



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA

DIPLOMADO EN GESTIÓN DE CALIDAD Y SERVICIOS DE SALUD

Adherencia del paciente crónico que acude al Subcentro de salud de Carcelén Bajo a la toma de medicación.

Tesis de grado

AUTOR: Andrade, Vélez, Mónica, Patricia, Dra.

DIRECTOR: Herteleer, Clement, Rene, Johan, Dr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2011

CERTIFICACIÓN

DR: JOHAN HERTELEER

DIRECTOR DE TESIS DE GRADO

CERTIFICA

Que el presente trabajo de investigación denominado adherencia a la medicación del paciente crónico que acude al Subcentro de salud de Carcelén Bajo realizado por el profesional en formación Andrade Vélez Mónica Patricia cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja tanto en el aspecto de forma como de contenido por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Quito 20 Septiembre 2011

f.....

DIRECTOR

CESIÓN DE DERECHOS

Yo Mónica Patricia Andrade Vélez, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

Quito, 20 Septiembre, 2011

f.....

AUTORA DE LA TESIS

CI 1708170855

DEDICATORIA

DEDICO ESTA TESIS QUE REPRESENTA TODOS LOS ESFUERZOS PARA CULMINAR ESTE POSTGRADO A TODOS LOS QUE DE UNA U OTRA MANERA ME HAN AYUDADO A CUMPLIR CON LOS MISMOS. COMO SON MI FAMILIA, AMIG@S Y COMPAÑER@S DE TRABAJO.

f.....

AUTORA

AGRADECIMIENTO

MI ETERNA GRATITUD A MI FAMILIA QUE DURANTE ESTOS MESES MIENTRAS ESTUDIABA Y DESARROLLABA LA TESIS HAN ESTADO RELEGADOS, PERO SIEMPRE PRESENTES. A MI DIRECTOR DE TESIS, A MIS AMIGOS, AMIGAS, COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS DE TRABAJO QUE ME HAN AYUDADO EN EL DESARROLLO DE LA PRESENTE TESINA.

f.....

AUTORA DE LA TESIS

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	II
AUTORIA	III
CESIÓN DE DERECHOS	IV
RESUMEN	
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
INTRODUCCION	12- 13
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
HIPÓTESIS	16
JUSTIFICACIÓN	17 - 18
1.- CAPÍTULO I	
1.1. MARCO TEÓRICO	20 - 28
1.2. MARCO CONCEPTUAL	29 - 33
2.- CAPITULO II	
2.1 ANÁLISIS SITUACIONAL	34
2.2 CONTEXTO NACIONAL	35
2.3. INTERVENCIÓN OPERATIVA	36 - 40
2.4 EVALUACIÓN ANALÍTICA	41 - 85

3.- CAPITULO III

3.1 DISEÑO DE INTERVENCIÓN	86
3.2 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	87- 90
3.3 EVALUACIÓN OPERACIONAL	91 – 92
3.3 LOGRO DE OBJETIVOS	93- 95

4.- CAPITULO IV

4.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96- 97
------------------------------------	--------

BIBLIOGRAFIA	98- 99
--------------	--------

ANEXOS	100- 108
--------	----------

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo fue realizado en el Subcentro de salud de Carcelén Bajo que es una unidad de atención primaria perteneciente al MSP queda en la ciudad de Quito.

Se reunió a las personas con patologías crónicas como diabetes, hipertensión arterial y se les sometió a un test para saber si había o no adherencia a la medicación y comprobamos que no la había.

Por tal motivo realizamos diferentes estrategias entre las que estuvieron sensibilizar sobre lo que son las enfermedades crónicas, la importancia de tomar en forma diaria y regular la medicación.

Luego de esto se realizó talleres para indicarles diferentes formas de actuar con la finalidad de adherirse a la toma de medicación

Para las personas analfabetas creamos una hoja con dibujos indicando sol para el día, luna para la noche y con colores marcamos tanto en la hoja como en las cajas de medicación.

Se realizó visitas frecuentes para contar la medicación y vigilar si hacían o no lo recomendado obtuvimos un gran éxito en el 95% de los casos 2 pacientes no quisieron incluirse en esto y uno se encargó su hijo.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son una de las patologías más frecuentes que se dan pasados los 40 años, tanto en hombres como mujeres., de todas las patologías en nuestra unidad operativa se ve más hipertensos y diabéticos.

Estas enfermedades siendo tan importantes y frecuentes en muchos países del mundo y que tienen medicación de fácil acceso son sin embargo las enfermedades que aún ocasionan los mayores problemas de morbimortalidad, por las comorbilidades que generan.

Nos enfrentamos con este problema cuando los pacientes acuden a sus controles y aún están con presiones altas o con glucosa elevada, lo que nos llama la atención ya que en igual que en otros lugares nuestra unidad operativa dispone de la medicación básica desde hace más de dos años, y se les entrega en forma regular, los pacientes indican que sí toman la medicación.

Sin embargo nosotros creemos que los valores de presión alta y glicemia elevada que no descienden se deben a que la medicación no es tomada en forma regular y si se les termina no acuden a retirarla ya que dan prioridades a otras cosas de casa y como último recurso acuden a la unidad cuando se sienten nuevamente enfermos.

Con todo lo anteriormente dicho se ha visto que hay una carencia de adherencia a la toma de medicación, y que muchos de los pacientes son solamente personas pasivas que lo que desean es recibir su tratamiento sin tomar en cuenta los riesgos de no hacerlo, claro está que esto también es un problema de los profesionales por no enseñarles todo su enfermedad y darles paso a ser sujetos activos en el manejo de la misma.

Con este panorama he creído que es bueno averiguar qué pasa en realidad con estos pacientes, no hay adherencia, es este un problema para ellos? Podemos conocer las causas, la razón por la que estas ocurren y sobre todo podemos hacer algo para remediarlo?

Afortunadamente la unidad ha decidido darles citas previas con la finalidad de que asistan a tiempo y no se queden sin tomar la medicación. Además se les ha explicado y algunas personas están empezando a tomar conciencia de su problema, mientras que otras aún no ya que como sabemos estas son enfermedades crónica para las que generalmente deben tomar medicación de por vida.

Esperemos que con esta y otras estrategias consigamos modificar la adherencia para que evitemos a futuro las múltiples complicaciones que les pueden llevar incluso a la muerte a muchos de estos pacientes.

OBJETIVOS

General:

Conseguir la adherencia de los pacientes a la toma de medicación, con la finalidad de evitar la morbi-mortalidad que ocasionan las enfermedades crónicas.(hipertensión y diabetes)

Guiar y educar a los pacientes crónicos en la importancia de la toma de medicación, en forma regular y permanente.

Lograr que el grupo de pacientes crónicos se concientice en la importancia de crear una rutina de la toma de medicamentos y si es posible modificar su estilo de vida.

Específicos:

Implementar estrategias que ayuden a los pacientes a tomar sus medicamentos.

Mantener la información permanente con la finalidad de que los pacientes puedan acudir cuando necesiten para recibir ciertas charlas o lo que deseen conocer sobre su enfermedad y la medicación que toman.

Instruir al paciente en la importancia de acudir a los controles en forma frecuente y ser parte del club de enfermos crónicos.

Lograr que todos los que trabajamos en la Unidad Operativa estemos siempre dispuestos a colaborar con los enfermos crónicos.

Mantener reuniones y grupos focales para que nos cuenten sus experiencias.

Ayudar a que las personas con uso de medicación crónica sean apoyadas por sus familiares.

Conseguir que en ciertos casos donde los pacientes no puedan por sí solos tomar la medicación, sean ayudadas por algún familiar cercano.

Realizar charlas para promover la importancia de la adherencia al tratamiento tanto en los pacientes como en sus familiares si es posible.

Crear las ayudas memorias para los pacientes para que lleven a sus casas y no olviden de tomar la medicación.

Integrar en esta tarea también al Área de Salud con la finalidad de que nos mantengan abastecidos de la medicación, en forma permanente.

HIPOTESIS

Lograr que los pacientes con patologías crónicas, tomen a su cargo sus enfermedades y acepten la toma de la medicación en forma diaria, con la finalidad de disminuir o evitar las patologías aledañas y/o la muerte. Esto lo lograremos con la ayuda de charlas educativas, ayudas memorias para que se lleven a sus casas y pedir la ayuda de las personas cercanas a este grupo de pacientes sean estos familiares o vecinos.

Conseguir que este tipo de paciente forme parte del grupo de cambio y logre modificar su estilo de vida, con autocontroles, teniendo ellos un pleno conocimiento de su enfermedad y se vuelvan protagonistas del control de toda su vida así: Implementar medidas de autocuidado y /o modificación de estilos de vida con la finalidad de que estos sean saludables.

Una de las formas sería fomentar la disciplina en la alimentación y actividad física.

Realizarse controles frecuentes tanto de tensión arterial como de la glucosa y lograr que acudan a los controles en forma regular y saber que si ellos modifican su estilo de vida ya está ganada la mitad de la lucha.

JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo sobre la adherencia de los pacientes crónicos a la toma de medicación es importante ya que nos indicará que sucede con ellos, cual es la razón para que ellos pese a existir la medicación y darles citas previas aún tienen valores elevados de presión arterial en los casos de Hipertensión arterial y glicemias altas en el caso de Diabetes, además queremos con este conocimiento educar con la finalidad de que el paciente logre adherirse a la medicación, sea no sólo un receptor sino una parte activa que colabora y expresa sus necesidades.

Siendo estas patologías que son las que más posibilidades tienen de complicarse y producir la muerte de los pacientes, nuestro afán es lograr que cada paciente concientice su problemática y logre entender que la medicación es su mayor ayuda, a más de las medidas como son modificar sus estilos de vida, sin embargo en esto hay que tomar en cuenta que muchos de los pacientes ya son adultos mayores y en esa etapa es más difícil cambiar costumbres pero en ellos intentaremos que no se olviden de tomar la medicación y que sus familiares los apoyen, para lograr al final un cambio de evitar las complicaciones a lo máximo.

Lo que deseo conseguir es la disminución de comorbilidades en los pacientes crónicos con la toma adecuada de medicación.

He tomado la idea de realizar el estudio en el grupo de adultos mayores, ya que es un grupo que la unidad ya lo tiene conformado desde hace 3 años, con los cuales se tiene frecuentes reuniones, es colaborador y se ha estado intentando que acudan en forma más regular.

Dentro de nuestra unidad no se ha realizado ningún estudio de este tipo, ni tampoco en nuestro país, sin embargo vemos que cuando acuden tienen problemas de su

enfermedad y al preguntarles por qué es esto, la mayoría indica que no sabe la causa porque según ellos si toman la medicación pero los valores de presión/glucosa que son los indicadores directos no nos confirman estos datos.

Es mi deseo realizar esta tesis con la finalidad de verificar si existe o no adherencia al tratamiento en estos pacientes, que es el grupo que tiene enfermedades crónicas y que “deben” tomar la medicación diariamente y de por vida.

CONTENIDO DE LA TESIS

El presente trabajo va a constar de los siguientes capítulos, en los cuales iremos desarrollando de forma paulatina nuestro problema, lo analizaremos y describiremos las posibles intervenciones y soluciones al mismo.

Así tenemos en el Capítulo I se hablará sobre el marco teórico y conceptual, es decir indicaremos toda la información que existe al respecto en otros países y en el nuestro e indicaremos los conceptos básicos sobre adherencia y sobre las enfermedades que estamos investigando.

En el Capítulo II hablaremos sobre el análisis situacional tanto nacional como local, describiremos el problema, con sus causas y efectos e iniciaremos el estudio del mismo con análisis operacional y analítico.

En el Capítulo III hablaremos sobre el diseño de la intervención, qué estamos haciendo para lograr solucionar este problema. Actividades realizadas o que están por realizarse.

El Capítulo IV son nuestras conclusiones y recomendaciones

Y terminaremos con la bibliografía y anexos.

A continuación iniciaremos con el desarrollo de estos capítulos.

CAPITULO I

1.1 MARCO TEORICO-CONCEPTUAL.

Antes de ir claramente al tema de adherencia, en enfermedades crónicas, veamos los diferentes conceptos que hay sobre la misma y que sabemos de las enfermedades crónicas que más nos interesan en nuestro estudio::

El término crónico viene del griego Chronos que significa tiempo, sin embargo este nombre no indica gravedad, así por ejemplo hay enfermedades crónicas que no tienen ninguna gravedad como por ejemplo la Rinitis alérgica crónica y otras muy graves, al poner el adjetivo crónico puede este indicar que no es curable, salvo en escasas excepciones. (valdes, 2006)

Estas enfermedades tienen una alta prevalencia, en general se incluyen en este término todo tipo de enfermedades, algunas invalidantes otras no. Para el año 2005 la OMS calculó que fallecieron 35 millones de personas con alguna enfermedad crónica, la mitad de este grupo eran mujeres menores de 70 años. (OMS, 2007) Sin embargo las enfermedades crónicas afectan a cualquier edad, pero más se las ve en edades mayores de 40 años.

Entre estas las que más nos interesan en nuestra investigación son la diabetes e hipertensión arterial que son las patologías más frecuentes en nuestra unidad de salud.

Diabetes: es una condición crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar efectivamente la insulina que

produce. Los más graves problemas se ven en: ojos, riñones, corazón, nervios y vasos sanguíneos en pacientes no controlados adecuadamente (MSP, Guías para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, 2005)

Dentro de esta tenemos: la diabetes juvenil o insulino – dependiente su frecuencia a nivel mundial está entre 5 y 10 % de todos los casos de diabetes. En nuestro país la frecuencia es menor. Se presenta en época temprana de la vida, y se caracteriza por presentar deficiencia absoluta de insulina por destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes o idiopáticos. Tiene un gran componente genético los síntomas se presentan bruscamente y para su tratamiento inevitablemente se necesita de insulina. (MSP, 2005)

La diabetes Mellitus tipo 2 es conocida como no insulino dependiente o diabetes del adulto, la frecuencia es el 96% de los casos se relaciona con sobrepeso u obesidad en el 80% de los casos (MSP, 2005) (Klaus, 2008)

Se caracteriza por una deficiencia relativa de la secreción de la insulina asociada a insulino-resistencia es decir hay una inadecuada respuesta de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, impidiendo la utilización en forma adecuada de la glucosa Los pacientes permanecen silentes muchos años ya que el aumento de la glucosa se desarrolla en forma gradual. (Harrison, 2000)

Comienza luego de los 35 años se asocia muchas veces a la hipertensión arterial y a otras alteraciones metabólicas las cuales ya están presentes al diagnóstico en un 50%, pueden ser hereditarias y se debe hacer notar que más del 50% de los pacientes desconoce su enfermedad por largos años. (MSP, 2005)

Hipertensión arterial: es la subida de la presión arterial, que sobrepase los límites normales, se considera esta cuando la presión sistólica es $>$ a 140 mmHg y la diastólica $>$ a 90 mmHg. (MSP, 2005)

Es muy importante el diagnóstico a tiempo ya que se ha visto que en personas mayores de 50 años con presión sistólica mayor a 140 mmHg existe mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y que en pacientes desde 40 a 70 años por cada incremento de 20mmHg en la presión sistólica y 10mmHg en la diastólica se duplica el riesgo de Accidentes cerebro-vasculares. (MSP, 2005) Cabe anotar que la mayoría de los pacientes que sufren esta enfermedad deberán tomar dos o más medicamentos para conseguir el objetivo final.

Cuando las alteraciones como las anteriores se juntan en un individuo y además aparece obesidad, aumento de colesterol, etc se produce un síndrome conocido como “*Síndrome Metabólico*”, el cual es más difícil de tratar.

La atención a estos pacientes debe ser una prioridad ya que se debe insistir en facilitar el acceso a estas personas para que tengan oportunidad de diagnóstico y tratamiento, facilitar la continuidad, enseñar a la adherencia a la toma de medicación y fomentar la atención con el propósito de evitar mayores daños en su salud. Encontramos entonces que para conseguir la adaptación los pacientes deben estar motivados, y sobre todo deben conocer su enfermedad en su totalidad

Muchas de estas enfermedades están relacionadas con los estilos de vida y con el envejecimiento de la población. Estas enfermedades llamadas también “no transmisibles ni contagiosas “ se originan más como hemos visto por estilos de vida, no saludable, alimentación rica en grasas, sedentarismo, falta de ejercicio físico, malas posturas al caminar o al sentarse, uso de drogas y por supuesto predisposición genética.

Hay que anotar que ciertas enfermedades como el VIH han pasado a formar parte de este grupo de enfermedades crónicas ya que los pacientes con tratamiento de antirretrovirales pueden tener una vida casi normal y vivir mucho tiempo, pero igualmente deben tomar medicación de por vida (Rosa, 2010). Las enfermedades crónicas, no se distinguen al azar, se las ve en determinadas personas, familias, comunidades y se pueden dar tanto por causa genética como por problemas del ambiente en el cual vivan y como sea su contexto.

Además se debe tomar en cuenta que la pobreza es en sí, un determinante ya que va acompañada de falta de educación formal, falta de expectativas sociales, hábitos de vida perjudiciales para la salud. Esto llega mucho a nuestra unidad ya es una zona donde existen quintiles de pobreza, según dice el SIISE (SIISE, 2005) la parte de Distrito Metropolitano que más pobreza tiene es el área del norte de Quito el sector de Cotocollao, que es a donde nuestra unidad operativa pertenece.

Estas enfermedades comparten varias características como son de que van dañando lenta y silenciosamente nuestra salud, son irreversibles ya que ocasionan el deterioro de uno o más órganos, limitando seriamente sus funciones, (wikipedia, 2004) ya que necesitan tiempo para desarrollarse y manifestarse. Destruyen progresivamente los órganos hasta dañarlos y todas pueden llegar a complicarse y desencadenar otro tipo de enfermedades.

Pueden ser incapacitantes, ya que limita severamente al enfermo para realizar ciertas actividades. Cuando estas enfermedades son detectadas a tiempo, algunas son controlables hasta el punto de permitir que el individuo viva con calidad sin embargo, siempre requieren de un control médico sistemático y permanente, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales.

El costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas

frecuentes .A más del sufrimiento humano que ocasionan estas enfermedades, existe también el costo de las mismas que cada vez representan un porcentaje mayor en las economías, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. (OMS, 2007)

La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante. Para ello es preciso que los dirigentes nacionales que están en condiciones de reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas, así como la comunidad de salud pública internacional, adopten un nuevo enfoque. Ya que por ejemplo tenemos que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres (diccionario, 2010).

Hay que tomar en cuenta que muchas de estas enfermedades son prevenibles y tratables pero una de las cosas que se debe hacer es modificar el estilo de vida, lo que se ha visto que es el mayor problema, ya que mal o bien la medicación la podrían tomar pero cambiar su forma de vida es sumamente difícil.

Entre estas enfermedades se encuentran: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, obesidad, tumores malignos, insuficiencia renal etc, las mismas que en nuestro país desde hace dos décadas se han convertido en las primeras causas de muerte y discapacidad. (MSP, 2005) y comparten las siguientes características:

- Origen asociado con el estilo de vida.
- Evolucionan de manera progresiva a través del tiempo
- Muchas veces su primera manifestación corresponde a la agudización de alguno de los problemas que las acompañan
- Varias de ellas actúan como condicionantes o favorecedoras de otras
- Todas se benefician de las mismas medidas. (valdes, 2006)

Esto es con respecto a las enfermedades crónicas veamos ahora de qué se trata la adherencia según diferentes puntos de vista así tenemos:

Para la física es: Unión física que resulta de haberse pegado una cosa con otra. (wikipedia, Adherencia, 2004)

En la química: Es la fuerza que se opone a la separación de dos cuerpos puestos en contacto íntimo. (wikipedia, Adherencia, 2004)

En medicina: *Es el grado de acatamiento o adopción de las prescripciones médicas por parte del paciente.* (wikipedia, Adherencia, 2004)

Es decir en general se puede decir que adherencia es la fuerza que se opone a la separación de dos cuerpos.

Como vemos cada materia tiene su interpretación de la adherencia, pero a nosotros nos interesa el significado médico el cual dice que el paciente debe acatar las prescripciones o el tratamiento.

En nuestro país no se ha encontrado ningún tipo de investigación sobre adherencia, pero como veremos son muchos los países que sí lo han hecho, así tenemos:

“Se han realizado investigaciones sobre adherencia terapéutica en pacientes con patologías crónicas renales, en pacientes neumológicos, en hipertensos, en los diferentes tipos de cáncer, en los tratamientos activos antirretroviral en pacientes con SIDA, en obstetricia y ginecología, fundamentalmente, durante el embarazo de riesgo y en la anticoncepción en adolescentes. A pesar de constituir un tema joven dentro de las ciencias de la salud han sido numerosos los estudios desarrollados en esta dirección, resultando útil su aplicación en todo tipo de problema de salud. España, auspiciado por la sociedad española de quimioterapia, han realizado

múltiples investigaciones sobre el cumplimiento terapéutico en la antibioterapia (OMS, Enfermedades Crónicas recomendaciones, 2006)

De igual manera se han realizado numerosos estudios con respecto al complejo problema del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente, así como también con la organización y calidad de los servicios de salud. (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006)

Así nos hablan en el Congreso de México del 28 de Julio del año en curso sobre que las enfermedades crónicas se han convertido en el mayor reto de la Medicina del siglo XXI principalmente por el aumento de la obesidad y sobrepeso que ya se está viendo en tempranas edades, lo que formará adultos enfermos entre ellos con diabetes e hipertensión arterial, que serían las más comunes por este motivo han decidido crear una institución que se dedique a estas patologías porque es muy difícil que cumplan con el objetivo que es la toma de la medicación. (OMS, Enfermedades Crónicas y Prevención de la Salud, 2007)

De la misma manera, China considera que se han ido aumentando el apareamiento de ENT (enfermedades no transmisibles sobre todo, diabetes e hipertensión), son las causantes de otro tipo de dolencias como problemas cardíacos, y son las principales causas de muertes prematuras, (Klaus, 2008) de mala salud e incapacidad física y responsable de un gran porcentaje de muertes anuales por falta de adherencia.

Hasta para la OMS (OMS, Enfermedades Crónicas y Prevención de la Salud, 2007) el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud, así describe, las intervenciones empleadas para tratar enfermedades crónicas e indica que el paciente es un receptor pasivo que debe cambiar y ser colaborador activo en el proceso de tratamientos, es decir que estos deben ser socios activos con los profesionales de la salud, por ende debe existir buena comunicación entre ambos. (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006) Lo cual es igual a lo que los otros estudios indican, como los investigadores

Mierkabaum y Turk que desde 1991 son los que más han estudiado la adherencia identificaron cuatro variables y múltiples factores relacionados con la misma, al tratamiento. (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006) Entre ellas las más importantes son:

Variables del paciente. Características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos. (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006)

Variables de la enfermedad. Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas). (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006)

Variables del tratamiento. Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características del tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; y efectos secundarios de la medicación (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006)

Variables de la relación como la comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada. (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006)

La no adherencia al tratamiento entonces sigue siendo un problema universal, sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento. Además con relación a los pacientes hipertensos se plantea que la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento es realmente muy baja dados los cambios en el estilo de vida y la toma de medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos. (Rodríguez, 2004), complementa que a medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento. (Rodríguez, 2004)

En cuanto a los modelos para explicar la conducta de adhesión, los dos más utilizados son: Los *modelos biomédicos* y los *conductuales*. Los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico. Así mismo, los modelos conductuales se presentan en tres categorías: Los modelos operantes que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión. Los modelos de comunicación que buscan mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión. (Amigo, 2004)

La conducta de adhesión al tratamiento se ha relacionado entonces con la autoeficacia, la cual se encuentra correlacionada positivamente con las conductas de salud deseadas. Según el investigador Amigo, (Amigo, 2004), citando la Teoría de la Autoeficacia de Bandura, (Bandura, 2000) la que hace referencia a la convicción de la persona, de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados. Y propone que Actitud + Influencia social + Auto-

eficacia, hacen que el paciente tenga una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, una influencia social que le incite a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de tomar la medicación como ha sido prescrita. (Bandura, 2000) (Amigo, 2004)

Por su parte, los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (sean estos de prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud. (Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al, 2006)

Por esta razón en la relación salud-enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico. (OMS, Enfermedades Crónicas recomendaciones, 2006)

Hay que tomar en cuenta que este problema es casi exclusivo de las enfermedades crónicas cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No existe un consenso al cual se le indica en qué momento pasa una enfermedad a llamarse crónica, pero como término medio se considera así a toda enfermedad que dure más de 6 meses. (valdes, 2006)

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. (wikipedia, Adherencia, 2004)

Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que esta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo. (Ingarama, 2009)

Con todo lo expuesto tenemos ya un conocimiento sobre lo graves que pueden ser estas enfermedades por esta razón es mi interés en revisar el grado de adherencia que tienen los pacientes a la toma de medicación, ya que como vemos es la adherencia es la base de calidad de vida.

Esto es una realidad en nuestra unidad operativa todos los días acuden este tipo de pacientes en busca de ayuda sobre todo para conseguir la medicación la cual cada día es más costosa y eso imposibilita tomarla en forma permanente, sin embargo que piden la medicación, no la toman como es debido.

En el Subcentro de Salud de estas enfermedades, se ven más pacientes con diabetes, hipertensión arterial y ciertos adultos mayores con EPOC estas son las enfermedades que más acuden a atención primaria ya tenemos a disposición la medicación básica para las dos patologías desde hace 3 años, claro que no todo y en la cantidad requerida, pero sí existen lo cual evita que el paciente gaste su dinero para las mismas.

Entre las medicaciones tenemos glibenclamida de 5 mg y metformina de 850mg para la diabetes e insulina de acción media, afortunadamente en nuestra unidad sólo un paciente necesita la insulina. Estas medicaciones van muy bien en los pacientes que la toman de forma regular y como veremos existen muy pocas complicaciones.

En cambio para hipertensión disponemos en la unidad: enalapril de 10 y 20 mg y losartan de 50 mg, son buenos medicamentos, pero en hipertensión estas dos medicaciones no son suficientes para controlar la enfermedad, a veces se necesitan de combinaciones de medicaciones sobre todo en las personas de la tercera edad, y en pacientes de raza negra, estos productos no dispone el MSP. Esto podría ser una causa por la que los pacientes se ven obligados a comprar la medicación y al no disponer de dinero no lo hacen por lo que no adquieren adherencia al mismo y su enfermedad progresa.

Lamentablemente hay pacientes que pese a darles la medicación, no les gusta tomar, se olvidan mucho, no acuden a retirarla, cuando se les termina y como indican que no tienen molestias creen que están sanos y acuden nuevamente cuando el problema se ha vuelto grave.

Hay otros casos en que como adultos mayores que son no pueden o no toman la medicación solos, por lo que necesitan de alguien que les dé y les haga acuerdo y a veces estas personas no hay.

Con todo esto hemos visto que el problema es muy complejo y que como casi todos tenemos algún familiar con enfermedad crónica, nos ha tocado ver su gran problema y sus sufrimientos lo que nos indica que estas enfermedades llevan consigo también un gran problema social.

Como hemos visto aunque estas enfermedades acarreen muchos problemas pueden ser prevenibles y tratables pero, paradójicamente pese a los avances en ayudas diagnósticas y en fármacos cada vez más mejorados, no han logrado controlar cifras de presión alta, de glucosa elevada, y por ende no han logrado reducir la morbimortalidad que estas enfermedades provocan. (Ingarama, 2009)

Se debe aclarar que en estas enfermedades se conocen los factores de riesgo, algunos son prevenibles y modificables pero para esto se requiere que los pacientes entiendan su realidad, el impacto de estos factores y que se propongan modificar el estilo de vida. Todo esto se traduciría en un compromiso de estos pacientes a cumplir a cabalidad lo encomendado y un compromiso de los profesionales a colaborarles en todo y a darles la medicación acorde a su patología.

Sin embargo pese a ser un gran problema no existen datos realizados en nuestro país, sobre adherencia, lo que sí existe es una guía de cómo se deben tratar las enfermedades crónicas que hizo el MSP en el año 2004 en la cual se indica cómo llegar al diagnóstico, qué exámenes se deben realizar, algoritmos a utilizar y también qué medicación y cómo darla, a qué pacientes, se indica además cómo enseñar la dieta y se recomienda el uso de ejercicios pero no habla nada de cómo ayudar a que estos pacientes tomen siempre la medicación. (MSP, Guías de tratamiento para el adulto mayor y enfermedades crónicas, 2009)

Con todos estos datos que hemos encontrado de otros países vemos que para todos ellos es un gran problema la adherencia, por este motivo es mi interés investigar qué es lo que pasa en este aspecto con los pacientes que acuden a nuestra unidad de salud.

Así tenemos que al igual que nosotros encontramos este problema, la OMS ha insistido que se debe cambiar las estrategias en este tipo de enfermedades, con la finalidad de conseguir que los pacientes con el uso crónico de medicación sean adherentes de las mismas y además que se sientan comprometidos con su enfermedad y sean partes activas de la misma. (OMS, Enfermedades Crónicas y Prevención de la Salud, 2007)

Como hemos visto estas enfermedades no sólo necesitan medicación sino también la modificación del estilo de vida, alimentación equilibrada, un buen nivel de actividad física y medidas adecuadas para reducir el estrés.

Por supuesto deben ir acompañadas de las medicaciones si así lo requiere la enfermedad, lamentablemente más del 95 % así lo requiere, (MSP, Guías de tratamiento para el adulto mayor y enfermedades crónicas, 2009) pero es muy difícil para ciertas personas modificar su dieta, incluir ejercicio en forma rutinaria, ya que no son costumbres como parte de nuestra cultura y a las cuales la mayoría de las personas no le dan importancia.

Afortunadamente los pacientes tienen acceso a la unidad de salud, ya que se encuentra ubicado a la entrada del barrio y de la parte más alejada no se demorarán más de 30 minutos caminando.

Ellos tienen confianza en la unidad de salud como ya veremos que nos indican y si hay percepción buena de la misma, con respecto a nosotros como profesionales creemos que este es un trabajo que lo debemos hacer despacio porque pese a ser pacientes colaboradores son ya mayores y no les gusta mucho cambiar, sin embargo es aquí donde tenemos que intervenir con diferentes estrategias para lograr el cambio deseado por tal motivo antes de decidir qué hacer se les realizó una encuesta con la finalidad de saber si son o no adherentes y luego investigamos las posibles causas de la misma.

Con estos datos pudimos ya realizar las intervenciones, las cuales las continuamos haciendo y lo seguiremos haciendo hasta conseguir nuestros objetivos.

Veamos entonces donde se realizó esta investigación y que resultados obtuvimos de la misma.

CAPITULO II

2.1 ANÁLISIS SITUACIONAL.

El siguiente trabajo fue realizado en el SCS de Carcelén Bajo, el cual es una unidad de atención primaria perteneciente al MSP.

Esta unidad se encuentra ubicado al norte de Quito, en la parroquia Cotocollao, sus límites son: al Este barrio San José de Morán y al Oeste la quebrada Almeida y el barrio la Josefina, todo el barrio está circunvalada por la vía Perimetral.: Al norte quebrada Almeida y el barrio de Pomasqui, al Sur barrio Carcelén Los Barrios son los siguientes: Carcelén Bajo, Josefina, Mastodontes, Cooperativa 29 de Abril, Valle de Carcelén, Cooperativa 29 de Julio Atacaba. Además acuden a nuestra Unidad personas del barrio Corazón de Jesús, una parte de Carapungo del barrio San José de Morán, porque les queda más cerca nuestro Subcentro, personas de Carcelén Alto y de otros lugares aledaños así como lejanos. (bajo, 2010)

Hace 25 años y en vista de que la comunidad seguía creciendo, la población sintió la necesidad de un servicio de Salud, para lo cual pidieron ayuda al Ministerio de Salud Pública y con este apoyo y la colaboración barrial se creó el Subcentro de atención primaria. Para ubicar al personal médico que acudió allí, cogió la comunidad una de las áreas verdes donadas por el Municipio y construyeron realizando mingas los moradores de ese entonces unos canchones que servirían como Subcentro de Salud.

Actualmente contamos ya con una unidad de salud de dos plantas que tiene para prestar servicio a la comunidad, medicina general, cirugías menores (suturas)

emergencias, vacunas, obstetricia, odontología y los días lunes psicología y trabajo social.

Para lo cual contamos con 2 médicas de planta y desde hace 1 mes con una doctora rural que colabora con nosotros los días lunes, miércoles y viernes, 2 odontólogos de planta y una odontóloga que igualmente presta ayuda en las tardes hasta que terminen la construcción del área de salud a la cual ella pertenece. Hay 2 enfermeras, una obstetriz, una persona para estadística y un mensajero que realiza también funciones de limpieza y consejería. Los días lunes acuden a la unidad la Lcda trabajadora social y el Psicólogo.

Tenemos un buen trabajo en equipo y todo el personal se lleva muy bien, además hay reuniones constantes con los líderes barriales como son el Comité Promejoras y el Comité de Salud con los cuales existe igualmente una buena relación.

Nuestro Subcentro de Salud queda a la entrada del barrio del mismo nombre existen dos líneas de transporte que dejan frente al Subcentro que es la Catar que se conecta ahora con el Metrobus y la línea Monserrat.

El Subcentro es de fácil acceso y no existe problema para llegar o salir. Queda a unos 2 kilómetros del hospital Pablo Arturo Suárez y a 1 Km. del Centro de Salud No 8 y del Patronato San José por el lado oeste y por el lado este 4Km con la Maternidad de Carapungo. Al extremo Sur Oeste queda a 6Km el Area 9. (bajo, 2010)

En este contexto local se desarrollo la investigación, con el apoyo de l@s pacientes crónicos que colaboraron y aceptaron contestar mis encuestas y la ayuda de todo el personal que hacemos la unidad de salud, los cuales estuvieron ayudándome a captar los pacientes y a llamarlos para que acudan, cabe aclarar que no todos lo hicieron ya que algunos tienen otras ocupaciones y además han salido de

vacaciones o simplemente no les gusta responder preguntas porque creen que es para quitarles el bono o para hablarles por el hecho de que se olvidan la medicación, además indican que como no quieren tener ningún problema, llegan hasta mentir para que todo siga igual y no les digan nada.

Estas son algunas de las razones por las cuales conseguimos la ayuda del 30% de l@s pacientes crónicos y que han querido ayudarnos en forma voluntaria.

A futuro con el cambio que deseamos implementar, estando más en contacto con l@s pacientes crónicos evitaremos que mientan sobre el uso o no de la medicación, y estos serán más colaboradores cuando se les realice un nuevo estudio.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Descubrimos que en nuestra unidad operativa la falta de adherencia a la toma de medicación si es un problema. Por este motivo hemos decidido hacer un análisis de esta situación con la finalidad de encontrar las posibles causas, claro está que son l@s pacientes los que deben contestarnos una serie de preguntas, y serán ell@s los que se incluirán plenamente en el cambio sugerido.

Así tenemos que intervinieron en este problema dos grandes grupos que son por un lado el personal de la unidad operativa y por el otro los pacientes crónicos.

Nuestro problema tiene una causa directa que es que el personal de salud, pese a que les atiende en forma satisfactoria, no les da todas las recomendaciones requeridas como son por ejemplo hablar de los riesgos de las enfermedades y sobre todo que puede pasar si la medicación no es tomada correctamente y el paciente se ha convertido en un ser totalmente pasivo que acata las órdenes de los profesionales sin tomarse en cuenta su opinión, claro está que esto casi nunca se

hace y ell@s tampoco están acostumbrados a preguntar mucho, sólo no necesario. Nosotros queremos cambiar esto, veamos nuestros problemas y las posibles causas de los mismos.

También tiene una causa indirecta, que son los pacientes, ya que dependemos de ellos para que se vuelvan partícipes de su enfermedad como entes activos que colaborarán con nosotros y juntos lograremos evitar complicaciones de sus enfermedades. Son ellos los que deben estar más interesados en el cambio.

Por este motivo vamos a iniciar nuestra investigación con la encuesta para saber si hay o no adherencia.

2.2. 1 Instrucciones operativas:

Se iniciará el estudio con la encuesta de Morisky Green Levine (Morisky, 2000) con la finalidad de averiguar si existe o no adherencia a la toma de medicación

Antes de realizarla se seleccionó los pacientes crónicos que acuden a la unidad operativa, revisando las historias clínicas y acudiendo a las reuniones de adultos mayores y club de diabéticos, con la finalidad de indicarles sobre el trabajo que realizamos y pedir la colaboración de ellos.

Iniciamos nuestro trabajo con la Implementación del test de adherencia a la toma de medicación para realizar un diagnóstico adecuado y conocimos que sucede con nuestros pacientes.

El test de Morisky es el más utilizado en todos los países, debe hacerse cuando están ya tomando la medicación y sirve para saber si existe o no adherencia al medicamento. Lamentablemente sólo nos indica si la persona es adherente o no pero no nos da las causas probables a ello.

Este test consta de las siguientes preguntas.

Test de Morisky-Green-Levine (Morisky, 2000) y *anexo 1*

¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?

Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?

Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder "SI" o "NO".

Según los autores y las validaciones por ellos publicadas, se consideran adherentes (ADH) a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no-adherentes (NAD) a quienes contestan SI a una o más. (Ingarama, 2009)

Con los datos recopilados los analizamos y procesamos y descubrimos que en verdad había más pacientes no adherentes que adherentes. Por tal motivo se decidió hacer una nueva encuesta la cual nos indique las posibles causas de esta falta de adherencia.

Esta encuesta fue validada primero con unos cinco pacientes para poder probarla y se hicieron los cambios, para poder implementarla (*anexo 2*)

Esta encuesta tiene 11 preguntas que están divididas en cuatro secciones que comprenden las posibles causas vistas desde la perspectiva del paciente, del profesional, la existencia o no de medicación y el aporte que da la unidad operativa, como tal.

La primera pregunta corresponde al conocimiento del paciente ya que se trata de preguntar si conoce sobre su enfermedad, riesgos de la misma, al preguntar decidí que el paciente cuente lo que conoce y no darle nosotros las posibles respuestas. Sólo se le ayuda cuando los pacientes dicen con sus palabras y nosotros para confirmar les damos la/las palabras médicas, para saber si estamos entendiendo bien o mal lo que ellos nos dijeron.

Casi todas las preguntas tienen la misma categorización lo que nos interesa saber cuántos hacen tal o cual cosa.

Las preguntas más se basan en qué saben los pacientes, cómo son atendidos en la unidad operativa, si existe o no la medicación y sobre todo, nos interesa saber si acuden porque tienen que ser controlados o porque ya se les terminó la medicación o porque se sienten nuevamente mal.

Todo esto nos dará la posibilidad de crear estrategias a cada problema, con la finalidad de modificar estas conductas.

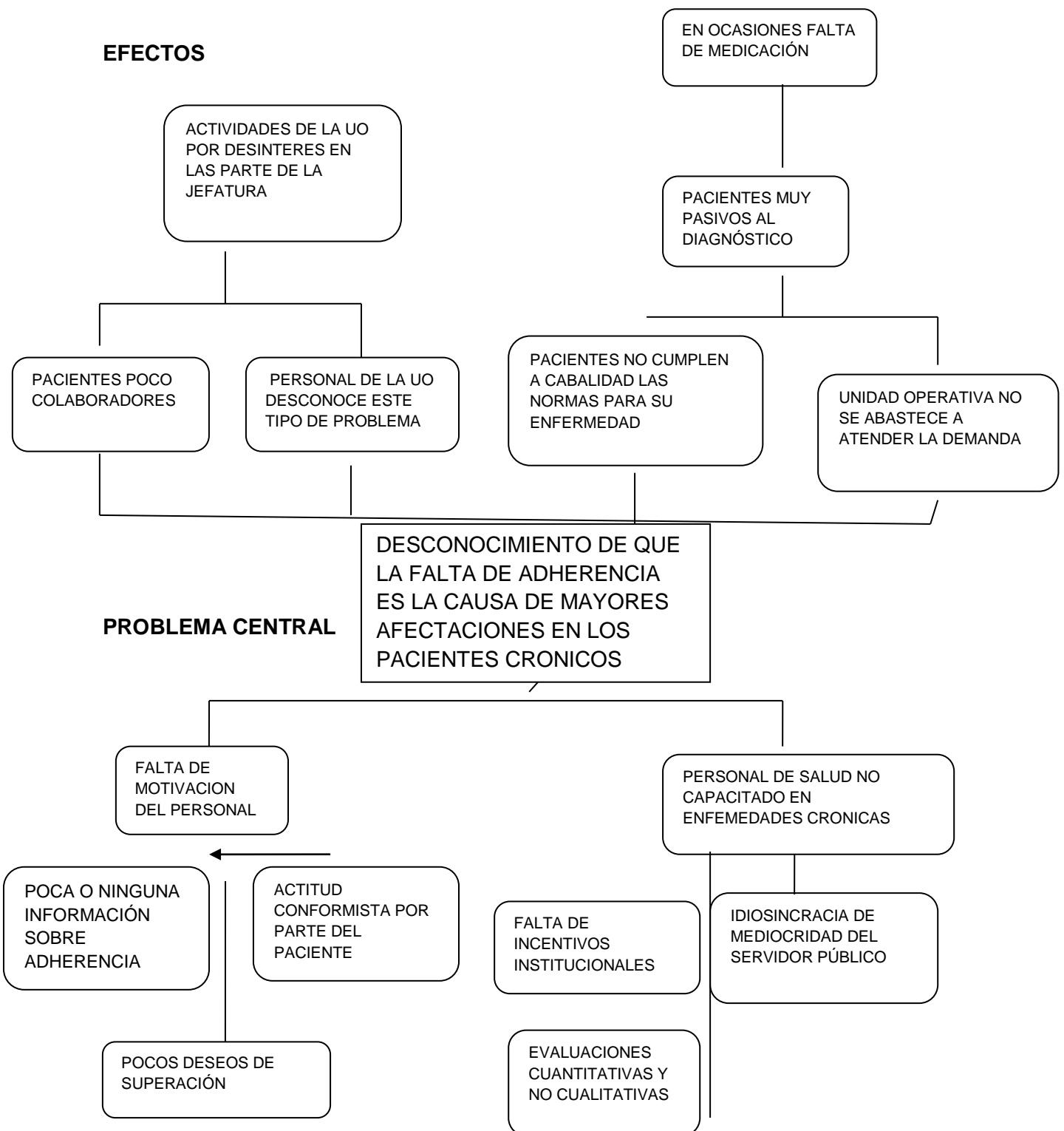
En la pregunta 10 al inicio decía que si acude o no al Subcentro decidí cambiarla ya que se supone que si les hago las encuestas es porque están acudiendo a la unidad operativa.

La encuesta se la realizó en forma individual y se fue haciendo las preguntas en forma pausada con palabras que los pacientes entiendan, ya que la mayoría de ellos son adultos mayores y tienen además problemas de audición. Por esta razón fue hecha en un lugar tranquilo y dándonos el tiempo necesario para conseguir nuestro objetivo.

Con estos datos elaboramos nuestro árbol de problemas y las posibles causas, las cuales pondremos a continuación.

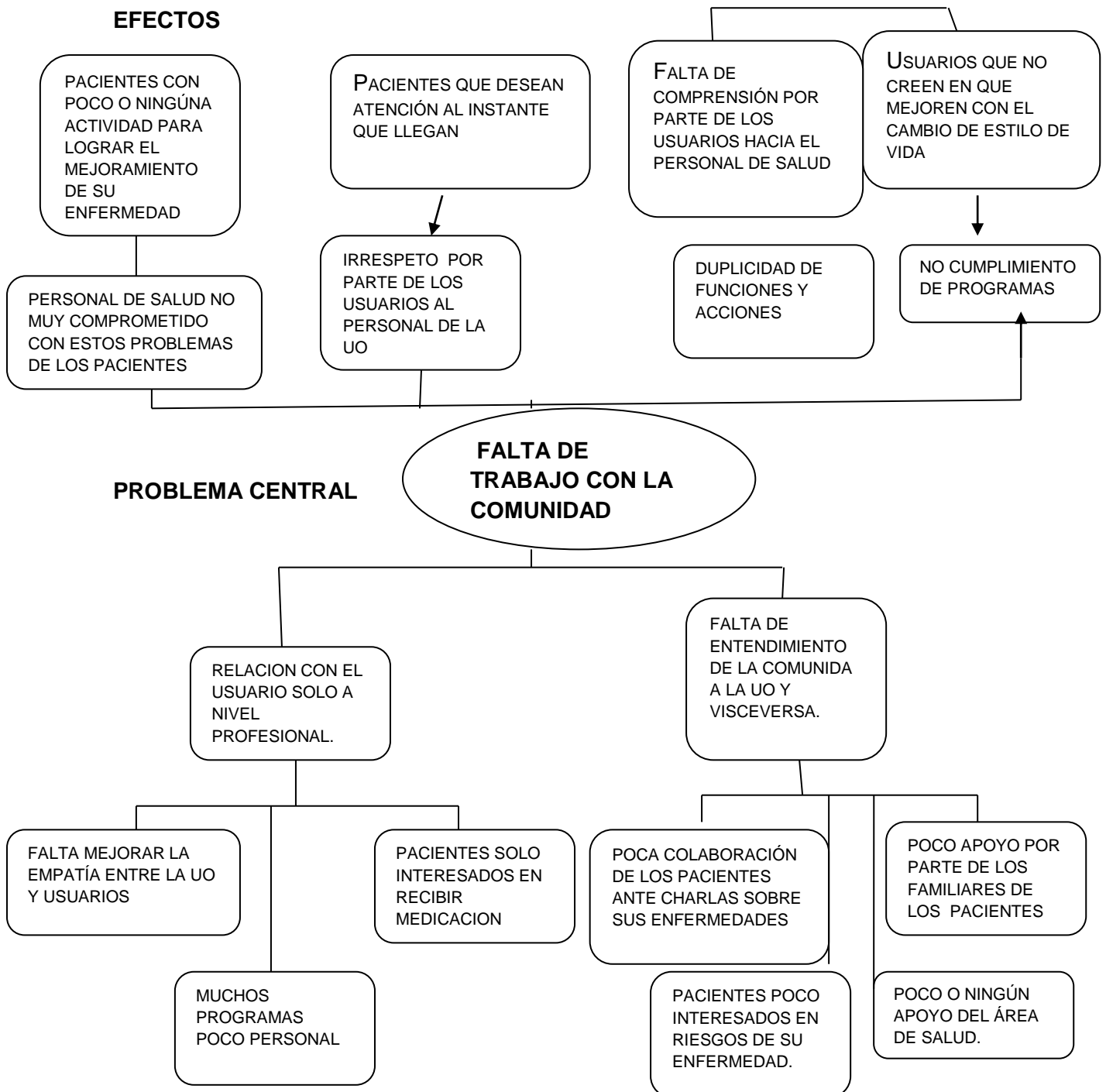
Una vez que hicimos esto nos reunimos todos los que conformamos la unidad operativa y con lluvia de ideas planteamos nuestras soluciones.

Veremos que causas y efectos creemos son los responsables de este problema de falta de adherencia en nuestros pacientes y veremos los análisis de las encuestas.



CAUSAS

ARBOL DE PROBLEMAS:



Ya con estos datos realizamos la tabulación de las encuestas para tener todos los problemas expuestos.

2.2.2 Evaluación analítica:

Primero indicaré que el grupo de pacientes escogidos es poco, pero se les invitó a las reuniones a todo el grupo de enfermos crónicos de los cuales acudieron solo 24 con los que pude trabajar, para la realización de la siguiente encuesta se les volvió a invitar pero tampoco acudieron solamente el grupo anterior, hay que tomar en cuenta que era época de vacaciones y algunos se han ido con sus hijos o nietos, sin embargo lo que sacamos para mí representa lo que sucede con el resto.

Indicaré la tabulación obtenida y ampliaré las explicaciones de los hallazgos más relevantes que obtuvimos en las mismas.

Como vamos a ver en la primera encuesta del test para saber si hay o no adherencia se la realizó a un grupo de 24 personas hipertensas de las cuales encontramos que 10 eran adherentes y 14 no adherentes, todos acuden a la unidad de salud de Carcelén Bajo y reciben desde hace más o menos un año la medicación para sus patologías.

Como podemos ver pese a que se les da la medicación en la unidad de salud, no todos son adherentes, hay que tomar en cuenta que los creadores de la encuesta indican que no son adherentes, las personas que a una de las preguntas responden si y en la segunda pregunta que dice que si es descuidado a la hora de tomar la medicación la mayoría respondía que a veces no toma a la misma hora sino cuando se acuerda.

Este ítem ya les hizo pasar al grupo de no adherentes, al descubrir que la mayoría de los pacientes no lo era decidimos averiguar qué es lo que pasa con ellos porque no cumplen su cometido que es tomar la medicación a la hora que es y en forma rutinaria, así que al mismo grupo le sometimos a una nueva encuesta encontrando:

La mayoría conoce lo que significa la enfermedad que tienen pero no todos conocen los riesgos que estas producen.

Me llamo la atención que en las personas diabéticas conocían sobre los riesgos que ocasionan esta patología, lo que no ocurre en el caso de la hipertensión arterial que sólo un grupo pequeño conoce los riesgos y esto me llama mucho la atención ya que en esta parte somos los profesionales médicos los que debemos comunicarles la importancia de conocer lo que es la enfermedad y que si no toman la medicación podrían llegar a mayores patologías.

Sin embargo hay que tomar en cuenta que los pacientes como en el caso de los diabéticos conocen más las complicaciones renales u oculares de esta enfermedad y subestiman o desconocen las enfermedades cardíacas y cerebrales que son las que mayor mortalidad producirán a futuro. Esto se debe en gran parte a que el profesional no se da el tiempo necesario para explicar cuando el paciente acude a la consulta.

Cuando se les preguntó sobre como conocen estos riesgos la mayoría indicó que lo sabían por familiares y amigos y algunos porque es dado esta información por el personal de salud.

A más indican que en ciertas farmacias hay información sobre la diabetes para saber cortarse las uñas y el tipo de ropa que deben usar, cómo cuidarse y la importancia de tomar tal o cual medicación pero que casi no hay mucha información sobre hipertensión arterial.

Esto es importante porque creo que como profesionales de salud nos falta mucho para poder indicar lo que es la enfermedad que tienen y si es posible darlo por escrito lo que es y ciertas normas de evitar riesgos, recomendar siempre el cambio de estilo de vida, creo que es una de las cosas que menos hacemos, como profesionales.

Claro está que esto sirve para las personas que pueden leer y que son algo jóvenes, ya que a las personas mayores lo que les interesa es que las medicinas no les de problemas y sobre todo que haya toda la medicación en la unidad de salud, para evitar gastar dinero que muchas veces no tienen o que sus familiares no desean gastar o tampoco lo tienen.

Para las personas que no pueden leer será conveniente explicarles cada vez que acudan a la unidad de salud, alguno de los riesgos con la finalidad de que lleguen a conocer a fondo su patología y se hagan responsables de las mismas para lograr la adherencia adecuada a la medicación.

En lo que respecta a los familiares con la misma enfermedad como era de esperarse la mayoría tiene familiares con similares patologías y ellos cuentan que algunos se tratan otros no porque como son enfermedades silenciosas y no tienen ninguna patología no le dan importancia a la misma y creen que si así lo hacen estas enfermedades desaparecerán.

Además esto es terrible porque también les dicen a nuestros pacientes que no tomen la medicación o lo que es peor que compartan la medicación, lo que hace que ni el uno ni el otro complete el esquema, se les ha indicado que por favor no hagan esto y que es preferible que traigan al resto de familiares.

Es grato encontrar que para la mayoría la unidad de salud si les sirve ya que se sienten muy satisfechos con el personal que allí está y que si le importa al personal la salud de los pacientes ya que siempre se les pregunta si han tomado la medicación y que si logran entender las recomendaciones dadas por el profesional en la mayoría de los casos.

Si saben si la presión baja con la medicación al igual que la glicemia, es un dato que lo tienen pendiente, lo cual es importante porque ya están adquiriendo como parte de ellos el conocer su enfermedad, pero sobre todo si la medicación hizo su efecto o no.

Nos dimos cuenta que en la mayoría de ellos la medicación no les ha dado problemas que sean un inconveniente y que evite que continúen tomando la medicación, solo ciertas cosas como tos pero nada que les haga dejar su tratamiento o que las haya visto como patologías graves.

Con respecto a la tos que produce el enalapril no le prestan demasiada importancia l@s pacientes y en pocas ocasiones se les cambia de medicación ya que el costo así sea bajo representa para la economía de la familia, cuando indican que si pueden comprar otro medicamento se les sugiere un betabloqueador de precio cómodo (atenolol/ carvedil) (altura, 2009) pero luego regresan para que se les dé nuevamente la medicación porque han dejado ya de comprarla. Por este motivo evitamos cambiarles de medicación.

Han encontrado en la unidad operativa en forma frecuente la medicación, muy escasamente no la han encontrado, pero indicaron que como es por poco tiempo si pueden comprar la medicación cuando no la encuentran.

Otra cosa que me llamó la atención es el hecho de que cuando quise saber el tiempo que pasan en la unidad y empecé a preguntarles les parecía a ellos muy

“normal” esperar entre 2 a 3 horas y sólo pasadas las 3 horas les parecía algo largo, me pareció muy interesante así que cambié la pregunta poniendo las respuestas sugeridas y por supuesto a la mayoría le parece el tiempo de espera dentro de lo que ellos están acostumbrados a esperar.

Muy pocos habían esperado más de 3 horas, la mayoría dentro del tiempo que dicen que en todos los lugares es lo mismo.

La última pregunta cambié ya que pensaba preguntar si van o no al Subcentro, pero todos los pacientes si acuden a nuestra unidad operativa.

Pero me llamó la atención, que pese a que son bien atendidos la mayoría regresa al Subcentro porque la medicación se terminó y un buen grupo también acude a control cada mes. Esto último se da porque en la unidad operativa se les está dando citas previas para que no olviden de acudir y evitar que la medicación se les termine.

En lo que respecta a si han modificado o no los estilos de vida, lo único que manifestaron es en los diabéticos han suspendido los azúcares y en las dos patologías hacen algo de ejercicio semanal, pero en su totalidad no han modificado su estilo de vida porque consideran que esto no es necesario, pese a que sí les han dicho, han oído sobre el tema pero indican que ellos ya son mayores y que esto no va con ellos, ya que es muy molesto y no creen que sirva.

Con toda esta información nos reunimos en la unidad con la finalidad de crear ciertas estrategias para conseguir que el cambio se dé y poder ayudar a que nuestros pacientes sigan adhiriéndose más a su medicación, conseguir los cambios de su estilo de vida y sobre todo que tomen a cargo sus enfermedades como parte importante ya que son ellos los que tienen que vivir con las mismas.

Saber y conocer que la forma como vivan podrá en mayor riesgo sus vidas o por el contrario conseguirán mejorarse y vivir dentro de lo posible lo más normal.

Este es nuestra meta conseguir un verdadero cambio y que ellos se sientan bien con este cambio, sean quienes manejen sus propias vidas y nosotros como unidad de salud seamos un gran apoyo.

A continuación indicaré la tabulación realizada en las dos encuestas, la primera que se realizó fue para conocer si existía o no adherencia a la medicación se escogió pacientes exclusivos de las patologías mencionadas y de ellos respondieron 24 personas claro está que cuando se les realizó la encuesta se ponía en una esquina de la misma qué enfermedad tenían, para poder tabular mejor.

Con esta encuesta se realizó la segunda encuesta que se trata exclusivamente de lo que conocen de sus patologías, sobre riesgos, cómo se atiende en la unidad, existe o no medicación etc.

Buscamos a las mismas personas que les realizamos la primera encuesta y claro está no conseguimos a todas, sólo 14 pacientes sin embargo como sabíamos cuál era su enfermedad nos dedicamos más a preguntar de sus patologías.

Están separados porque creemos que es más fácil pese a ser patologías crónicas veremos que el conocimiento es diferente en ciertas preguntas concuerdan, pero en otras no.

Así el primeros cinco cuadros de las dos patologías se trata del test de Morisky para saber si hay o no adherencia y los siguientes cuadros pertenecen ya a la segunda encuesta es decir exclusivamente de cada patología.

HIPERTENSION ARTERIAL

TABLA: No 1:
Adherencia a la toma de medicación (test de Morisky- Green Levine)

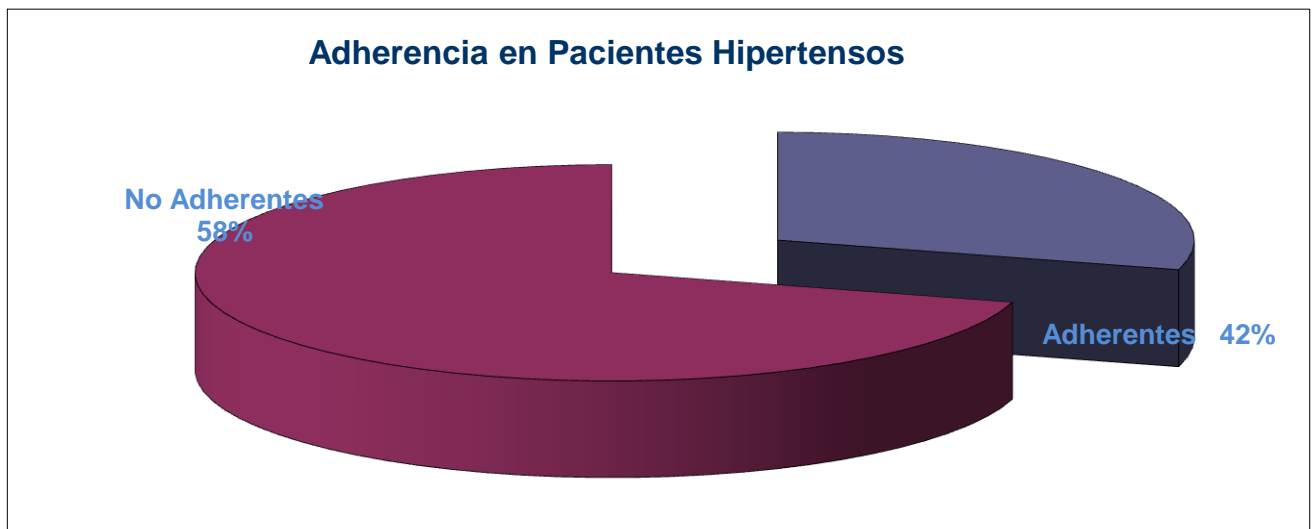
No: 17 hipertensos.

Total de encuestados 24

	Encuestados		Hipertensos		
	SI	NO	Adherente	No Adherente	Total Encuestados
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su enfermedad?	9	15	5	12	17
¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	9	15			
¿Cuándo se encuentra bien deja de tomarlos?		24			
¿Si alguna vez le sienta mal deja de tomarlos?	5	19			

Fuente: test de Morisky realizado en el SCS de Carcelén Bajo julio 2011

Gráfico No 1
ADHERENCIA DEL PACIENTE HIPERTENSO A LA TOMA DE MEDICACIÓN



FUENTE: TABLA No 1 del test de Morisky realizada en el mes de julio 2011

TABLA No 2

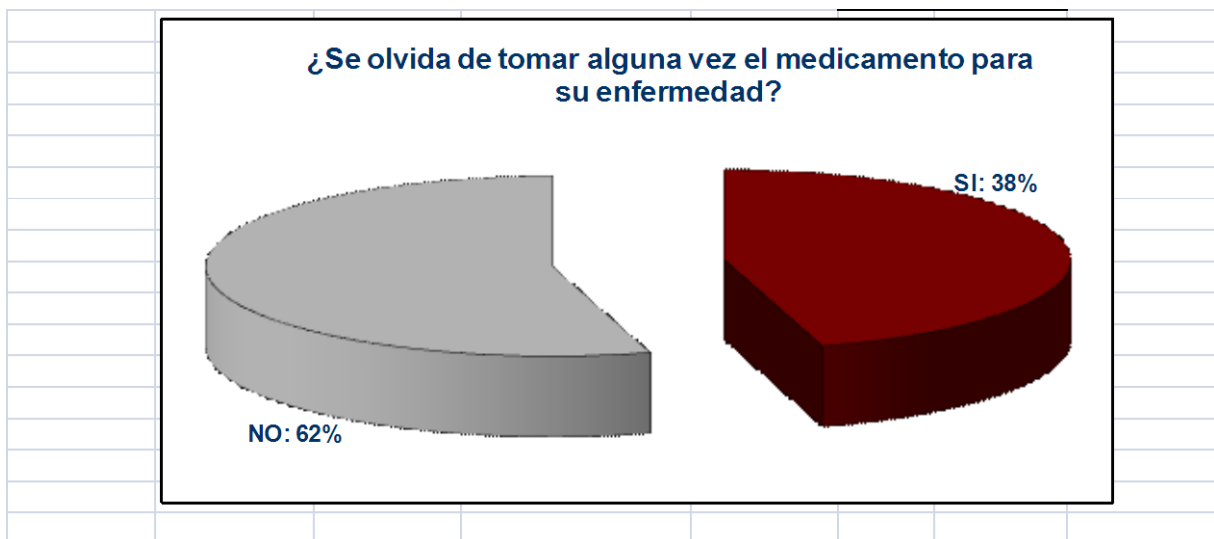
En pacientes hipertensos olvido o no de medicación

	SI	NO
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su enfermedad?	10	12

Fuente: test de Morisky realizado en el SCS de Carcelén Bajo julio 2011

Gráfico No 2

Representación gráfica de la tabla No 2

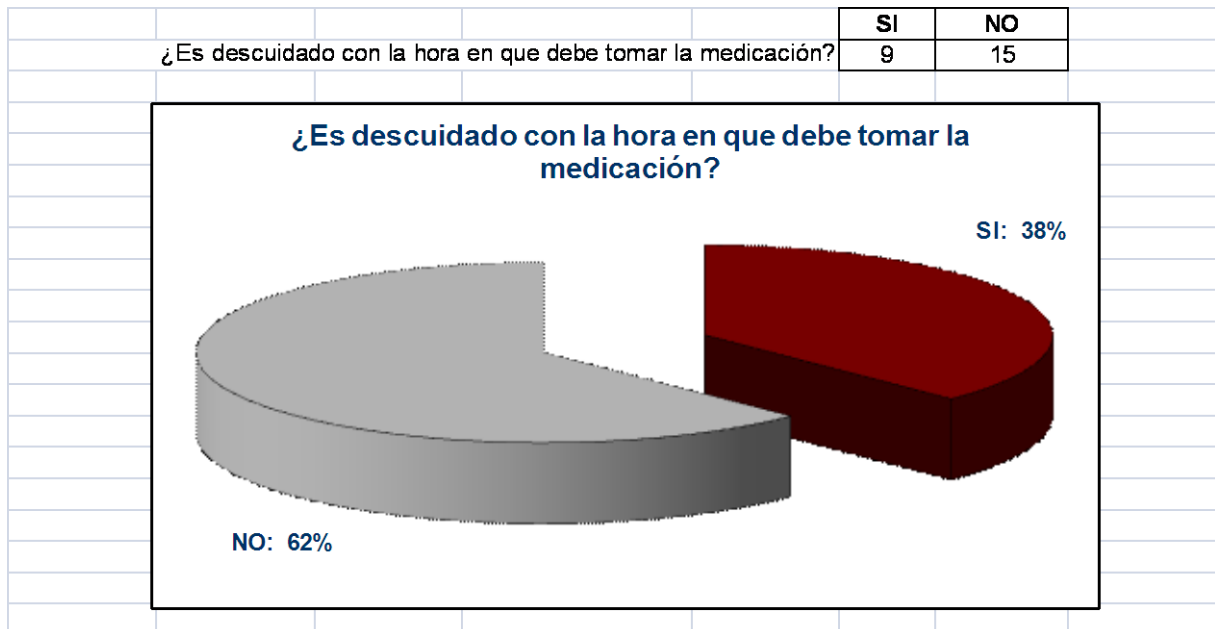


Fuente: test de Morisky realizado en el SCS de Carcelén Bajo julio 2011

Tabla y Gráfico No 3

Tabla: Es descuidado a la hora de tomar la medicación?

Gráfico; representación de la tabla 3

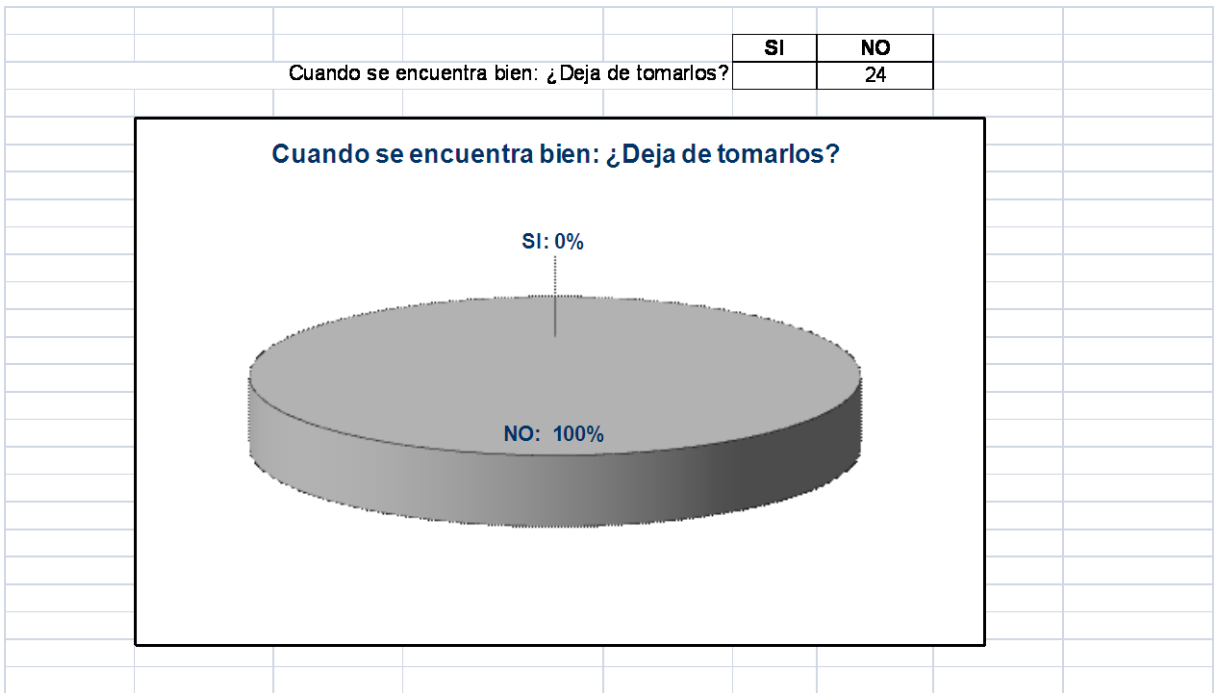


Fuente: test de Morisky realizado en el SCS de Carcelén Bajo julio 2011

Tabla y Gráfico No 4

Tabla: Si se encuentra bien deja de tomar la medicación.

Gráfico: representación de la tabla 4

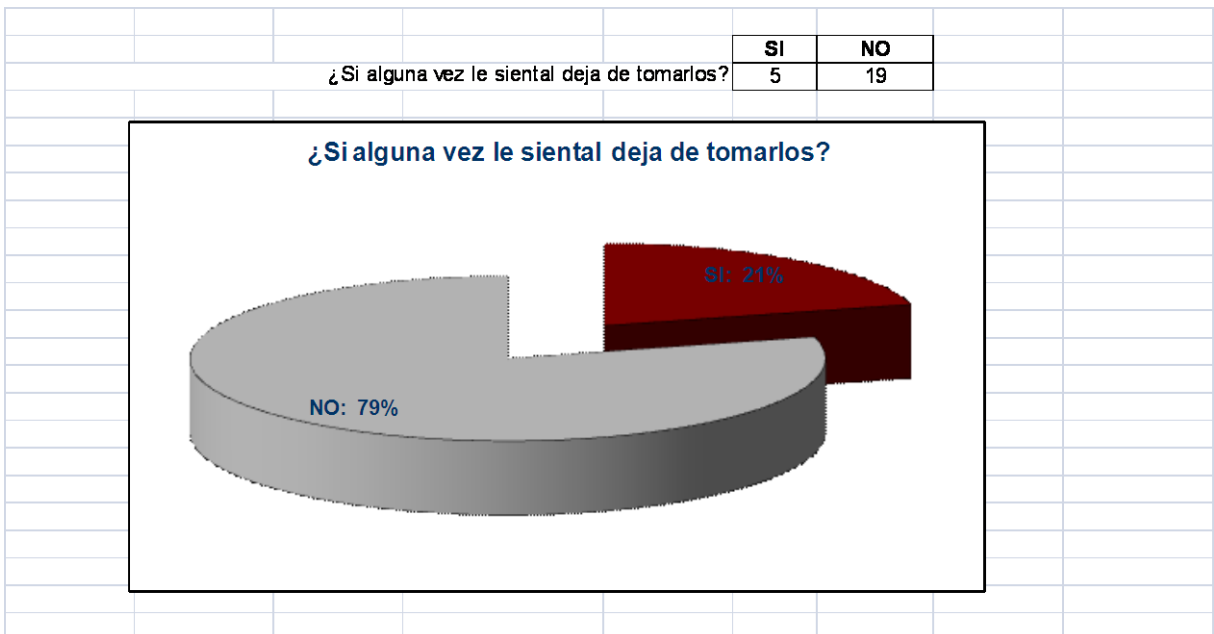


Fuente: test de Morisky realizado en el SCS de Carcelén Bajo julio 2011

TABLA Y GRÁFICO No 5

TABLA: si le sienta mal la medicación deja de tomarla

GRAFICO: representación de la tabla 5



Fuente: test de Morisky realizado en el SCS de Carcelén Bajo julio 2011

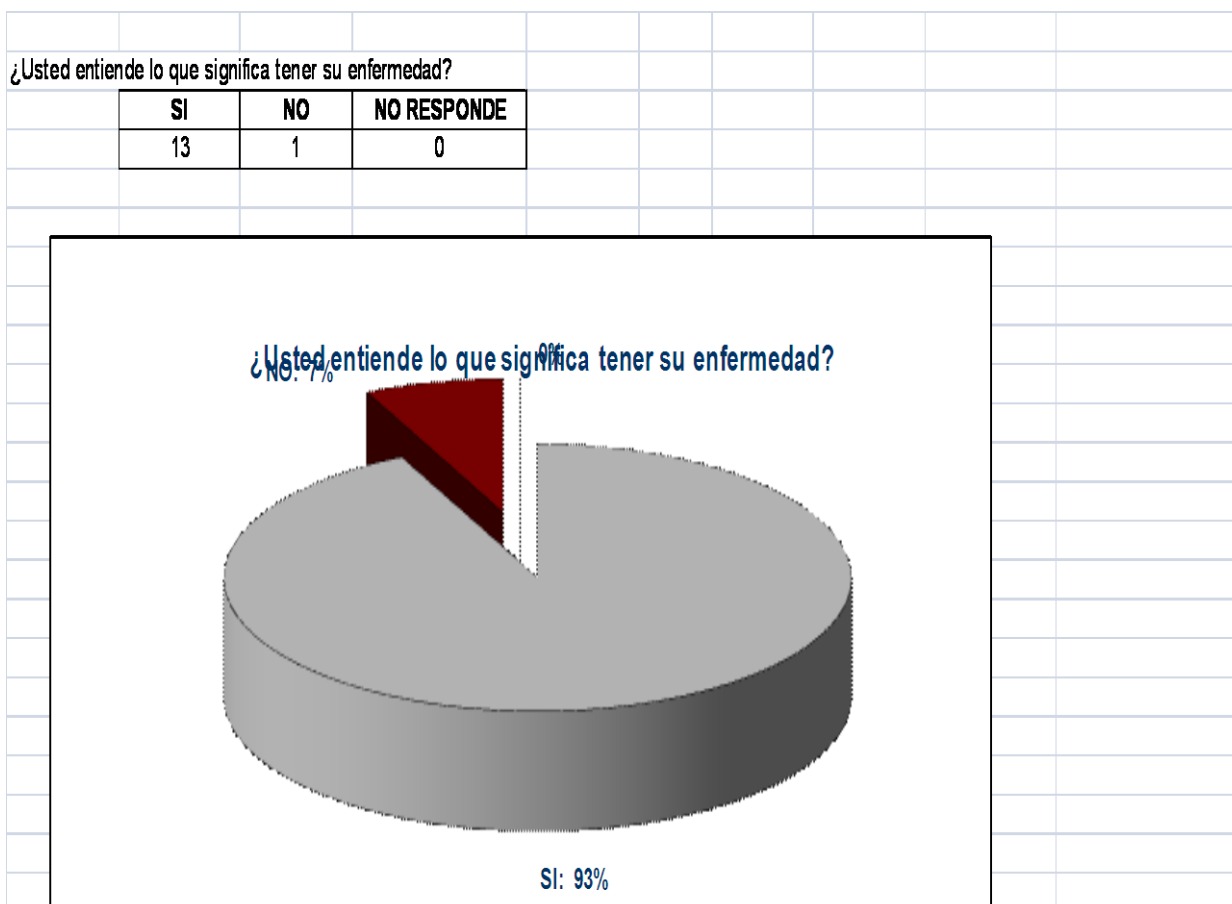
Hasta aquí hemos representado lo que encontramos en el test de Morisky-Green Levine sobre las preguntas de adherencia en el paciente hipertenso, como vimos se desglosó las preguntas con la finalidad de conocer el comportamiento de l@s pacientes hipertensos, a continuación revisaremos la segunda encuesta realizada en agosto 2011 y es más específico sobre la hipertensión el grupo de estudio fue menor al anterior.

SEGUNDA ENCUESTA A HIPERTENSOS

Tabla y gráfico No 1

Tabla.: Conocimiento de la hipertensión.

Gráfico: representación de la tabla 1

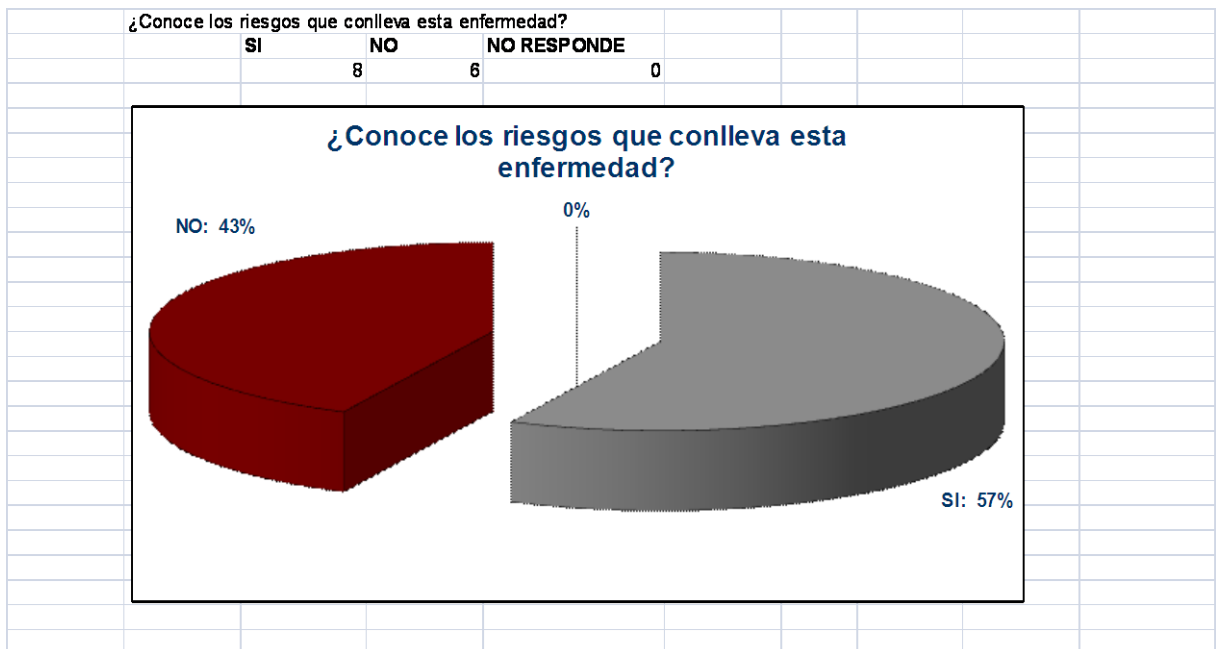


Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Al hablar ya de hipertensión vemos que l@s pacientes saben el significado de la enfermedad aunque no la entiendan por completo, pero saben que es grave, sobre todo si no se cuidan.

Tabla y Gráfico No 2

Tabla: Conocimiento de los riesgos de hipertensión arterial



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

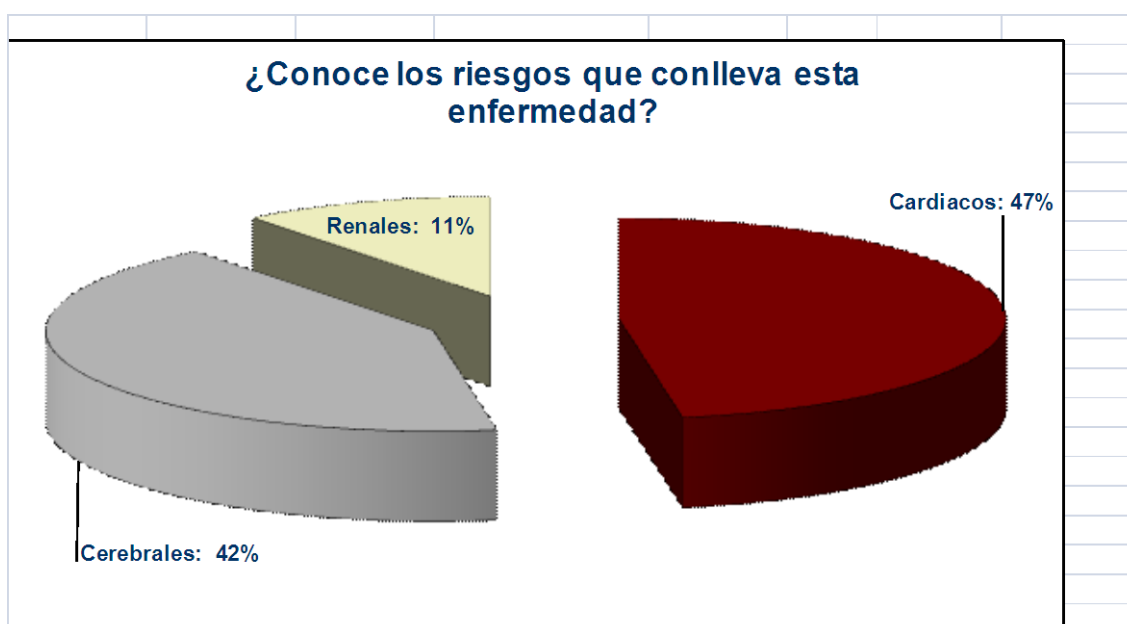
Aquí es importante que la mayoría de los pacientes conocen que la hipertensión es una enfermedad que trae consigo riesgos mayores para la salud y como veremos algunos hasta describen cuáles pueden ser pero lamentablemente la mayoría no conoce que le puede provocar la enfermedad si se descuida.

Tabla y gráfico No 3

TABLA: ¿Conoce los riesgos que conlleva esta enfermedad **CUALES:**

Cardiacos	Cerebrales	Renales
9	8	2

Gráfico: Conoce los riesgo que conlleva la enfermedad y cuáles son.



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

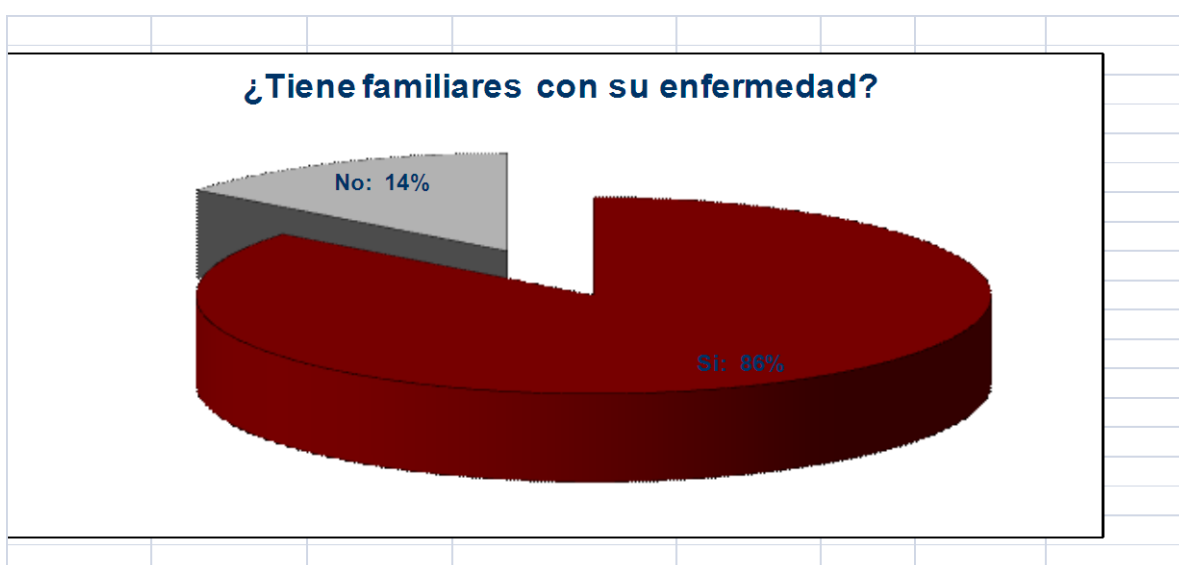
Es interesante que sí sabían que estas enfermedades ocasionan problemas como son los cardíacos y cerebrales como más importantes y esto saben, porque han visto presentarse estas complicaciones en familiares y/o amigos pocos por los profesionales.

Tabla y gráfico No 4

Tabla: ¿Tiene familiares con su enfermedad?

SI	NO	NO RESPONDE
12	2	0

Gráfico 4 Tiene familiares con su enfermedad?



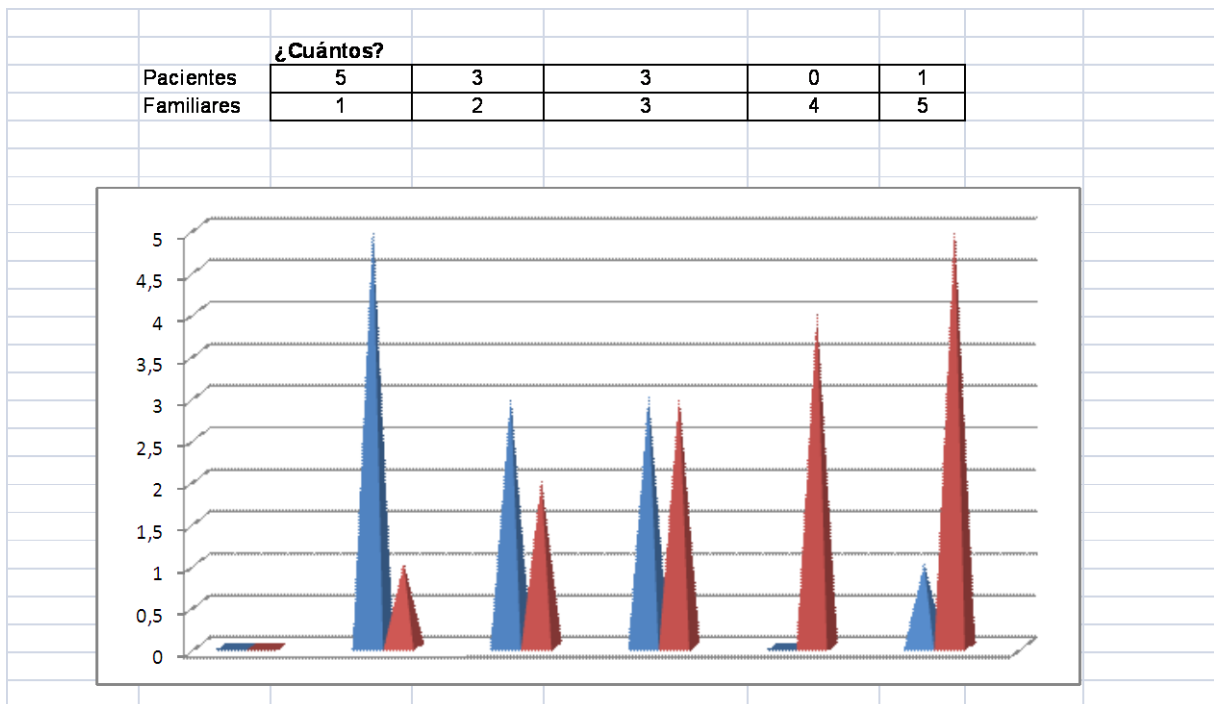
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Como es de suponer la mayoría tienen parientes con esta enfermedad, esto es lo más frecuente.

Tabla y gráfico No 5

Tabla: cuántos parientes tienen su patología.

Gráfico de cuántos familiares tienen su misma enfermedad?



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

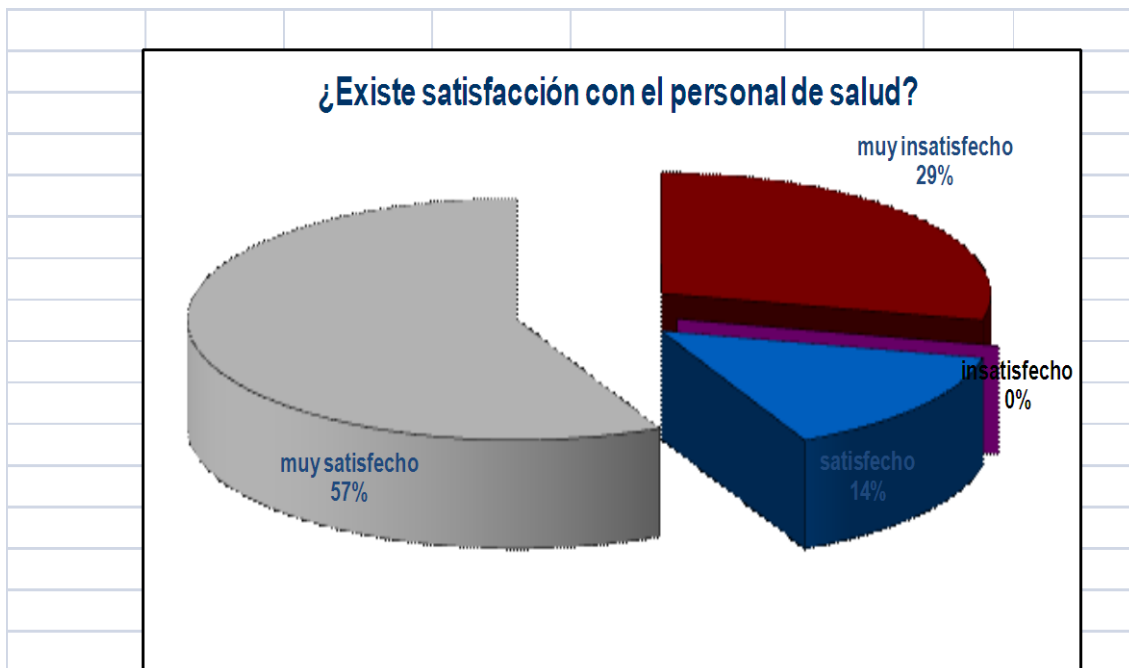
En este gráfico vemos que cinco pacientes tuvieron un familiar con patología, 3 dos familiares, 3 pacientes, 3 familiares ninguno tuvo 4 familiares y un paciente 5 familiares lo que nos hace dar cuenta que son enfermedades muy comunes.

Tabla y Gráfico No 6

TABLA: ¿Existe satisfacción con el personal de salud?

muy insatisfecho	insatisfecho	satisfecho	muy satisfecho
4	0	2	8

Gráfico 6



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

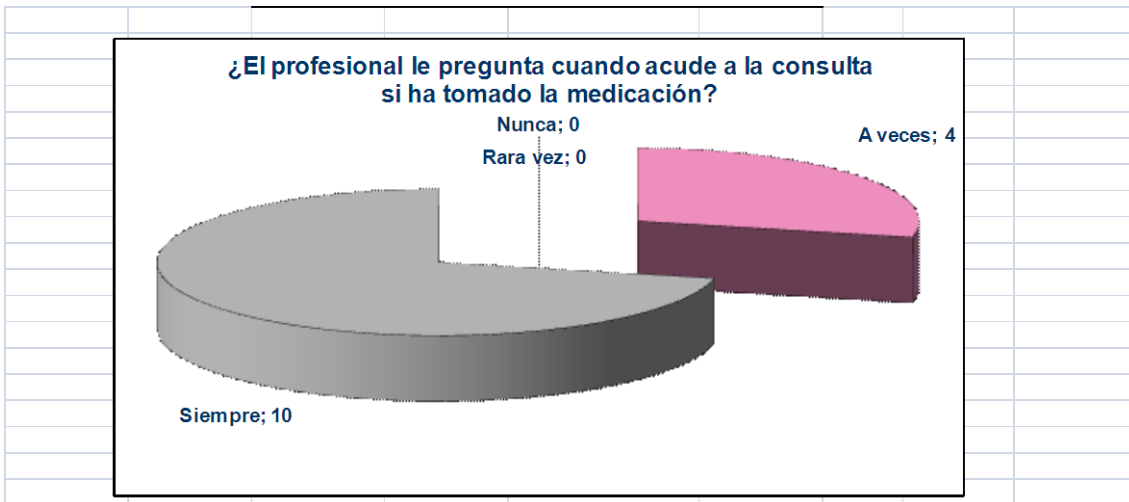
Es bueno saber que la mayoría de los pacientes se sienten satisfechos con el personal de salud, pero nosotros debemos mejorar la calidad de atención.

Tabla y gráfico No 7

TABLA: ¿El profesional le pregunta cuando acude a la consulta si ha tomado la medicación?

Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
0	0	4	10

Gráfico 7



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

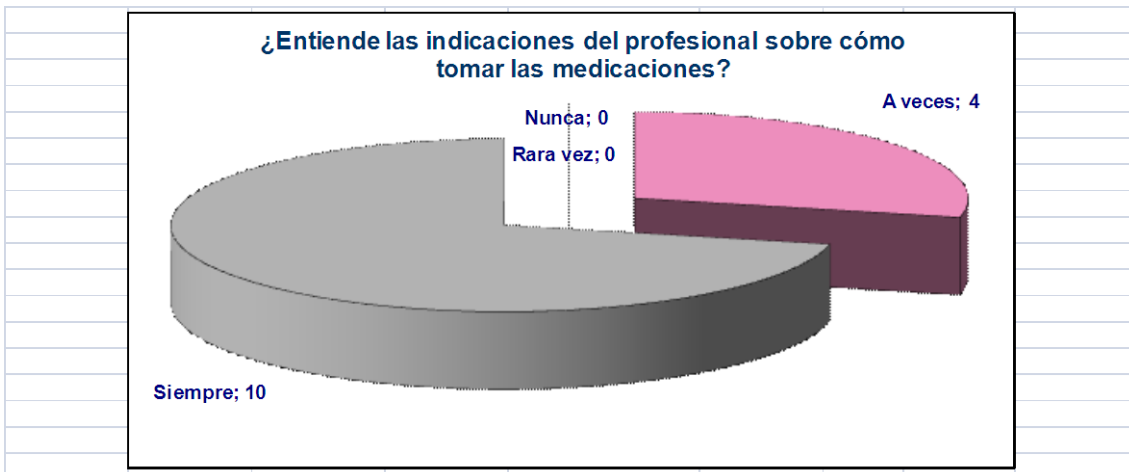
Como aquí nos indica falta mucho del profesional para interesarse en lo que ocurre con los pacientes hay que dar mayor atención a los mismos.

Tabla y gráfico No 8

TABLA: ¿Entiende las indicaciones del profesional sobre cómo tomar las medicaciones?

Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
0	0	4	10

Gráfico 8



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

El hecho de que cuatro pacientes no entiendan las indicaciones, debe hacernos pensar en cambiar nuestra estrategia de atención.

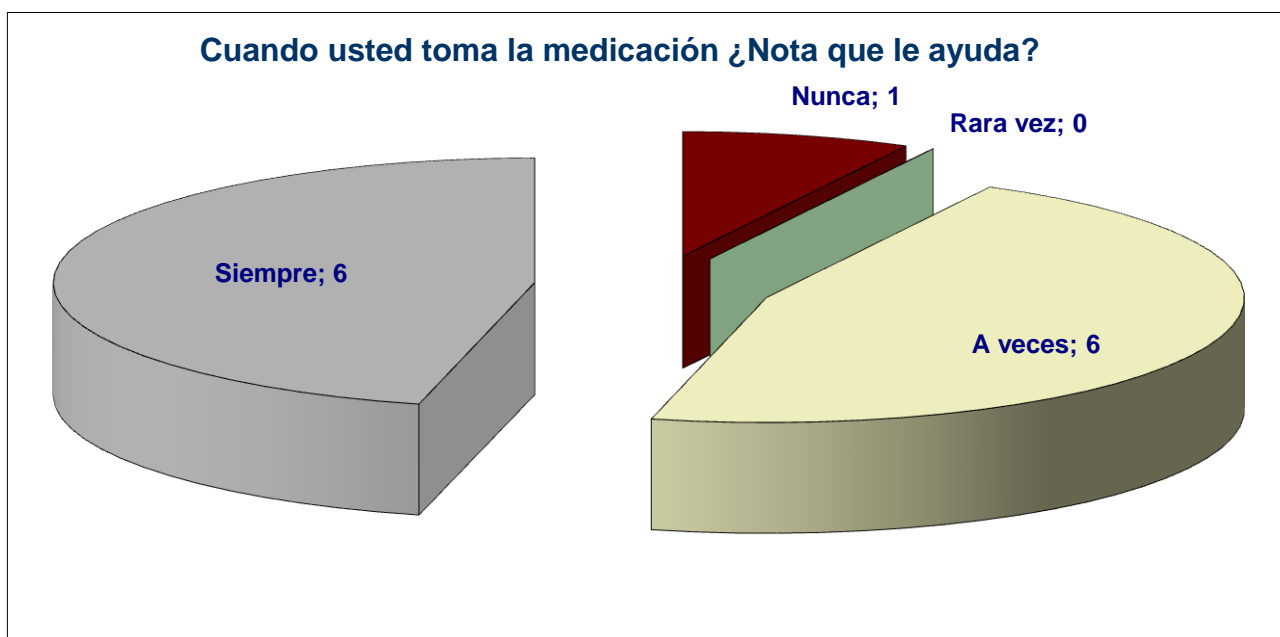
Tabla y gráfico No 9

TABLA:

Cuando usted toma la medicación ¿Nota que le ayuda? (Efectividad) La TA debe haber bajado a límites permitidos < a 140/90 y la glicemia <140

Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	0	6	6

Gráfico 9



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

En este aspecto es bueno porque casi el 100% nota mejoría con la medicación ell@s me decían que cuando se van a controlar la presión, esta sí baja.

Tabla y gráfico No 10

TABLA: ¿Ha notado que cuando toma la medicación esta le provoca algún malestar?

Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
12	1	0	1

Gráfico 10



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

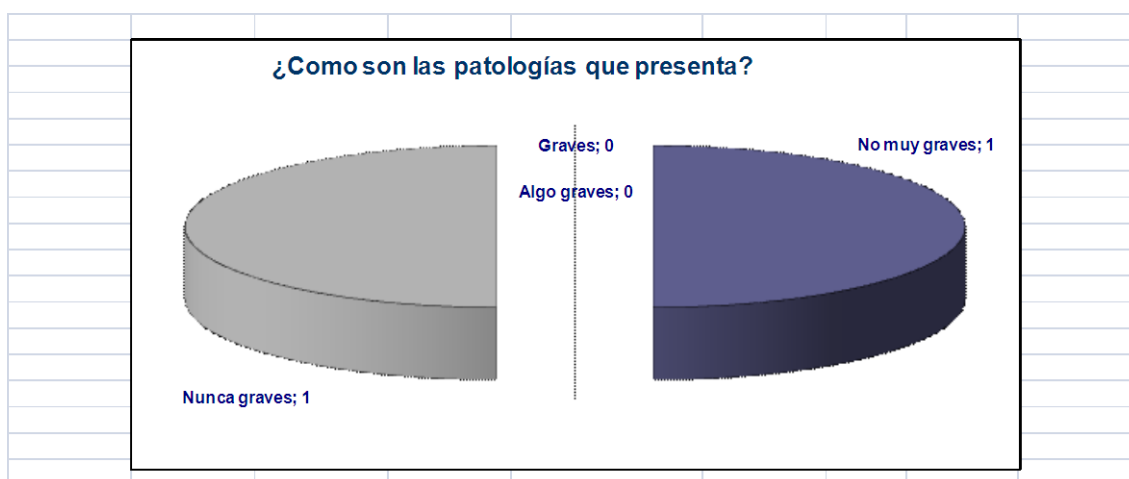
Afortunadamente muy raras ocasiones la medicación provocó algún malestar.

Tabla y gráfico
No 11

TABLA: ¿Cómo son?

Graves	No muy graves	Algo graves	Nunca graves
0	1	0	1

Gráfico 11



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

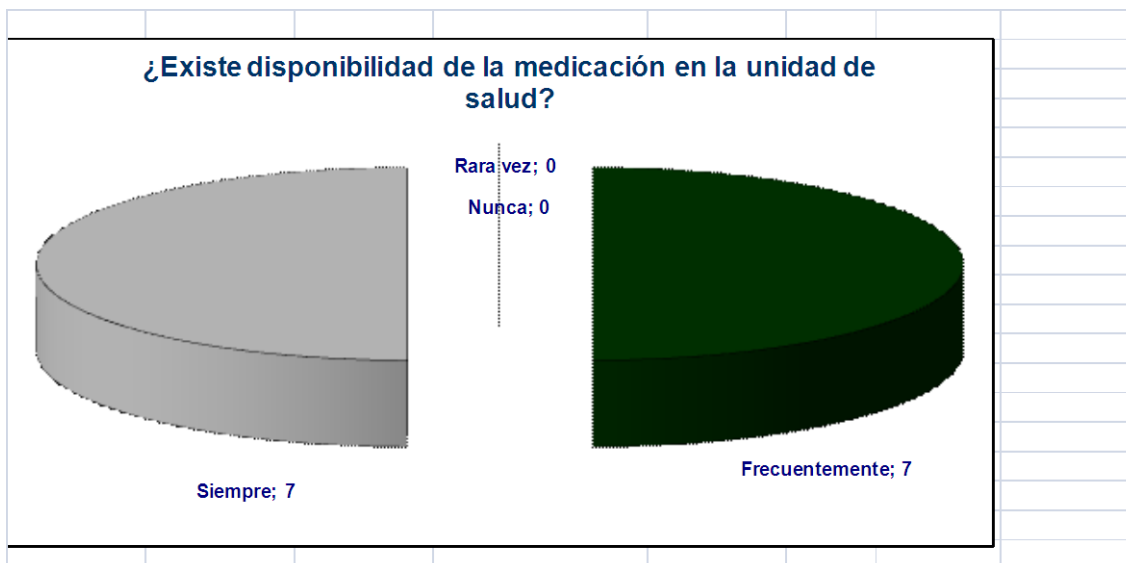
Como vemos estas patologías nunca han sido graves que hayan tenido de hospitalizarse y además nos daría una razón para indicar que no dejen de tomar la medicación.

Tabla y gráfico No 12

TABLA: ¿Existe disponibilidad de la medicación en la unidad de salud?

Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Siempre
0	0	7	7

Gráfico 12



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

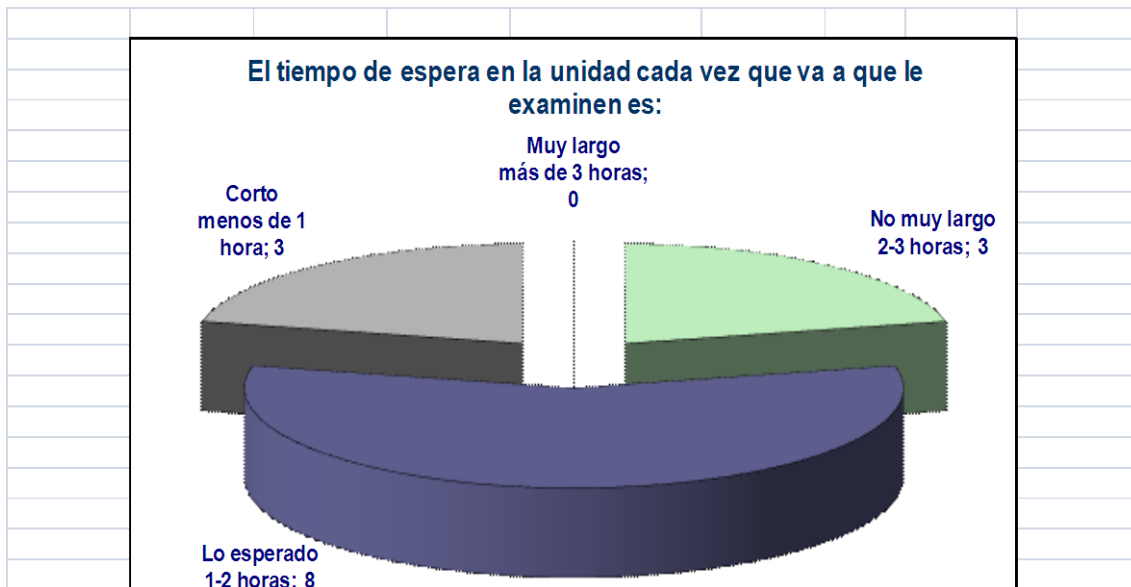
Como he indicado este es un nuevo programa del MSP y si hay en forma casi continúa la medicación.

Tabla y gráfico No 13

TABLA: El tiempo de espera en la unidad cada vez que va a que le examinen es:

Muy largo más de 3 horas	No muy largo 2-3 horas	Lo esperado 1-2 horas	Corto menos de 1 hora
0	3	8	3

Gráfico 13



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

En este cuadro es muy interesante porque para los pacientes les parece muy largo más de tres horas y menos de eso para ellos es muy normal, ya que indican que a cualquier lugar que van se demoran igual.

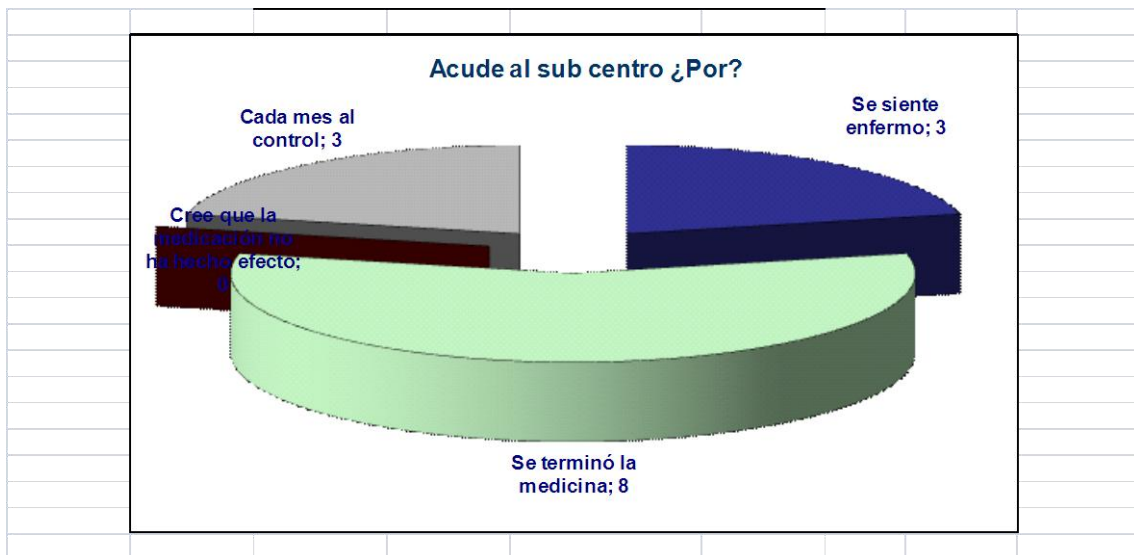
Y que por lo menos en la unidad de salud ven más personas y aprovechan para conversar cuando se encuentran con personas que son de su grupo de enfermedades crónicas.

Tabla y gráfico No 14

TABLA: Acude al sub centro ¿Por?

Se siente enfermo	Se terminó la medicina	Cree que la medicación no ha hecho efecto	Cada mes al control
3	8	0	3

Gráfico 14



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Pese a que tienen la medicación y se les da cita previa, vemos en este cuadro que acuden en su mayoría porque se les terminó la medicación, lo que nuevamente nos da a entender que debemos mejorar nuestro estímulo hacia ellos y esperar a que acudan más a su control cada mes o cuando les llamen que sólo cuando no tienen medicación, es aquí donde debemos poner más énfasis.

Es bueno conocer esto para poder implementar las estrategias de cambio, que tanto hacen falta como hemos visto en estos cuadros, los siguientes que son de diabetes como veremos son casi de la misma manera que en los hipertensos, es por ello que nuestro cambio va igual para las dos patologías.

En cuanto a diabetes vamos a indicar en los cuadros que se repite casi lo mismo que en lo hipertensión arterial.

DIABETES

TABLA: No 1:

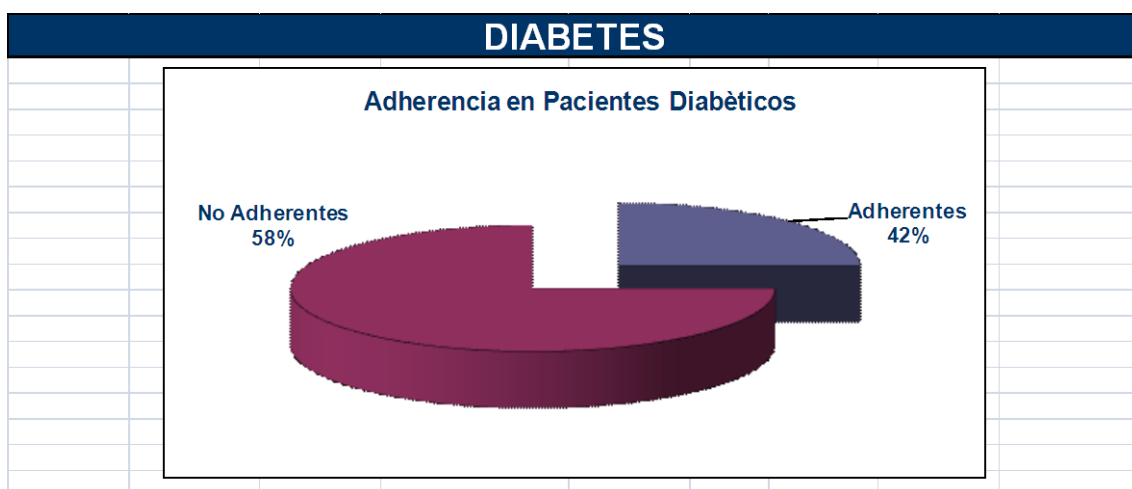
Adherencia a la toma de medicación (test de Morisky- Green Levine)

No: 12 diabéticos.

Total de encuestados 24

	SI	NO	Adherente	No Adherente	Total Encuestados
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su enfermedad?	5	4	3	9	12
¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	7	2			
¿Cuándo se encuentra bien deja de tomarlos?	4	5			
¿Si alguna vez le sienta mal deja de tomarlos?	6	3			

Gráfico No 1 : adherencia o no del paciente diabético a la toma de medicación

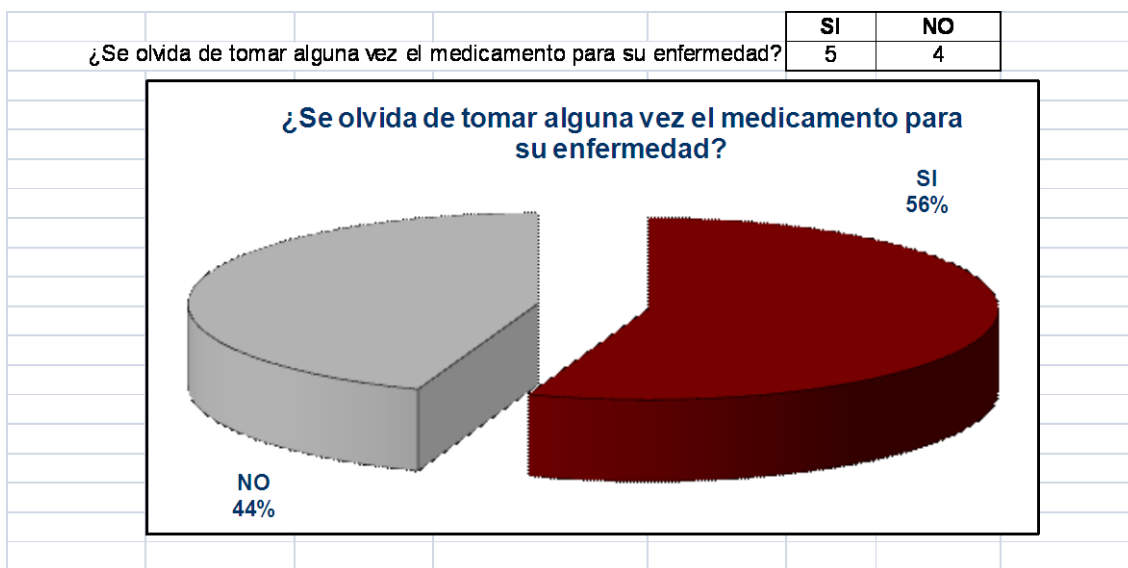


Fuente: encuesta realizada en el mes de Julio en el SCS de Carcelén Bajo del test de Morisky- Green levine.

Igual que en la anterior tenemos que hay más pacientes que no son adherentes de lo que son cuando esta es una de las enfermedades que da más complicaciones.

Tabla y gráfico No 2

TABLA: En pacientes diabéticos se olvida o no de tomar la medicación.

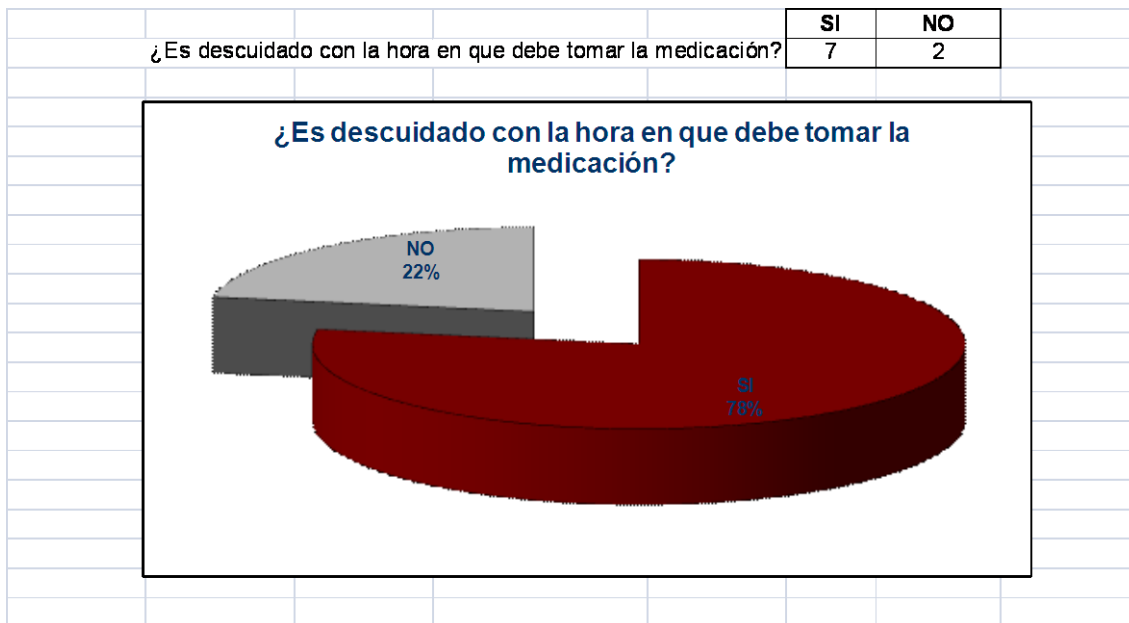


FUENTE: TABLA No 2 y test de Morisky realizada SCS de Carcelén Bajo Julio 2011

Igual que en el anterior se olvidan de tomar la medicación más que los que no se olvidan.

Tabla y gráfico No 3

Es descuidado a la hora de tomar la medicación.

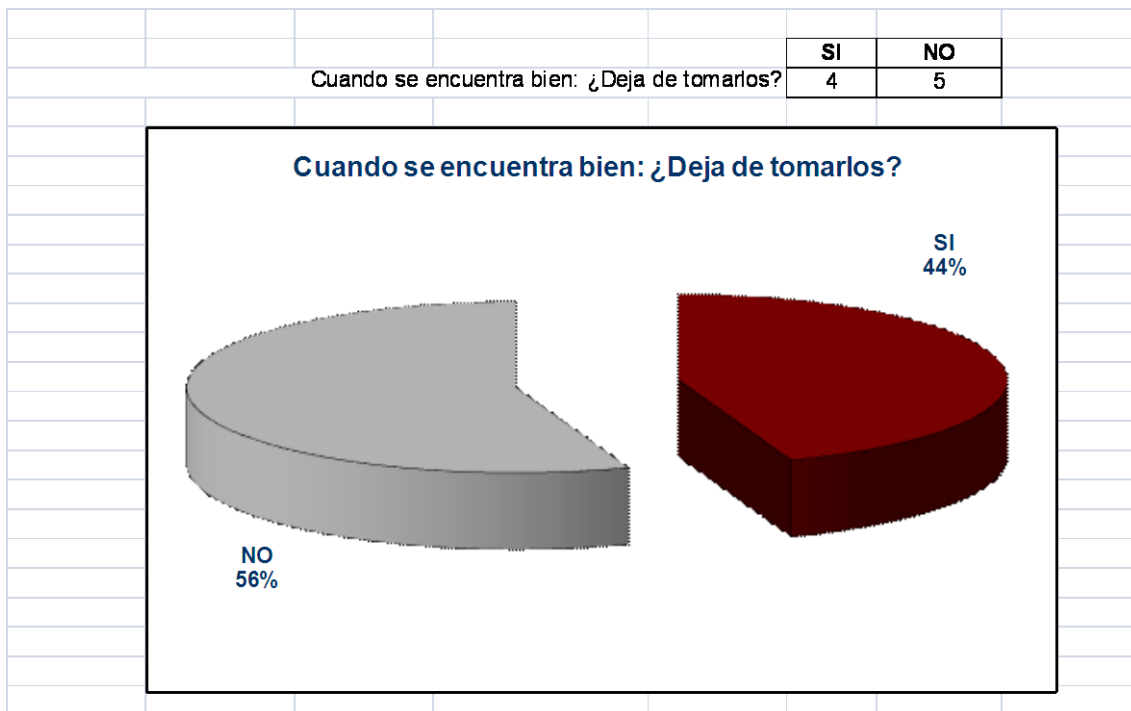


Fuente: encuesta realizada en el mes de Julio en el SCS de Carcelén Bajo del test de Morisky- Green levine.

Este si es nuestro problema, ya que el paciente si es descuidado a la toma de la medicación, lo hacen cuando se acuerdan, aquí debemos actuar como unidad de salud ya que es una de nuestras responsabilidades, el cuidado de los pacientes.

Tabla y gráfico No 4

Tabla: cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación:

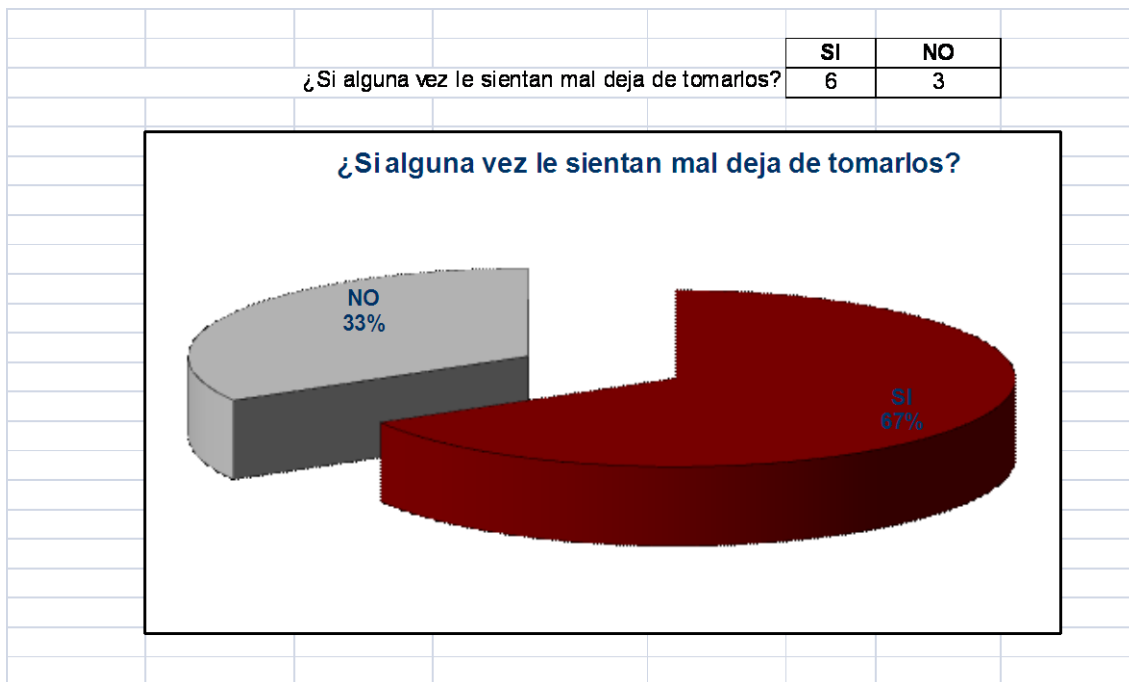


Fuente: encuesta realizada en el mes de Julio en el SCS de Carcelén Bajo del test de Morisky- Green levine.

Esto es terrible ya que esta enfermedad trae muchas complicaciones pero como vemos casi la mitad deja de tomar si ya se encuentra bien, es decir los síntomas han desaparecido, al preguntarles si hacen algo indicaron que “tratan” de hacer dieta los azúcares si suspenden. Solo consumen cuando hay fiestas

Tabla y gráfico No 5.

Cuando le sientan mal los medicamentos deja de tomarlos?



Fuente: encuesta realizada en el mes de Julio en el SCS de Carcelén Bajo del test de Morisky- Green levine.

Era de esperarse que dejen de tomar la medicación si les sienta mal ya que al dejar de presentar síntomas ya dejan de usarla mucho peor si les da algún efecto adverso.

Hasta aquí tenemos lo que conlleva la encuesta del test de Morisky-Green Levine sobre la existencia o no de adherencia a la toma de medicación en los pacientes crónicos.

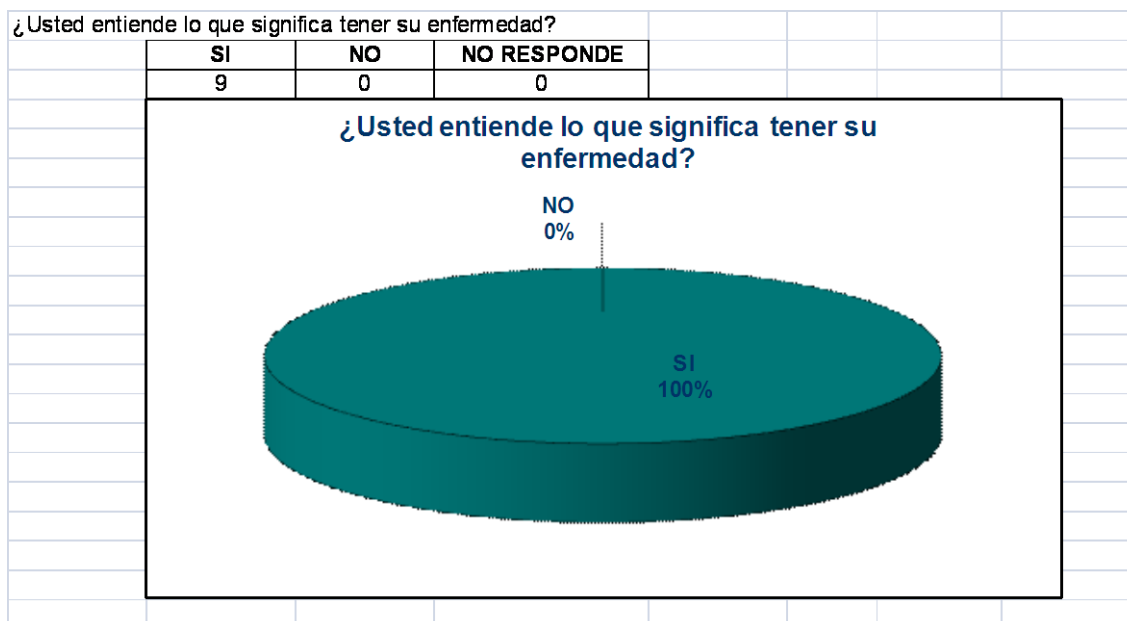
A continuación indicaremos los resultados sobre la encuesta que se hizo específicamente para que hablen de lo que conocen sobre la diabetes. Como indiqué el grupo es menor al que respondió el test de Morishy-Green Levine

SEGUNDA ENCUESTA A DIABÉTICOS

Tabla y gráfico No 1

Tabla.: Conocimiento de la diabetes.

Gráfico: representación de la tabla 1



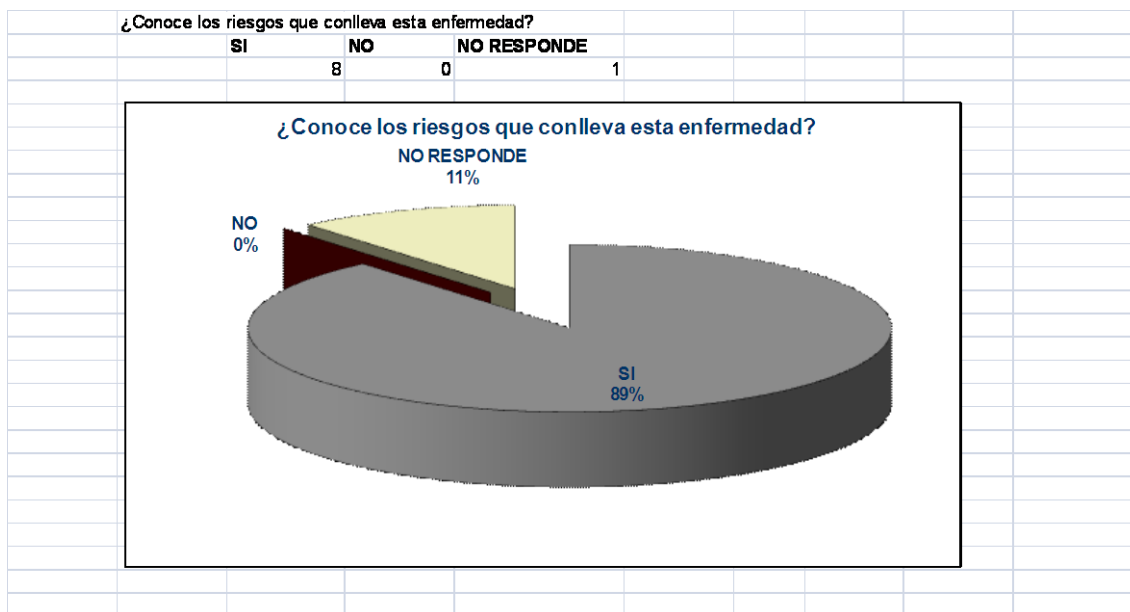
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

En este cuadro como vemos es algo contradictorio l@s pacientes conocen su enfermedad pero sin embargo no les interesa lo que pueda pasar si dejan de consumir la medicación o si dejan de hacer dieta dicen “ que mientras no les pase nada no cambiarán porque no puede ser que sean enfermedades tan peligrosas y que conocen muchas personas que tienen la enfermedad y no se cuidan y están sanos.” Esto es importante porque tenemos terreno donde trabajar más.

Tabla y gráfico No 2

Tabla.: Conoce los riesgo de la diabetes?

Gráfico: representación de la tabla 2



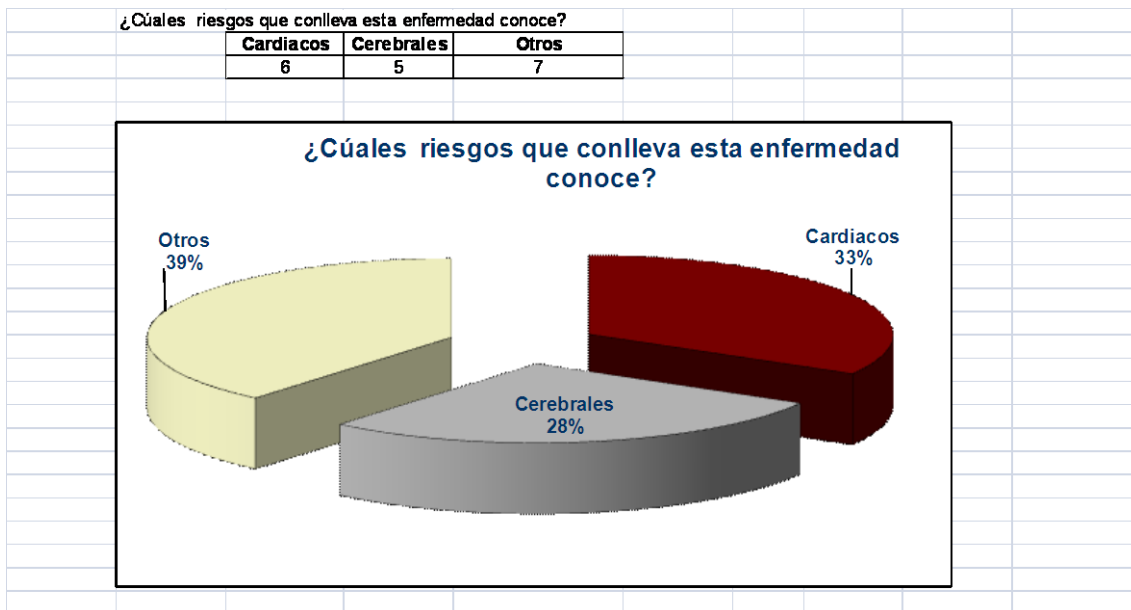
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Aquí vemos que en esta patología sí conocen los riesgos pero ellos indican que “a ell@s no les pasará nada”

Tabla y gráfico No 3

Tabla.: Describir los riesgos que conlleva la diabetes

Gráfico: representación de la tabla 3



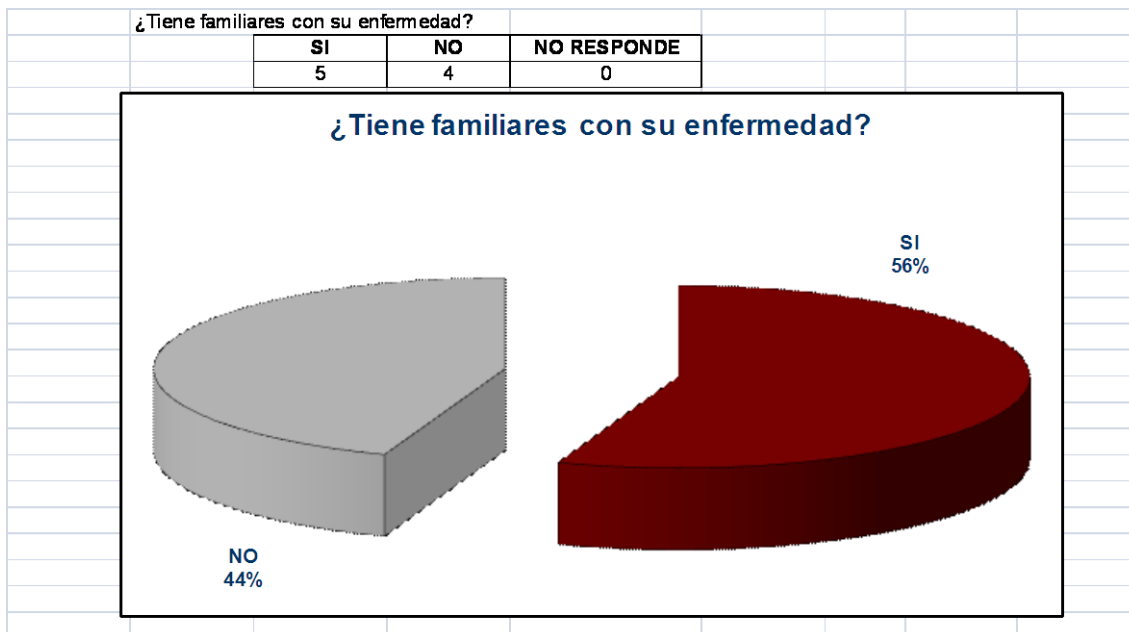
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Cabe explicar que entre los otros riesgos conocen mucho sobre el pie diabético y la retinopatía diabética, saben cómo deben cortarse las uñas y ciertos detalles sobre el cuidado de la piel no darse mucho al sol etc, lo cual me pareció muy interesante y a la vez preocupante ya que no dan importancia a las patologías que pueden ocasionar muchos problemas como son las cardíacas y/o cerebrales, lo que indica nuevamente que nosotros los profesionales si fallamos en educación.

Tabla y gráfico No 4

Tabla.: tiene familiares con diabetes?

Gráfico: representación de la tabla 4



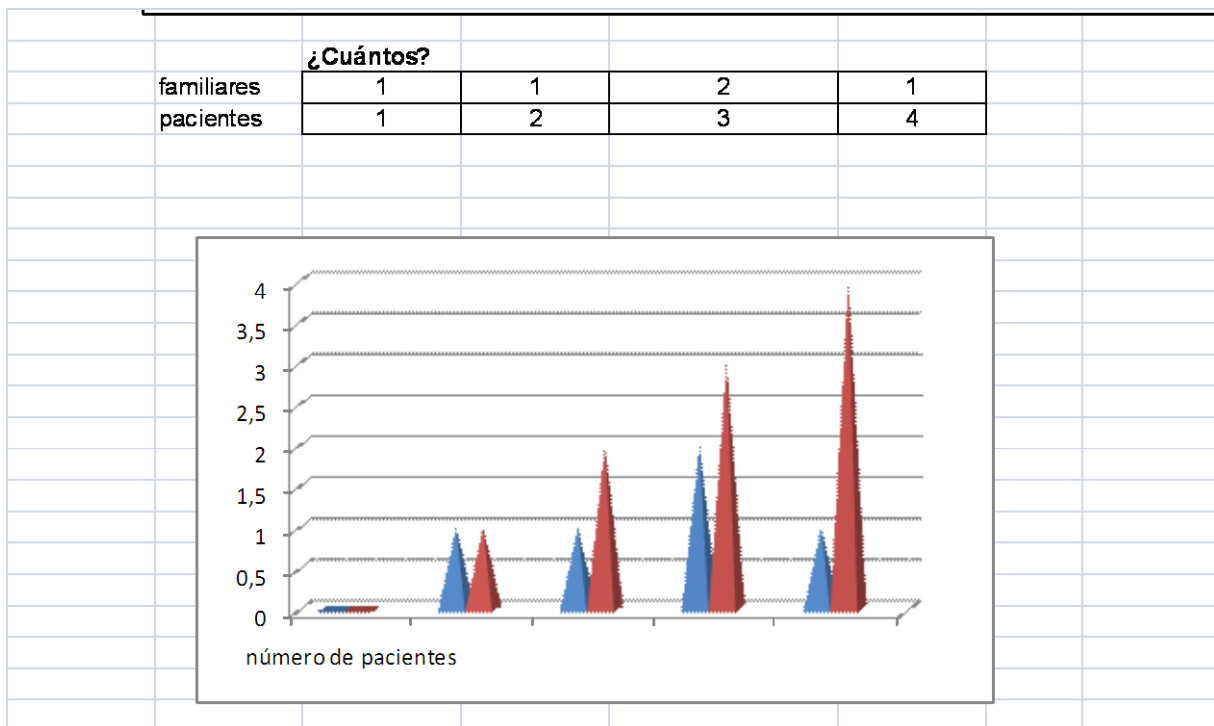
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Igual que en la hipertensión la mayoría tienen parientes con esta enfermedad, que como es conocido es hereditaria y también interviene por supuesto el estilo de vida que lamentablemente el que se lleva no es el adecuado.

Tabla y gráfico No 5

Tabla.: Cuántos familiares tiene con diabetes?

Gráfico: representación de la tabla 5



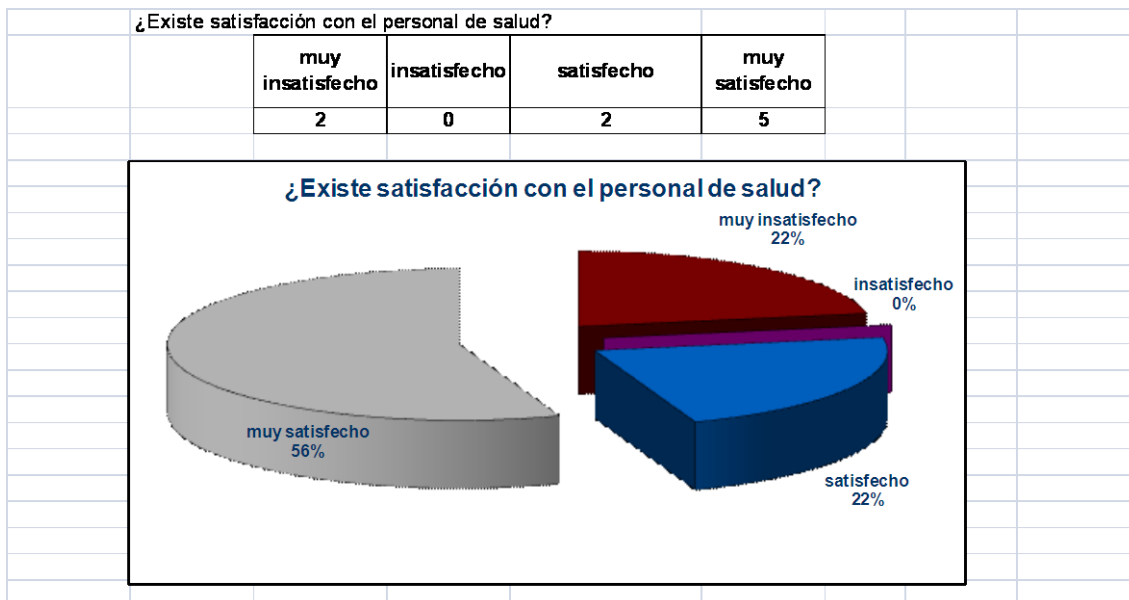
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Al preguntar el número de parientes tienen tenemos que un paciente tiene un familiar con diabetes, dos pacientes 1 familiar, tres pacientes 2 familiares y 4 pacientes también un familiar diabético, es muy similar a lo que se encontró en la hipertensión arterial son enfermedades comunes y hereditarias.

Tabla y gráfico No 6

Tabla.: está satisfecho con el personal de salud?

Gráfico: representación de la tabla 6



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

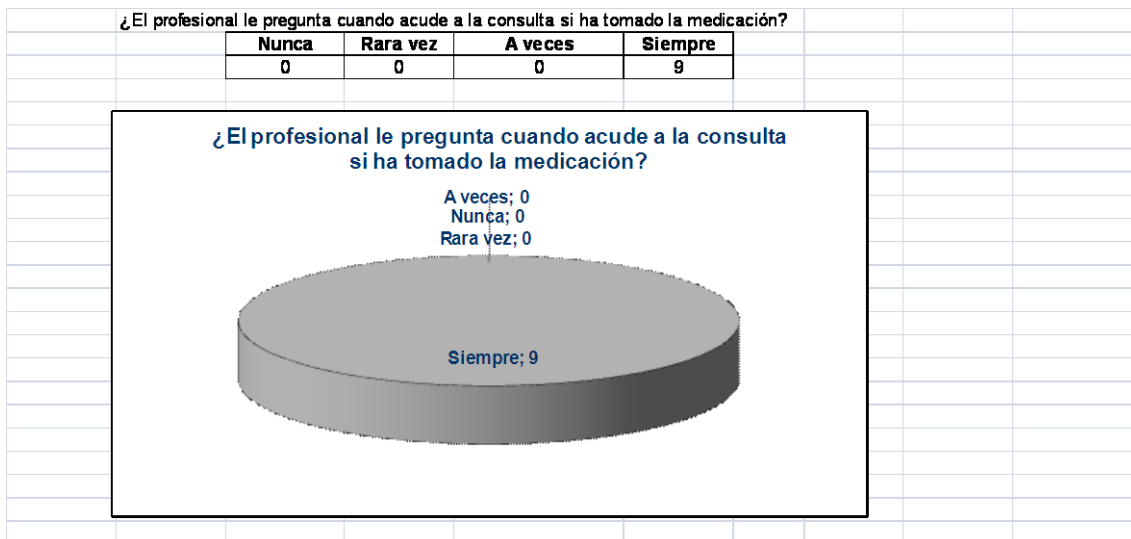
Es muy agradable conocer que al igual que en la hipertensión si hay satisfacción con el personal de salud y que este sí se preocupa por como es la evolución ya que si le pregunta si toma o no la medicación.

Además si entiende las indicaciones que se le da y la medicación si actúa como debe ser es bajando la glicemia y la medicación afortunadamente no les provoca ningún malestar grave.

Tabla y gráfico No 7

Tabla.: el profesional de salud pregunta sobre la toma de medicación cuando está en la consulta?

Gráfico: representación de la tabla 7



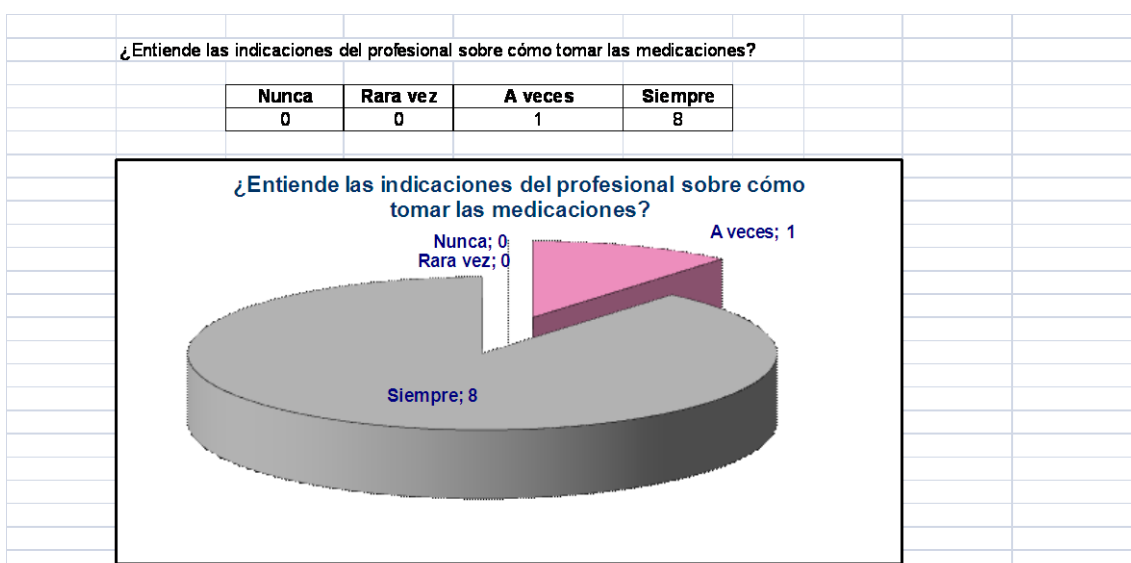
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Aquí a todos se les pregunta y ellos dicen que sí, la toman pero nos olvidamos de preguntar si es a diario o no y a lo mejor nos dirán que la toman pero no a hora exacta sino cuando se acuerdan.

Tabla y gráfico No 8

Tabla.: Entiende las indicaciones sobre la toma de medicación?

Gráfico: representación de la tabla 8



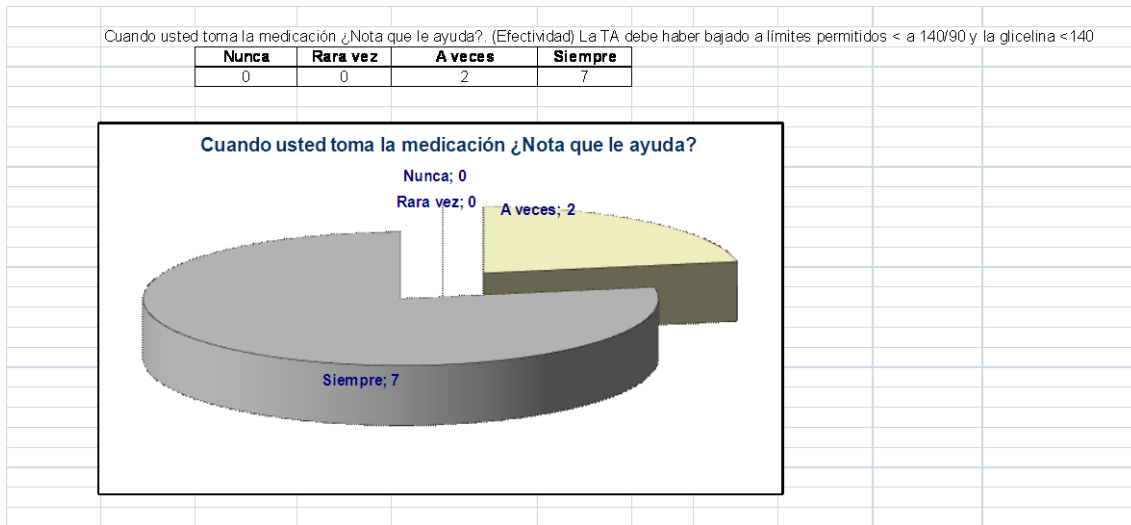
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Si entiende las indicaciones pero es sólo sobre los medicamentos debemos explicar más sobre los riesgos, que es donde la complicación es mayor.

Tabla y gráfico No 9

Tabla.: efectividad de la toma de medicación.

Gráfico: representación de la tabla 9



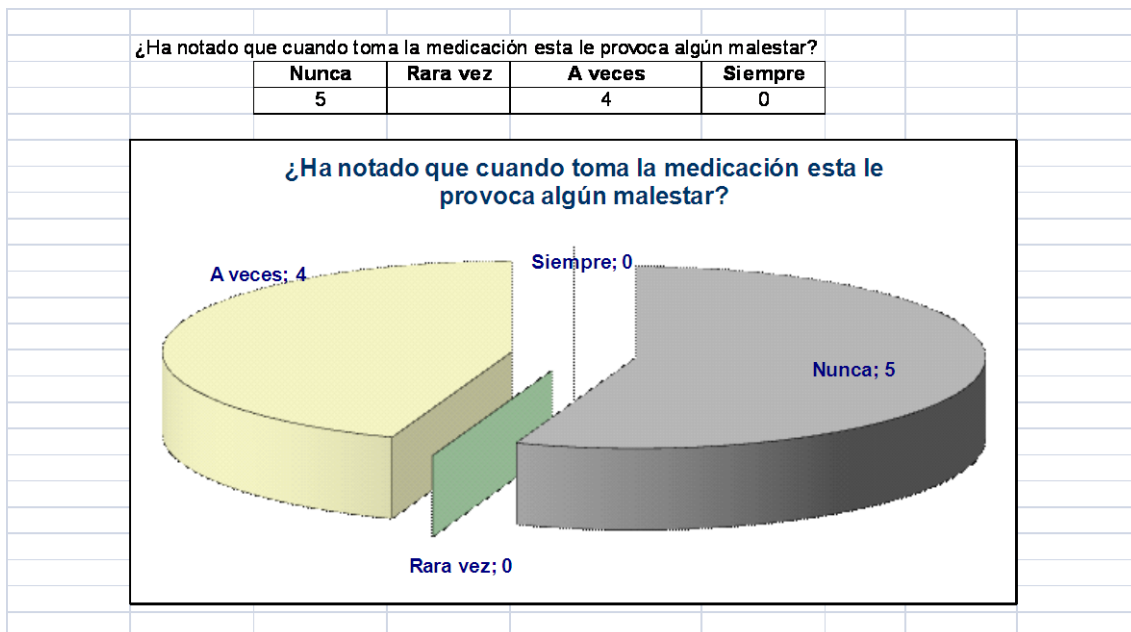
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Igual que en la hipertensión la medicación si hace el efecto esperado.

Tabla y gráfico No 10

Tabla.: Medicación provoca algún malestar?

Gráfico: representación de la tabla 10



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

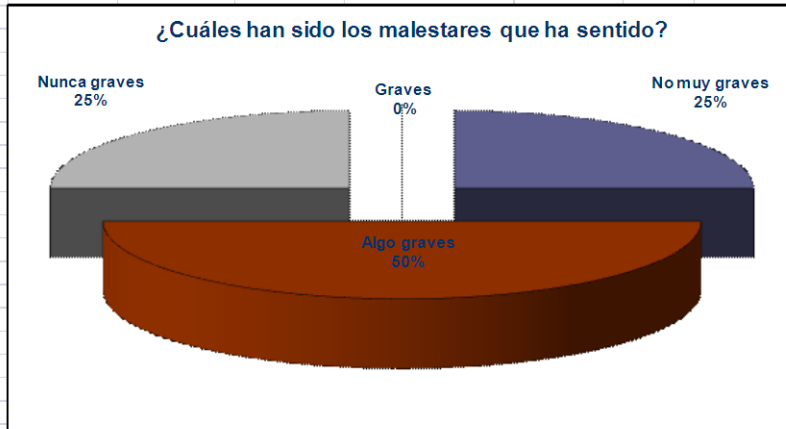
De igual manera es muy poco el malestar que le provoca la medicación, lo cual es bueno para mantenerles adherentes, esto es importante, porque es un gancho para los pacientes. Faltaría educar en que sean constantes en hora en lo posible.

Tabla y gráfico No 11

Tabla.: Cómo han sido las molestias por la toma de medicación?

Gráfico: representación de la tabla 11

¿Cuáles han sido los malestares que ha sentido?			
Graves	No muy graves	Algo graves	Nunca graves
0	1	2	1



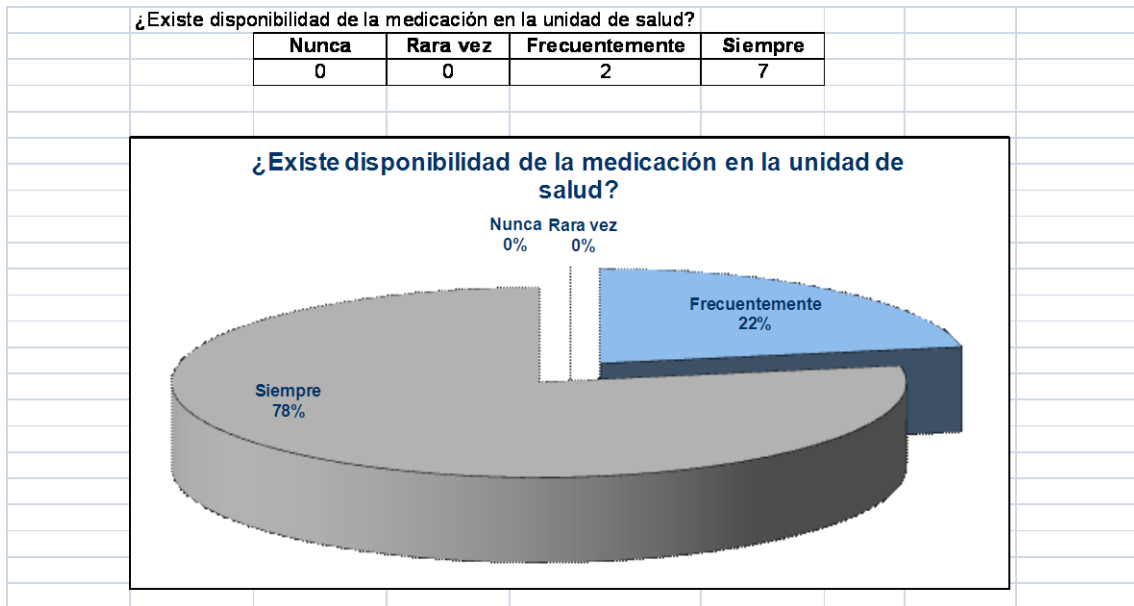
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Sólo en dos pacientes los malestares han sido algo graves que les han tenido que cambiar la medicación o aumentarla, pero no han necesitado hospitalización.

Tabla y gráfico No 12

Tabla.: Existe la medicación en la unidad de salud.

Gráfico: representación de la tabla 12



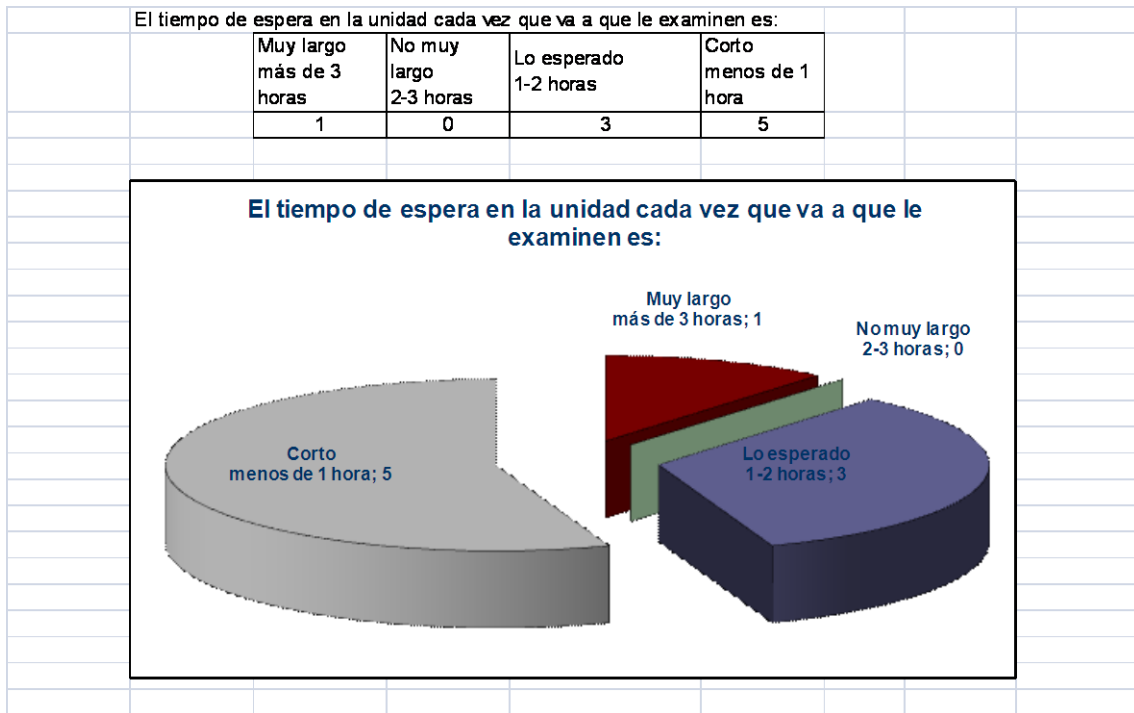
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Si hay la medicación casi en forma constante.

Tabla y gráfico No 13

Tabla.: El tiempo de espera en la unidad de salud

Gráfico: representación de la tabla 13



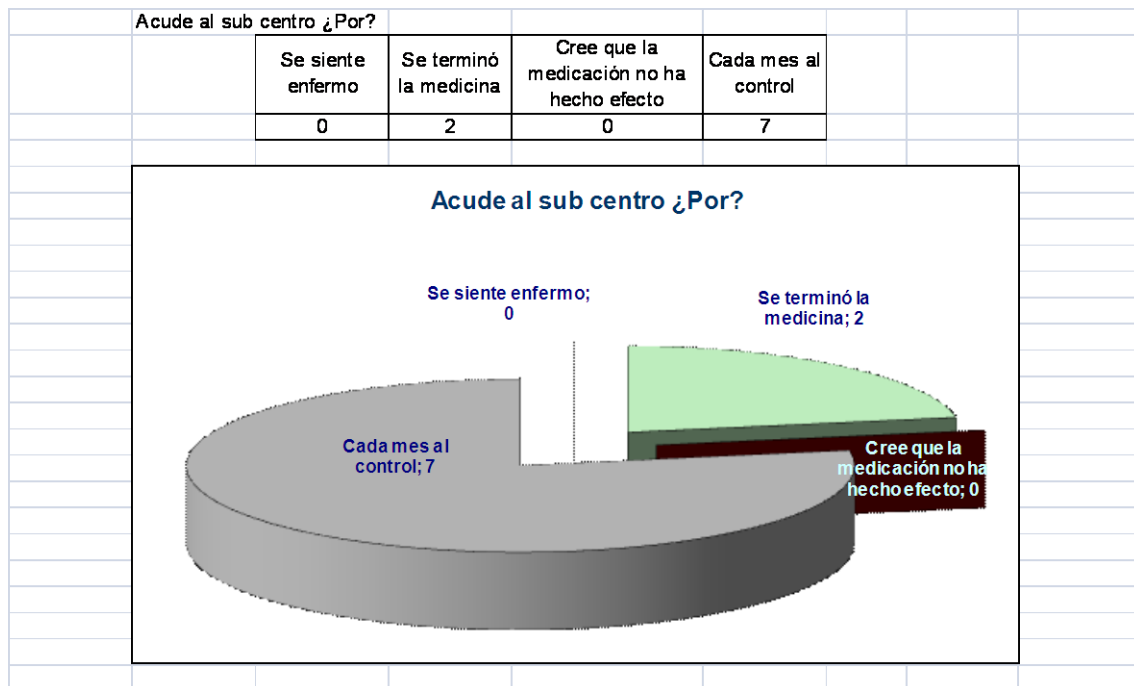
Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Como hemos indicado para l@s pacientes no le toman muy en cuenta el tiempo de espera para ellos no es largo lo que pasan en la unidad operativa.

Tabla y gráfico No 14

Tabla.: Acude a la unidad por?

Gráfico: representación de la tabla 14



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

En esta patología si asisten a la unidad a su control mensual, mucho más que lo que ocurre con hipertensión arterial, lo cual es bueno en esto se debe insistir y mejorar.

Nuestro último gráfico es en base a la última pregunta de nuestra encuesta y se trata sobre las acciones que realizan los pacientes a más de tomar la medicación como son: ejercicio, dieta etc.

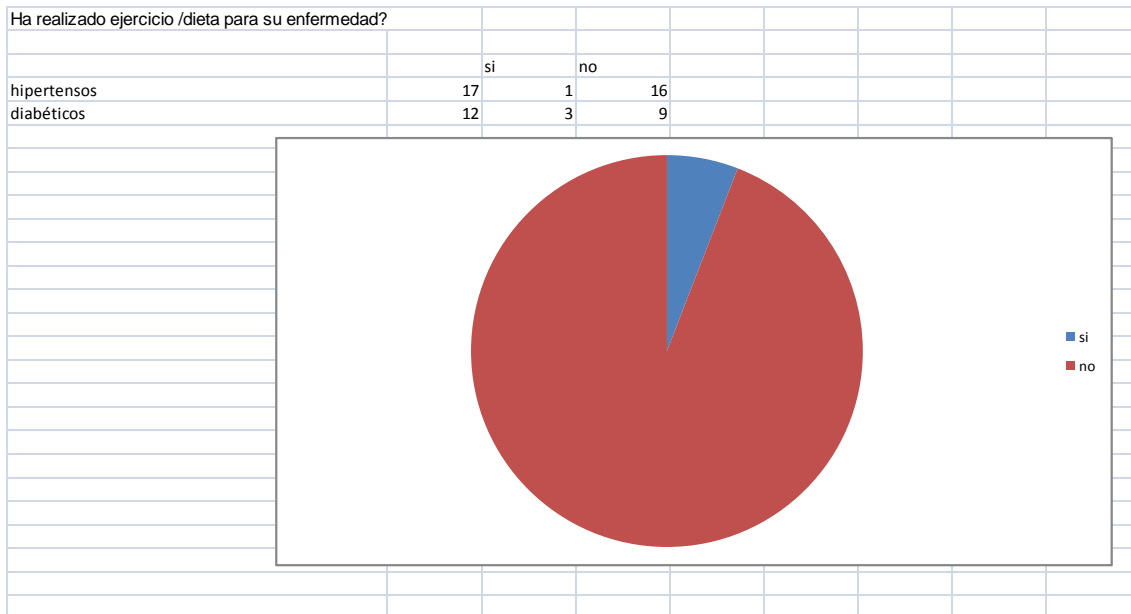
Hemos unido las dos patologías porque casi las respuestas fueron muy similares como veremos.

MODIFICACIÓN DE ESTILO DE VIDA TANTO EN DIABÉTICOS COMO HIPERTENSOS.

Tabla y gráfico No 1

Tabla.: Modificación del estilo de vida por sus patologías?

Gráfico: representación de la tabla 1



Fuente: encuesta SCS Carcelén Bajo Agosto 2011

Podemos ver que no realizan modificación del estilo de vida ya que se consideran mayores y creen que esto no es necesario, hay que insistir en este aspecto, como vimos antes en lo que respecta a diabetes si hacen algo de dieta pero en lo que respecta a hipertensión no lo hace nada o casi nada lo hace.

Este aspecto se ha trabajado muy poco en la unidad de salud, pero con estos datos debemos implementar el cambio de estrategias, entre las cuales ingresen tratar de modificar los estilos de vida.

Con todos estos datos ya decidimos realizar nuestra intervención, a continuación indicaremos que se hizo y que se continuará haciendo a lo largo de este año y si es posible del siguiente para conseguir cumplir nuestros objetivos.

CAPITULO III

3.1 DISEÑO DE INTERVENCIÓN:

Como hemos visto nuestro problema de adherencia se da en la consulta externa de la unidad de salud de Carcelén Bajo que es el servicio final, las encuestas que hemos realizado así nos lo han indicado que pese a que aparentemente no existía este problema era que no lo conocíamos porque no lo habíamos buscado.

Con nuestro problema ya reconocido y con conocimiento de sus `posibles causas se implementó las estrategias que a continuación detallamos con la finalidad de conseguir los cambios deseados.

Este problema es de mucho interés para nosotros como profesionales y pese a que no hay información sobre esto en nuestro país hay gran cantidad de información en el extranjero que es de lo que me he basado para aprender ya que en otros países ya están dándose cuenta que no es cuestión de cambiar medicación sino de conseguir adherencia a la misma.

Al conversar con los pacientes estos nos dicen que no se habían dado cuenta de que el no tomar la medicación en forma regular era un problema, al irles educando se han puesto a pensar de que no han tomado muy en serio su enfermedad, ya que estaban convencidos que la medicación era suficiente y que no pasará nada si uno o dos días no la toman.

Ante esto implementamos nuestras estrategias, iniciamos con las alternativas de solución.

3.2 Alternativas de solución:

Cabe anotar que hace algunos años el programa de enfermedades crónicas, no siquiera existía en el MSP y tampoco había medicación para ellos, hace cerca de 2 años y cuando enviaron profesionales nuevos para que cumplan y trabajen como EBAS (Equipo Básico de Salud) una de las tareas era que debían hacer visitas domiciliarias con la finalidad de captar pacientes que no acudían a la unidad operativa, averiguar el porqué no lo hacían y que enfermedades presentaban.

Con esta medida encontraron que existían muchos pacientes adultos mayores en su mayoría que tenían enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes y algunos tomaban medicación otros no, por falta de dinero. Por esta razón se indicó al área que había este grupo de pacientes y que nos ayudaran con la medicación para los mismos

Casi igualmente el MSP sacó su libro ya indicado sobre la guía para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas (MSP, Guías para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, 2005) y nos dieron la charla sobre él mismo. De esta manera decidieron captamos a los pacientes que ya acuden a la unidad de salud, por supuesto no todos lo hacen, pero al enterarse que ya hay medicación, lo van haciendo poco a poco.

Ante esta falta de adhesión la cual es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de la salud. Decidimos iniciar el cambio con charlas educativas con la finalidad de conseguir una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (MSP, Guías para el

diagnóstico, tratamiento y prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, 2005)

Estas charlas fueron realizadas en los dos grupos implicados como son: el personal de la unidad de salud y los pacientes crónicos.

Iniciamos nuestra tarea con los pacientes y en las mismas fechas con el personal de la UO y en una segunda fase si no se logra el cambio lo haremos con los familiares de los mismos y/o pediríamos ayuda a la comunidad.

Además es importante indicar que la doctora rural que se encuentra trabajando con nosotros desde hace 3 meses continuará con este proyecto con la finalidad de lograr concluirlo y evaluarlo cuando termine su año rural y verificaremos si hubo o no modificaciones que lograron el cambio deseado.

A continuación ponemos nuestros grupos de cambio y que expectativas y recursos vamos a necesitar.

GRUPOS	INTERESES	EXPECTATIVAS	INFLUENCIA	RECURSOS
ADULTOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	EVITAR COMPLICACIONES DE SUS ENFERMEDADES	ADHERENCIA TOTAL A LA TOMA DE MEDICACIÓN	LA UNIDAD DE SALUD CON AYUDA DE LOS LIDERES BARRIALES	HUMANO
PERSONAL DE LA UNIDAD OPERATIVA	AYUDAR A ESTE GRUPO DE ENFERMOS CRÓNICOS	APOYO DE TODOS LOS QUE HACEMOS LA UNIDAD DE SALUD.PARA COSEGUIR LA TOTAL ADHERENCIA	IDEM	HUMANO

Fuente: texto básico de investigaciones operativas (Villacres, 2010)

Es importante anotar que las actividades se están realizando a paso lento con la finalidad de que tanto los pacientes como el personal de salud vaya aprendiendo sobre el tema y sea ya parte de sus actividades diarias, igualmente el paciente debe

adquirir la consciencia necesaria para entender y aceptar este cambio. Por este motivo esta tarea de cambio será permanente hasta lograr la meta propuesta.

3.3. Evaluación operacional:

El proceso como hemos visto será realizada en diferentes fases, la primera una vez captados los pacientes, estos fueron sometidos a dos encuestas diferentes pero complementarias, que nos dieron una visión más clara de lo que sucedía con este tipo de pacientes.

A continuación vamos a revisar las actividades que se han realizado y que se van a seguir realizando hasta conseguir nuestro objetivo.

ACTIVIDAD	FECHA	LUGAR	RESPONSABLE
Reunir a l@s pacientes crónicos que acuden a la unidad de salud	Julio y Agosto del año en curso	SCS de Carcelén Bajo.	Responsable de la UO
Indicarles que se va a realizar unas encuestas con la finalidad de saber si hay o no adherencia a la medicación.	25 de Julio	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.
Realización de la encuesta sobre adherencia a las personas con enfermedades crónicas.	1 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.
Comunicación al personal de la UO sobre resultado de la primera encuesta.	3 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.
Comunicación a l@s pacientes sobre el resultado de la	5 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.

encuesta			
Hablar nuevamente con I@s pacientes para pedirles que nos ayuden con la nueva encuesta.	5 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.
Realización de la segunda encuesta para verificar posibles causas para no adherencia.	8 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.
Reunión para indicar las tabulaciones de estas encuestas al personal de la UO.(anexo 3)	11 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.
Luego de la tabulación reunión para lluvia de ideas para mejorar estos resultados con todo el personal de la UO	15 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Personal de la UO
Reunión con I@s pacientes para indicarles lo que se encontró en la segunda encuesta	16 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade
Reunión con los líderes barriales para indicarles que se va a pedir el apoyo de este grupo para las visitas domiciliarias de I@s pacientes crónicos.	17 de Agosto	SCS de Carcelén Bajo	Dra. Mónica Andrade.
Implementación de los cambios indicados por el personal de la UO como son el uso de ayudas memorias para los pacientes, visitas domiciliarias cada semana con la finalidad de vigilar si están o no tomando la medicación, charlas educativas sobre sus enfermedades y	Desde el 22 de Agosto en adelante.	SCS de Carcelén Bajo	Personal de la UO

riesgos de las mismas (anexo 3)			
Verificación de los cambios implementados 2 meses después de iniciados.	Octubre del año en curso	SCS de Carcelén Bajo	Personal de la UO
Reunión con los líderes barriales para indicarles los cambios logrados o no.	Noviembre del año en curso.	SCS de Carcelén Bajo.	Personal de la UO
Evaluación por parte del personal de la UO para saber si sirvieron o no las estrategias implementadas	Fines de Noviembre	SCS de Carcelén Bajo	Personal de la UO.
Si las estrategias sirvieron implementarlas en forma permanente notificando a la Jefatura de Área	Diciembre	SCS de Carcelén Bajo	Personal de la UO
Mantener reuniones trimestrales con el grupo de enfermos crónicos para estar seguros de que la adherencia sea parte de ellos. Realizar grupos focales.	Trimestral en el año 2012	SCS de Carcelén Bajo	Personal de la UO.
Reuniones con la UO con la finalidad de estar al tanto de lo que sucede con este grupo y demás acciones que se toman en la UO (anexo 3)	Reuniones cada mes en el 2012	SCS de Carcelén Bajo	Directora y personal de la UO.

Fuente: texto básico de investigación (Villacres, 2010)

Nuestra estrategia principal es la implementación de la ayuda memoria que se trata de un cuadro, muy simple realizado en la unidad operativa con letras grandes.

Estas ayuda memoria como yo los he llamado, servirán para que l@s pacientes se las lleven a sus casas, estarán hechos con nombres de cada paciente, nombre de la medicación y horario sugerido para la toma de medicación, además antes de hacerlas se les preguntará a qué hora toman y qué hacen para recordarse, porque es posible que en vez de escribir el horario, se ponga con el desayuno, almuerzo, café etc. Esto será para las personas que saben leer.

Para las personas analfabetas estas ayudas-memorias serán realizadas con colores y dibujados el sol o la luna de acuerdo al horario de la toma de medicación, igualmente se les preguntará algo representativo para que se acuerden y esto se lo puede poner en este documento.

Una vez entregado el documento se les recomendará que lo pongan en el lugar donde tienen la medicación y que todos los de la casa lo conozcan. Además se les indicará que en los siguientes días se les realizará una visita domiciliaria con la finalidad de verificar si están usando esto y contabilizar la medicación para darnos cuenta si han tomado o no.

Claro está que no se les podrá visitar a todos en la siguiente semana pero se hará un sorteo al azar o de acuerdo a lo que los profesionales sugieran ya que pueden conocer a los pacientes y decir visiten a tal o cual paciente.

Conjuntamente con lo anterior se dará charlas continuas que serán realizadas mínimo una vez cada semana con temas diferentes y de interés para ell@s y en cada charla se les hará un recordatorio de lo que se habló en la anterior sesión y se preguntará para saber si hubo o no entendimiento.

Estas charlas serán dadas en forma rotativa por los profesionales de la unidad operativa, los cuales anteriormente ya se sensibilizaron sobre el tema.

Con esto veremos si se lograron o no cumplir los objetivos propuestos, los cuales son a mediano y largo plazo.

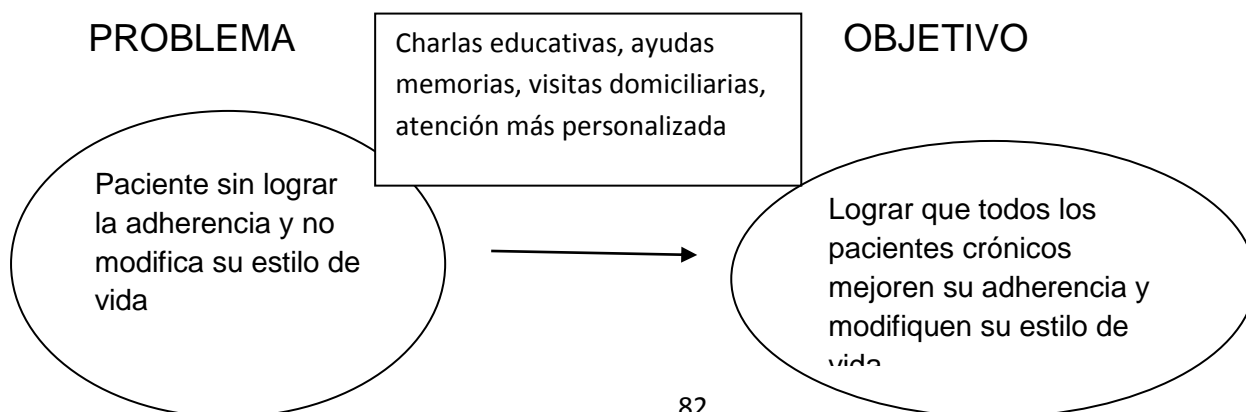
3.4 Logro de objetivos:

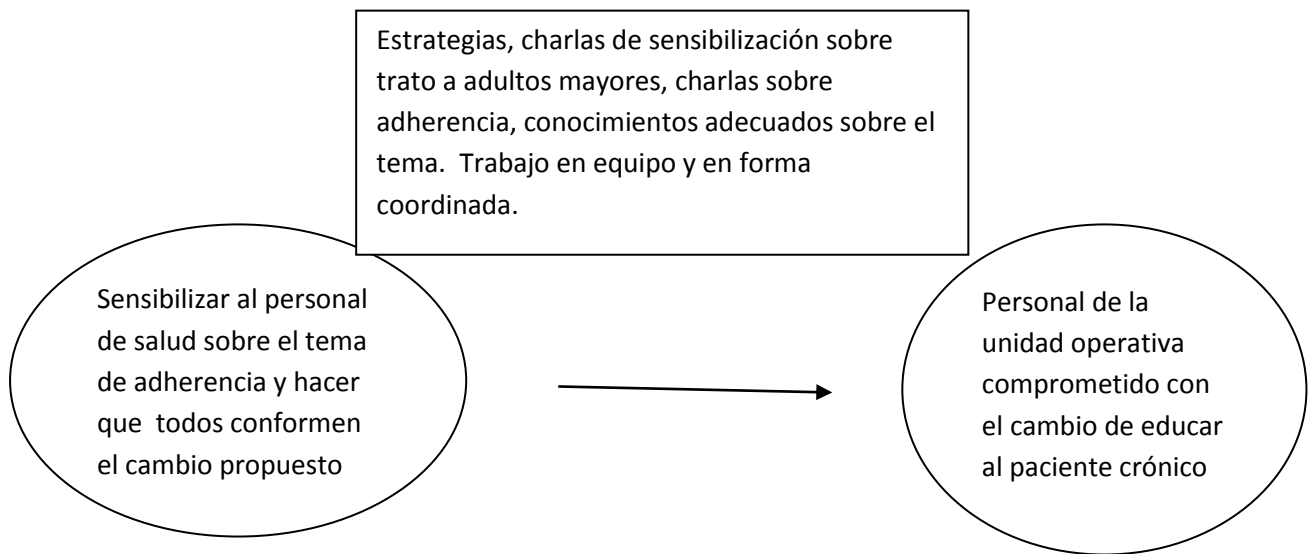
Al realizar este tipo de modificación en los pacientes nosotros esperamos que todos los pacientes crónicos, vayan adhiriéndose a la medicación y a la posibilidad de modificar su estilo de vida.

Claro está que puede ser que no consigamos esto en todos que haya un grupo reacio para adherirse o que no quieran definitivamente modificar su estilo de vida.

Esperamos que si se modifiquen en la mayoría y que los que ya lograron nos ayuden a tratar con los otros pacientes realizando grupos focales, para que nos cuenten sus experiencias y todos aprendan.

Entonces ante nuestro gran problema creemos que con las estrategias ya implementadas conseguiremos nuestro objetivo, estamos planteándonos a mediano plazo hasta el año que viene y a largo plazo porque el proyecto quedará de forma permanente ya que cada vez habrá nuevos miembros.





Las charlas educativas serán sobre su enfermedad, riesgos al no tomar la medicación, porqué deben de tomar la medicación, cómo actúa esta en el organismo, qué es cada enfermedad y qué hace en el organismo, importancia de modificar los estilos de vida.

A los 8 días de iniciada estas estrategias se los visito a algunos y pudimos verificar el uso de la ayuda memoria y se contó como la medicación como un método de verificación nuestra.

Hasta el momento los pacientes que han sido visitados que han sido 4 lo están haciendo bien, estamos a la espera de seguir haciendo este seguimiento y creemos que sí lograremos nuestra meta.

Si encontráramos que los pacientes no han cambiado se volverá a intentar y se les visitará en 8 días posteriores, dándoles una nueva oportunidad de que se ayuden a ellos mismos y a nosotros. Afortunadamente hasta el momento no hemos encontrado este problema.

De acuerdo a lo que se vaya encontrando las visitas serán cada vez más espaciadas pero nunca se las dejará de lado ya que son una herramienta importante.

Luego continuaremos en 3 meses con una encuesta parecida a la que hicimos para saber cómo logramos cambiar, si lo hicimos, o no. Para según esto implementar otro tipo de estrategia, talves con la ayuda de algún familiar, vecino o promotor de salud.

A fin de este año realizaremos una encuesta general para saber si nuestras intervenciones han servido o no. Si es así comunicaremos al área para sugerir se divulguen para otras unidades de salud del DMQ.

CAPITULO IV

4.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Con todo lo anteriormente señalado hemos logrado que los pacientes que asisten a nuestra unidad de salud, sepan lo que es adherencia y porqué es importante que ellos sean entes activos de su enfermedad, están aprendiendo sobre su problema, y algunos ya están preparados para reconocer los signos de alarma, saben qué deben hacer, a donde acudir y sobre todo evitan olvidarse de tomar su medicación.

Estamos con algunos implementando también la modificación de sus estilos de vida, aún no logramos lo de la dieta, sólo en los diabéticos que si suspenden los azúcares, pero ya están haciendo ejercicio 15' diarios. En cada visita por supuesto se está haciendo un riguroso control del peso para saber si estamos o no logrando nuestra meta y si está sirviendo las medidas no farmacológicas.

Igualmente nosotros como profesionales de salud hemos cambiado nuestra forma de atender somos más proactivos con los pacientes, les permitimos que se involucren en las decisiones que se toman sobre sus medicaciones, es decir estamos dando una atención más personalizada.

Claro está que el problema es el tiempo que nos demoramos en atenderlos así que estamos sugiriendo que en las reuniones con ellos se les aclare más dudas a menos que sean emergentes, para evitarnos problemas con el resto de pacientes que indica que les hacemos esperar más de lo ya acostumbrado.

Como es algo nuevo vamos a irlo cambiando y modificando sobre la marcha. Nuestros grandes grupos beneficiarios son los ya indicados.

BENEFICIARIOS:

Los pacientes que son los que más nos interesan, ya que al hacerse cargo de sus propias enfermedades, son personas más seguras de las mismas y muy colaboradoras y están aprendiendo a tomar las riendas de su enfermedad, algunos de ellos están muy entusiasmados, esto nos ayuda porque el resto ve y quiere también hacer este cambio.

Los profesionales hemos aprendido mucho y nos sentimos que somos parte integral de la comunidad, y que hemos logrado que nuestros compañeros aprendan algo diferente como es sobre adhesión y nos encontramos motivados con el tema y con conseguir este cambio.

Con respecto a los 4 pacientes que estaban insatisfechos con la atención les hemos realizado visitas domiciliarias con la finalidad de conocer el porqué de su insatisfacción y en que más les podemos ayudar han vuelto a la unidad y se les ve más tranquilos sin embargo hay que comprobar el cambio con la nueva encuesta.

Además se está insistiendo mucho en el cambio de estilo de vida, para lo cual los dos grupos se van a incluir y formar parte del mismo programa, con la finalidad de dar el ejemplo y todos modificar de mejor manera sus vidas.

Como ya indiqué la doctora rural continuará en este proyecto el resto del año que le queda para que trabaje en nuestra unidad que son cerca de 8 meses, con lo cual

creemos que se cumplirá un año en la modificación de la estrategia y creemos que es tiempo suficiente para lograr el cambio.

Sin embargo recomendamos que el control no se deje de lado es decir que se continúen las visitas domiciliarias con la finalidad de verificar la toma de medicación y sobre todo para saber si siguen utilizando nuestras ayudas memorias.

BIBLIOGRAFÍA

- Altura, s. d. (2009). *Vademécum farmacoterapéutico*. Quito . Capítulo II pg, 47
- Amigo, F. (2004). Tratamiento de la adherencia. Capítulo I pags, 28, 29
- Bajo, P. d. (2010). *Diagnóstico situacional del SCS de Carcelén Bajo*. Quito-Ecuador. Capítulo I pg 35,36
- Bandura. (2000). Teorías de autoeficacia en la adherencia. Capítulo I pags 28, 29
- Diccionario. (2010). *Enfermedades Crónicas*. España. Capítulo I pg 24
- Harrison. (2000). *Medicina Interna*. USA. Capítulo I PG 21
- Holguin, lyda, Correa, Diego, Arrivillaga, et al. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, efectividad de un programa de intervención biosicosocial. *Artículos originales*. Bogotá . Capítulo I pg 26, 27, 29.
- Ingarama. (2009). Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento. *Revista Italiana* . Capítulo I PG 30, 32. Capítulo II pag 39
- Klaus, R. O. (2008). La amenaza de las nuevas dolencias. *Pueblo en línea* . Capítulo I pg 21, 26
- Levine, M. G. (2000). Test de adherencia a la toma de medicación. *Artículos médicos* . Capítulo I PG 38, 39 Capítulo II pags 43 hasta la 53 y desde la pag 67 a la 71.
- Levine, M. (2000). Test de adherencia. *Revista americana* . Capítulo II pg 38
- Morisky. (2000). Test de adherencia a la toma de medicación. Capítulo II Pg 38, 39
- MSP. (2009). *Guías de tratamiento para el adulto mayor y enfermedades crónicas*. Quito. Capítulo I Ppg 32. 33, Capítulo III pg 87
- MSP. (2005). *Guías para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles*. Quito-Ecuador: Artes Gráficas. Capítulo I pg 21,22,24
- OMS. (2006). *Enfermedades Crónicas recomendaciones*. Capítulo I pag 25
- OMS. (2007). *Enfermedades Crónicas y Prevención de la Salud*. Londres. Capítulo I pg, 20, 24, 26, 33

- Rodriguez. (2004). Adherencia del paciente hipertenso. Capítulo I pg 28
- Rosa, P. (2010). *VIH*. Madrid. Capítulo I pg 23
- SIISE. (2005). *Datos demográficos del Distrito Metropolitano de Quito*. Quito. Capítulo I pg 23
- Valdes, b. s. (2006). Enfermedades crónicas. *enfermedades crónicas*. Madrid. Capítulo I pg 20, 24, 26
- Villacres. (2010). *Guía para la investigación operativa*. Quito. Capítulo III pg 88 a 91
- Wikipedia. (2004). *Adherencia*. Capítulo I pgs 23 al 30
- Wikipedia. (2004). *Enfermedades Crónicas*. Recuperado el julio de 2011, de Wikipedia: Enciclopedia Libre Capítulo I pg 23

ANEXOS

ANEXO 1

1.- Test de Morisky Green-Levine

PREGUNTAS	SI	NO
1.- Se olvida de tomar alguna vez de tomar la medicación?		
2.- Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3.- Cuando se encuentra bien. ¿ Deja de tomarlos?		
4.- Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomarlos?		
ADHERENTE	SI	NO

ANEXO 2

ENCUESTA PARA VERIFICAR CAUSAS DE FALTA DE ADHERENCIA A LA TOMA DE MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES CRONICOS EN EL SCS DE CARCELEN BAJO AGOSTO 2011.

Esta encuesta será realizada por el profesional y se le preguntará en forma individual a todos los pacientes crónicos que respondieron a la encuesta anterior sobre adherencia o no a la toma de medicación.

Está dividida en secciones según sea las posibles causas del paciente, profesional, medicación y la unidad operativa.

Todas las preguntas deben ser respondidas por el paciente no se les puede dar las opciones.

1.- Ud entiende lo que significa tener su enfermedad? : SI NO

Conoce los riesgos que conlleva tener estas enfermedades SI NO

En hipertensión arterial cuantos tipos de riesgos conoce:

- Cerebrales: derrames.....
- Cardiológicos: infarto angina.....
- Renales:

En diabetes:

- Cardíacos: infarto.....
- Cerebrales: derrames.....
- Otros: retinopatía, nefropatía, pie diabético, problemas microvasculares
-

2.- Tiene familiares con su enfermedad?

SI NO

Cuántos.

3.- Existe satisfacción con el personal de salud?

Muy insatisfecho.....

Insatisfecho.....

Satisfecho.....

Muy satisfecho.....

4.- El profesional le pregunta cuando acude a la consulta si ha tomado la medicación?

Nunca.....

Rara vez.....

A veces.....

Siempre.....

5.- Entiende las recomendaciones del profesional sobre cómo tomar la medicación?

Nunca.....

Rara vez.....

A veces.....

Siempre.....

6.- Cuando Ud toma la medicación nota que le ayuda? (Efectividad) La TA debe haber bajado a límites permitidos < a 140/90 y la glicemia < 140

Nunca.....

Rara vez.....

A veces.....

Siempre.....

7.- Ha notado que cuando toma la medicación esta le provoca algún malestar?

Nunca.....

Rara vez.....

A veces.....

Siempre.....

Cuáles:.....

Han sido muy graves.....

No muy graves.....

Algo graves.....

Nunca graves.....

8.- Existe disponibilidad de la medicación en la unidad de salud?

Nunca.....

Rara vez.....

Frecuentemente.....

Siempre.....

9.- El tiempo de espera en la unidad cada vez que va a que le examinen es:

Muy largo > 3 horas.....

No muy largo 2-3 horas.....

Lo esperado 1-2 horas.....

Corto < a 1 hora.....

.

10.- Va al Subcentro por:.....

Se siente enfermo.....

Se terminó la medicación.....

Cree que la medicación no ha hecho efecto.....

Cada mes al control.....

11.- Ud ha modificado su estilo de vida por su enfermedad, ejercicio, dieta

SI

No

ANEXO 3

Reunión con el personal de la unidad de salud.



El personal de salud en la parte de afuera del SCS



Reunión con el grupo de adultos mayores



Reunión para explicarles sobre las encuestas y luego las realicé en forma individual.



Reunión con los adultos mayores cuando terminé de realizar las encuestas.



Reunión con los adultos mayores celebrando un cumpleaños en 23 agosto 2011

