embargo, se considera importante, ya que se logra evidenciar por parte de la investigación y según los datos obtenidos del Líbano. Más del 90% de la población que sí cumple la adherencia cree que el tratamiento que recibe sí es de utilidad para su situación de salud, lo que según la disposición de autocuidado genera mayor compromiso a la hora de tomar los medicamentos prescritos.

Huamán Guerra (2019), menciona que la percepción ante los medicamentos recomendados para cada paciente, contribuye ya sea de forma negativa o positiva a la permanencia terapéutica; entre menos grado de dependencia perciban posterior a la ingesta prolongada de los medicamentos, evita que estos sean suspendidos; incluso la mayoría de los objetos de estudio, muestran una disposición elevada de adquirir conocimiento ante el padecimiento y en el cambio de conductas nocivas para la salud y más del 70% consideran tener claro el

modo de aplicación de los medicamentos y reciben indicaciones sobre el manejo de la enfermedad por parte del personal de enfermería.

El tratamiento se ve afectado con cambios bruscos en la dosis, la dificultad de aplicación o ingesta, incapacidad de acceso a fármacos y a centros de recreación, incluyendo también la cantidad de efectos secundarios que vienen con cada tratamiento y los beneficios que brindan, según las observaciones de cada paciente de acuerdo con su padecimiento. La cantidad de efectos secundarios en mayor proporción para cada medicamento puede llegar a causar una disminución de la adherencia al tratamiento, según una investigación sobre la asociación que existe entre el cumplimiento del tratamiento y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca en la que se obtuvo una calidad media de adherencia. (Huamán Guerra, 2019)

Las creencias de cada persona sobre la efectividad del tratamiento y los inconvenientes que se le han presentado con respecto al mismo influyen significativamente en la constancia terapéutica. Las dificultades en el reconocimiento de las consecuencias negativas de cada enfermedad y las repercusiones que pueden causar en la salud dificultan el cambio de hábitos nocivos y el descubrimiento de actitudes o conductas favorables.

Al igual que en la percepción de la utilidad del tratamiento, más del 90% de la población libanesa concuerda con que la adherencia al tratamiento afecta el estado de salud de las personas, esto participa en la manera en la que cada persona reconoce su situación de salud (Autopercepción) y determina si debe seguir con el tratamiento y la modificación de hábitos. La importancia de la autopercepción del estado de salud es sostenida por Cabrera-Pivaral (2019) y menciona que es una variable que funciona para establecer y ampliar las perspectivas ante las intervenciones en salud en el individuo padeciente. La ampliación de

perspectivas ante el estado de salud le permite al paciente desempeñarse correctamente y tomar decisiones adecuadas con respecto a la fidelidad al tratamiento.

La relación percepción de salud-adherencia al tratamiento es uno de los puntos señalados, indirectamente, por Callista Roy en su teoría de adaptación, quien indica que todos los estímulos externos al paciente determinan la forma en la que este actúa ante las adversidades, en este caso, una o varias ECNT, asociadas a comorbilidades externas pero relacionadas. (Ayala Sedano, 2017)

Los factores sociales pueden tomarse en cuenta como estímulos residuales, uno de los conceptos expuestos por la conocida teorizante. Los estímulos residuales, son aquellos que siendo propios o no del sistema humano, son difíciles de detectar o no hay en si un reconocimiento de la influencia que pueden tener en cada individuo. (Ayala Sedano, 2017)

En este caso, los estímulos residuales propios del sistema humano son la percepción de la enfermedad y la utilidad del tratamiento, la decisión de tener una alimentación adecuada y vida saludable en cuanto a actividad física, eliminación del fumado, el automonitoreo, autocontrol, asistencia a citas y afiliación al seguro social (prácticas en salud) o estímulos residuales no propios del sistema humano como el sexo, edad, ocupación, estado civil, nivel educativo, situación económica y laboral, entre otros (factores sociales).

Cuatro pilares son mencionados anteriormente en la presente revisión, específicamente, “Persona”, “Salud”, “Entorno” y “Enfermería”, de los cuales se pretenden explicar su relación con la adherencia al tratamiento y los cambios que esta pueda presentar según cada persona. Cada uno de los pilares se logra representar, con relación al tema de estudio, de la siguiente manera:

Persona: Es el individuo con una enfermedad crónica no transmisible que intenta llegar al mayor grado de adaptación con el fin de mejorar su adherencia terapéutica.

Salud: Es cuando el individuo alcanza el mayor grado de adaptación a su enfermedad y su entorno, es decir que se alcanzan cambios positivos en las prácticas en salud, según la asociación con los factores sociales a los que se encuentran expuesto.

Entorno: Representa los factores sociales que de alguna manera participan en la conducta del individuo en cuanto a la adherencia como la percepción ante la enfermedad, el estado de salud y la utilidad del tratamiento, edad, sexo, entre otros evaluados; además de los recursos que permiten dicha adherencia como el apoyo social, familiar y de los centros de salud, acceso a seguro social, etc.

Enfermería: Es un medio de apoyo y enseñanza, el cual le brinda las herramientas al paciente con ECNT para que pueda sobrellevar la enfermedad y que la perciba de forma diferente, que sea capaz de determinar las conductas negativas y de modificarlas para alcanzar un mayor grado de adaptación a la vida con una enfermedad de este tipo y, por ende, generar una mejor adherencia al tratamiento.

Existe un modelo social llamado "Teoría Social Cognitiva y Teoría Social del Aprendizaje", el cual comparte varias similitudes con el modelo de adaptación de Roy; ya que, refiere el cambio en las conductas y el comportamiento como un proceso que requiere de constancia y continuidad, en el cual los factores internos y externos al paciente se encuentran conectados e interaccionan entre sí, para determinar como el individuo actúa ante la existencia de una enfermedad. Quien padece la enfermedad, tiene la capacidad de entenderla, reconocer lo que agrava su situación y decide enfrentarla. En dicha teoría, se da especial relevancia a la

relación entre los factores personales, los de la conducta y ambientales. (Pacheco Huergo, 2011)

Callista Roy no orienta su teoría específicamente a la adherencia al tratamiento, sin embargo actúa como una guía importante para quienes sufren de enfermedades crónicas, en las cuales se requiere de alto grado de adaptación debido a su naturaleza incurable y que, como es evidente, tienen alta relación con los factores externos y la posición que toma el individuo en su situación de salud específica, buscando mejorar su estilo de vida por medio de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

Las prácticas en salud son conductas y acciones que se adquieren con el fin de aumentar el estado de bienestar, es por ello por lo que se realiza la revisión de documentos e investigaciones que muestran las principales prácticas que se encuentran asociadas a la adherencia al tratamiento de ECNT.

Las prácticas en salud más relevantes para el beneficio de la adherencia al tratamiento son la eliminación de hábitos poco sanos como el hábito de fumado y consumo de drogas, alimentación adecuada, afrontamiento ante el estrés o detonantes de la enfermedad y participación en actividades recreativas, automonitoreo de constantes vitales y el seguimiento estricto de citas médicas. Dichas prácticas en salud forman parte considerable de la adherencia al tratamiento, ya que, según los datos obtenidos, las personas que cumplen con ellas tienen un mejor grado de adherencia y logran adaptarse favorablemente a la enfermedad, como se visualiza en el Líbano y en Brasil, donde existe un grado elevado de adherencia al tratamiento.

Diversos factores sociales son identificados con relación a la adherencia al tratamiento y las diversas prácticas en salud. Predomina la adherencia en personas mayores de 60 años, casados, con un socio o acompañante sentimental, jubilados, personas que reconocen su tratamiento como útil, tienen acceso a seguro social y quienes perciben el estrés como factor detonante de la enfermedad; quienes no asisten a citas médicas con intervalos de 0 a 10 meses, mantienen el hábito de fumado, no asisten a citas de control y se encuentran en estado de obesidad, forman parte de la población con adherencia al tratamiento deficiente.

La relación entre los factores sociales y las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento es evidente a lo largo de la investigación, aun reconociendo los determinantes no altamente significativos como el sexo, los ingresos económicos, acceso a seguro social y nivel educativo, que aún con el bajo grado de significancia, destacan en la adherencia al tratamiento.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

A lo largo de la revisión, se logra detectar deficiencias en cuanto a las prácticas en salud asociadas a la adherencia al tratamiento y sus factores influyentes; lo que permite destacar posibles acciones para los profesionales de enfermería y las áreas de salud, aplicables en los individuos con ECNT. Las recomendaciones principales son las siguientes:

Profesionales de enfermería:

- Fomentar la importancia de las prácticas en salud favorables para la prevención de ECNT y para el afrontamiento a las mismas en caso de padecerlas.
- Aplicar técnicas de reforzamiento en la capacidad para identificar los factores sociales que generan cambios en la adaptación y estado de salud de los pacientes.
- Reforzar la relación equipo/salud-paciente por medio de una atención individualizada, en la que el paciente no reciba indicaciones genéricas, si no que se brinden acciones y se recomienden prácticas en salud según el tipo de enfermedad y el grado de complicación, lo que va a brindar una sensación de validación e importancia al usuario, mejorando así la adherencia al tratamiento.
- Brindar material informativo a los pacientes que incluya no solo datos básicos de la enfermedad y posibles complicaciones, sino también la manera correcta de actuar

ante cada una de esas complicaciones, tanto para la persona que padece la enfermedad como para quienes le acompañan en el proceso.

- Aplicar estrategias que disminuyan las dificultades asociadas al tratamiento, es decir que, a cada paciente, según la ECNT que padece, se le brinde apoyo físico o material didáctico en el que aparezca de manera simplificada, clara y amplia, los medicamentos y su función, el modo de administración de las dosis, la hora correcta de aplicación para cada uno, además de una sección para anotar los efectos secundarios o posibles reacciones que se presenten.

Centros de Salud:

- Implementar grupos de apoyo y discusión en centros de salud primaria de cada zona guiados por un equipo interdisciplinario que incluya, enfermería, psicología, nutrición, entre otras áreas de la salud; esto con el fin de que los individuos puedan compartir sus dificultades asociadas a la enfermedad, los obstáculos que enfrentan y modo de empleo de las diferentes prácticas en salud y puedan establecer metas para la salud de forma grupal.
- Aplicar estrategias grupales como la selección de un día a la semana para realizar actividad física en áreas de salud primaria, adaptada para cada persona, según situación de salud.
- Disponer de un grupo de atención integral y multidisciplinario para consultas telefónicas y vía chat, con el fin de brindar soporte a las personas que padecen de ECNT en caso de consultas generales asociadas a su tratamiento.

Pacientes:

- Comprometerse con el equipo interdisciplinario de salud para buscar la mayor adaptación a la enfermedad y mejorar la adherencia a los tratamientos favorables para el bienestar; independientemente de la enfermedad que padezcan y los factores que puedan influir.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 27106.  
<https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Avalos, A. J. P., Núñez, M. A. V., & Domínguez, E. S. R. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(2), 81-88. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73215>
- Ayala Sedano, G. G. (2017). *Programa de adaptación del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II, aplicando la teoría de Callista Roy en el Hospital de Ate Vitarte—2014*. <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/646>
- Banda Gonzalez, O. L., Ibarra Gonzalez, C. P., Carbajal Mata, F. E., Maldonado Guzman, G., De los Reyes Nieto, L. R., & Montoya Garcia, R. E. (2018). Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Revista Enfermería Herediana*, 10(2), 117. <https://doi.org/10.20453/renh.v10i2.3367>
- Bello Escamilla, N. V., Montoya Cáceres, P. A., Bello Escamilla, N. V., & Montoya Cáceres, P. A. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28(2), 73-77.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Bi, M., Meng, L., & Bai, L. (2022). Effects of Comprehensive Nursing Based on Orem's Self-Care Theory on Symptom Improvement and Pregnancy Outcome in Patients with Antiphospholipid Syndrome: A Retrospective Cohort Study. *Computational &*

*Mathematical Methods in Medicine*, 1-1-9. Academic Search Complete.

<https://doi.org/10.1155/2022/4133812>

Cabrera-Pivaral, C. E., Cárdenas-Ayón, E., Eranco-Chávez, S. A., Ramírez-García, S. A., & Zavala-González, M. A. (2019). Autopercepción del estado de salud en pensionados por complicaciones de diabetes mellitus en Guadalajara, México: Self-perception of health status in people retired due to diabetes mellitus complications from Guadalajara, Mexico. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 89-93.

<https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.66454>

Caja Costarricense de Seguro. (2021). *Memoria Institucional 2021*.

<https://www.ccss.sa.cr/arc/memoria-institucional/2021.pdf>

Calonge Pascual, S., Casajús Mallén, J. A., & González-Gross, M. (2017). La actividad física en el currículo universitario español de los grados de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte como recurso en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 961-968.

<https://doi.org/10.20960/nh.730>

Cardoso Gómez, M. A., Zarco Villavicencio, A., Ponce López, M. L., Robles Aguirre, B. A., & Aburto López, I. A. (2022). La cultura del paciente en el descontrol de la enfermedad crónica no transmisible. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(3), 40-40-57. Academic Search Complete.

<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.3.08>

Fonseca H. (2022, noviembre 9). Consumo de sustancias psicoactivas complican tratamiento de la diabetes. *IAFA*. <https://www.iafa.go.cr/consumo-de-sustancias-psicoactivas-complican-tratamiento-de-la-diabetes/>

Gómez P, V. R., Aguirre F, C. E., Arévalo M, P., Hernández P, A., & Casas H, A. (2016).

Resultado de un programa de rehabilitación pulmonar sobre la adherencia y la técnica inhalatoria en pacientes con enfermedad respiratoria crónica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(4), 508-515.

<https://doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016009>

Huamán Guerra, A. G. (2019). Asociación entre el cumplimiento y adherencia al

tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Enfermería en Cardiología*, 26(78), 74-74-81. MedicLatina.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=142031748&site=eds-live>

Lizarzaburu Robles, J. C., Vera Ortiz, J. M., Asociación para la prevención, educación e

investigación en diabetes- APREDIAB. Lima, Perú., Chia Gonzales, S. G., & Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú. (2020). Paciente adulto con diabetes mellitus tipo 1: Múltiples factores para lograr un control adecuado. Reporte de caso. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(4), e1166.

<https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.14>

Málaga, G. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar.

*Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1).

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.311.1>

Maria del Carmen Jiménez Gómez, Maria del Carmen García Cubero, Juana Mateos

Rodilla, Carlos Bermejo Caja, Ana Belén Ramírez Puerta, & Inmaculada Garcia Ferradal. (2019). Enseñar al paciente a coger las riendas. Proyectos de educación estructurada. *International Journal of Integrated Care*, 19(4). Directory of Open Access Journals. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3313>

- Marquez-Terraza, A. V. (2022). Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte*, 13(2), 1-1-15. MedicLatina.  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.2107>
- Massiel Arroyo Sibaja. (2015). *Psychosocial characterization of medication consumption in costa rica: State of the art ; Caracterización psicosocial del consumo de medicamentos en Costa Rica: Estado de la cuestión* (edsbas.F382B2AA). BASE.  
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/17872>
- Monterubbianesi, P. D., & Temporelli, K. L. (2022). Estilos de vida, factores de riesgo y salud autopercebida de la población argentina. *Revista de economía del Rosario*, 25(1), 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8545950>
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., & Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: Definición y nociones básicas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3), 184-186. <https://doi.org/10.4067/S0719-01072018000300184>
- Navarro, M. del M. T., Sola, C. F., & Arrés, E. R. (2022). *Fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas*. Universidad Almería.
- Ortega, J. P. G., Ramón, S. M. Q., Astudillo, E. P. D., Ávila, S. A. S., Vásquez, X. S. S., Solórzano, G. A. G., Aponte, C. P. Z., Rogel, S. E. C., Riera, D. P. P., Sumba, D. E. P., & Panamá, J. C. P. (2021). *Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4484355>
- Pacheco Huergo, V. (2011a). Medida de Percepción en Enfermedades Crónicas: Adaptación Cultural de los cuestionarios Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para la población española

[Ph.D. Thesis, Universitat Autònoma de Barcelona]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/84000>

Pacheco Huergo, V. (2011b). Medida de Percepción en Enfermedades Crónicas:

Adaptación Cultural de los cuestionarios Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para la población española

[Ph.D. Thesis, Universitat Autònoma de Barcelona]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/84000>

Pérez-Hernández, R., Flores-Hernández, S., Arredondo-López, A., Martínez-Silva, G., &

Reyes-Morales, H. (2021). Sedentarismo laboral en distintos contextos

ocupacionales en México: Prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 63(5), 653-653-661. MedicLatina. <https://doi.org/10.21149/12541>

Quiroz, S. P., Agudelo, D. M., Lucumi, D. I., & Mentz, G. (2020). Asociación entre marcadores de posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia. *Revista Chilena de Salud Pública*, 24(1), Art. 1.

<https://doi.org/10.5354/0719-5281.2020.57581>

Quiroz-Mora, C. A., Serrato-Ramírez, D. M., & Bergonzoli-Peláez, G. (2018a). Factores asociados con la adherencia a la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista de Salud Pública*, 20, 460-464.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.62959>

Quiroz-Mora, C. A., Serrato-Ramírez, D. M., & Bergonzoli-Peláez, G. (2018b). Factores asociados con la adherencia a la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: Factors associated with adherence to physical activity in patients with chronic non-communicable diseases. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 460-464. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.62959>

Raile Martha, M. A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería 7ed medilibros*. 335-356.

[https://www.academia.edu/11289973/Modelos\\_y\\_teorias\\_en\\_enfermeria\\_7ed\\_medilibros](https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros)

Ramírez Palma, A., Freire Vicencio, R., González Nahuelquin, C., Ramírez Palma, A.,

Freire Vicencio, R., & González Nahuelquin, C. (2021). Cuidados del trasplantado renal en cuidados intensivos según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. *Ene*, 15(1). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1988-348X2021000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2021000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Ramírez-Muñoz P.C., P. C., Valencia-Ángel L.I., L. I., & Oróstegui-Arenas M., M. (2016).

Asociación entre actividad física y estrés psicológico percibido en adultos de Bucaramanga. *Ciencias de la Salud*, 14(1), 29-41.

<https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.03>

Raraz Jarvis & Raraz Omar. (2022). *Adherencia terapéutica y variables relacionadas en*

*adultos con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital público | Gaceta Médica de Caracas*. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_gmc/article/view/24044](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/24044)

Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-

Castro, A., Hernández-Silva, A., & Mazzoni-Chávez, L. (2016). Adherencia terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3-4), Art. 3-4.

<https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384>

Rocio Mora Vicarioli, Angie Leon-Salas, Alejandra Castro Granados, & Catalina Lizano-

Barrantes. (2021). Alfabetización en salud y necesidades para el etiquetado de medicamentos identificadas en población indígena de Alto Telire del Área de Salud

Talamanca, Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(2). Directory of Open Access Journals. <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.45173>

Rodríguez Jessica, C., Figueroa Yolanda, T., & Sandra Olimpia, G. E. (2019).

*METODOLOGÍA PRISMA COMO PROTOCOLO DE UNA REVISIÓN*

*SISTEMÁTICA*. (140500808). 11(6), 411-411-416. Fuente Académica Plus.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fap&AN=140500808&site=eds-live>

Rodríguez Lopez, M. R., Varela A, M. T., Rincón H, H., Velasco P, M. M., Caicedo B, D.

M., Méndez P, F., & Gómez G, O. L. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*,

33(2), 192-199. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06>

Rondón Bernard, J. E., & Angelucci Bastidas, L. (2021). Relación entre depresión y

adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2),

215-215-242. Fuente Académica Plus. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.08>

Sánchez-Torresa, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre

determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71852>

Silva Costa, J., & dos Anjos Carneiro-Leão, A. M. (2021). Campanhas sanitárias como

instrumentos da educação em saúde no Brasil: Algumas reflexões para uma

educação popular em saúde. *Revista Sustinere*, 9, 333-333-351. Academic Search

Complete. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.49818>

- Souza Rosa, R., da Silva, J. K., dos Santos Ribeiro, Í. J., de Freitas Mussi, R. F., Oliveira Damasceno, R., Cardoso Santos, I. S., Teixeira da Fonseca, J. L., & de Oliveira Boery, R. N. S. (2020). Factors associated to adherence to hypertensive medicinal treatment for african descent people resident in quilombola community: A cross-sectional study. *Revista Cuidarte*, *11*(3), 1-1-13. MedicLatina.  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1168>
- Valenzuela, M. E. C., C, C. M. S., Ruíz, G. H., Jacobo, A. B., Lomeli, D. G., & Perkins, C. E. O. (2018). Actividad física y enfermedades crónicas no transmisibles de estudiantes mexicanos en función del género (Physical activity and chronic non-transmissible diseases in Mexican students by gender). *Retos*, *33*, 169-174.  
<https://doi.org/10.47197/retos.v0i33.55354>
- Vargas, M., Herrera, C., Rocha, L., Vargas, M., Herrera, C., & Rocha, L. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta Medica Colombiana*, *43*(1), 37-41.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-24482018000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-24482018000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Vergara, S. C., & Almagiá, E. B. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, *24*(2), Art. 2. <https://doi.org/10.25009/pys.v24i2.922>
- Zúñiga S., E., Werlinger E., E., & Martines, E. V. (2017). Principales factores de riesgo cardiovasculares y adherencia al tratamiento en pacientes del centro de salud familiar Yanequén, Negrete, Chile 2015. *Revista ANACEM*, *11*(1), 10-10-14. Academic Search Complete.

https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=136233449&site=eds-live

# ANEXOS

## Anexo 1. Instrumento elaborado para la selección de documento según criterios de inclusión y exclusión.

ID	Titulo	Metadatos	Fecha de publicación	Idioma	Disponibilidad	Relevancia	Calificación	Estado	Acción
1001	Prácticas de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	10	10	10
1002	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	20	20	20
1003	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	30	30	30
1004	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	10	10	10
1005	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	20	20	20
1006	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	30	30	30
1007	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	10	10	10
1008	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	20	20	20
1009	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	30	30	30
1010	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	10	10	10
1011	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	20	20	20
1012	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	30	30	30
1013	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	10	10	10
1014	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	20	20	20
1015	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	30	30	30
1016	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	10	10	10
1017	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	20	20	20
1018	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	30	30	30
1019	Experiencias de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19		2020	Español	Disponible	Alta	10	10	10
1020	Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los enfermeros		2020	Español	Disponible	Alta	20	20	20

## Anexo 2. Carta de aprobación de tutor de tesis.

### CARTA DEL TUTOR

San José, 09 de marzo, 2023

**Vanessa Aguilar Zeledón MSc.**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante **Camila Romero Zamora**, cédula de identidad número **1-1723-0227**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **PRÁCTICAS EN SALUD ASOCIADAS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SEGÚN FACTORES SOCIALES. REVISIÓN SISTEMÁTICA, EL LÍBANO Y BRASIL, 2017-2021**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos la postulante obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS	30%	30

*Anexo 3. Carta de aprobación del lector.*

---

**Departamento de Registro**  
**Universidad Hispanoamericana**  
**Presente**

La estudiante CAMILA ROMERO ZAMORA, cédula de identidad número 1-1723-0227, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "PRÁCTICAS EN SALUD ASOCIADAS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SEGÚN FACTORES SOCIALES. REVISIÓN SISTEMÁTICA, EL LÍBANO Y BRASIL, 2017-2021." el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas y evaluando los aspectos relativos a la congruencia entre el tema, objetivos, cuadro de variables, instrumento, análisis y tabulación de los datos se determina dar aval al documento final para pasar a la fase final.

Atentamente,



---

**Lectora. Pilar Acosta Rojas**  
**Cédula identidad 2-0650-0038**  
**Carné Colegio Profesional E-9104**

*Anexo 4. Declaración jurada por el estudiante.*

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Camila Romero Zamora, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1723-0227, egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio ante quienes se constituyen en el tribunal examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: "PRÁCTICAS EN SALUD ASOCIADAS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SEGÚN FACTORES SOCIALES. REVISIÓN SISTEMÁTICA, EL LÍBANO Y BRASIL, 2017-2021", es

*Anexo 4. Carta de autorización para la inclusión en el repositorio.*



**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, martes, 4 de julio de 2023.

Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Camila Romero Zamora, con número de identificación 1-1723-0227, autor (a) del trabajo de graduación titulado **"PRÁCTICAS EN SALUD ASOCIADAS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SEGÚN FACTORES SOCIALES. REVISIÓN SISTEMÁTICA, EL LÍBANO Y BRASIL, 2017-2021."**, presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar por el título de Licenciatura en enfermería,  SÍ /  NO autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

---

**Camila Romero Zamora**  
1-1723-0227