



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
1810/1318V



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO-

Vulnerabilidad de los Adultos Mayores diabéticos y/o hipertensos residentes en complejos del BPS, relacionada con el cumplimiento terapéutico medicamentoso

AUTORES:

Br. Cañette, Virginia

Br. García, Jonathan

Br. Marichal, Sebastián

Br. Márquez, Silvina

Br. Vicente, María Noel

Tutoras:

Prof. Adj. Esp. Camejo, Cristina

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Adj Esp Rundie, Diana

Montevideo, 2012.



Agradecimiento

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, dando ánimo, acompañándonos en los momentos difíciles y en los momentos de felicidad.

Agradecemos a la Prof. Adj. Esp. Cristina Camejo por haber confiado en nosotros, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. Al la Lic. Adj Esp Diana Rundie por los consejos, el apoyo y el ánimo que nos brindó.

Gracias a nuestros familiares que nos acompañaron en esta aventura.

Gracias a todos.



Índice:

Resumen.....	4
Introducción.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	11
Marco teórico.....	13
Objetivos de la investigación.....	22
Metodología de la investigación.....	23
Análisis.....	31
Discusión.....	65
Conclusiones.....	69
Bibliografía.....	70
Cronograma.....	73
Presupuesto.....	73
Anexos.....	75

Resumen:

El siguiente trabajo se realizó por cinco estudiantes de Facultad de Enfermería Universidad de la República, que se encuentra cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería correspondiente al Trabajo de Investigación final.

El propósito de realizar esta investigación es poder **determinar si existe relación entre las variables** planteadas para como profesionales de Enfermería poder establecer estrategias de intervención basándonos en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem.

Como objetivo el grupo se plantea determinar si existe relación entre la vulnerabilidad de los ancianos y el cumplimiento terapéutico medicamentoso de hipertensos y/o diabéticos en cuatro complejos habitacionales del Banco de Previsión Social en el periodo febrero-noviembre de 2012.

Las variables de estudio señalamos entre ellas; patología que presentan, tratamiento medicamentoso, olvido del consumo de la medicación, con quien vive, descuido de la medicación, estando bien abandona el tratamiento, estando mal abandona el tratamiento, cuando esta solo/a necesita ayuda (estudio transversal de salud del Adulto Mayor) y las correspondiente a las escalas Morisky Green y Barber las cuales miden la vulnerabilidad y la adopción al tratamiento medicamentoso respectivamente.

El estudio es de relación (19-a) mientras que el diseño es de tipo descriptivo no experimental de corte transversal, cualitativo, no probabilístico.

El universo fue conformado por todos los ancianos que residen en los cuatro complejos habitacionales del Banco de Previsión Social de Montevideo, siendo la muestra los anteriormente mencionado que cumplan con los criterios de inclusión,



en este caso los usuarios mayores de 75 años (según la OMS se considera anciano aquellas personas iguales o mayores a 75 años) (5), ser diabético y/o hipertenso, en tratamiento medicamentoso y autoricen ser encuestados.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario anteriormente proporcionado por la cátedras que permite caracterizar a la población y determinar la muestra y dos escalas de valoración tanto para medir la vulnerabilidad (Escala de Barber (2)) como para medir el cumplimiento medicamentoso (escala de Morisky-Green (3)).

Una vez finalizada la recolección de datos, los mismos fueron ingresados a una hoja de cálculo del programa Epi info para luego realizar el test estadístico de Chi cuadrado que podrá demostrar si existe relación entre vulnerabilidad y cumplimiento medicamentoso.

Los resultados arrojados en dicha investigación fueron que se logro entrevistar a 104 personas, de las cuales 42 cumplían con los criterios de inclusión, con predominio hacia el sexo femenino, y con un rango de edad predominante de 74 a 83 años.

Dentro de la variable patología lo más frecuente fue Hipertensión Arterial con un 54.8%, seguido de un 16.3% Hipertensión y Diabetes Mellitus (patología mixta).

Para la variable Vulnerabilidad se observo que 88.1% fue vulnerable y el restante 11.9 no lo era.

Para la variable Adherencia al tratamiento medicamentoso 69% es no adherente mientras que el restante 31% es adherente.

Cruzando las variables Adherencia y Vulnerabilidad se observo que en un 92.3% son vulnerables y adherentes, y un 86.2% son vulnerables y no adherentes.



Se demostró que en esta población estudiada, realizando un Chi cuadrado que **no existe relación** entre la Adherencia al tratamiento medicamentoso y la Vulnerabilidad.

¹2. Escala de barter : www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570 consultado 27/03/12 hora 15:10

3. Escala de Morisky-Green: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000300009&script=sci_arttext#2 consultado 27/03/12 hora 15:20

4. Metodología de la investigación, Roberto Hernández Sampieri, ed Mc Graw-Hill. Cuarta edición, 2008. (a) pág. 104, (b) pág. 238, (c) pág. 236, (d) 241.



Introducción

Nuestro interés por el tema surge ya que consideramos que los ancianos son más vulnerables porque presentan una serie de cambios funcionales que podrían llegar a ser los responsables de reingresos hospitalarios. En nuestra práctica diaria observamos numerosos casos que no cumplen con el tratamiento medicamentoso indicado por los médicos; esto genera complicaciones en la salud de los mismos, gastos sanitarios y descompensaciones metabólicas, que podrían ser los responsables del aumento del grado de vulnerabilidad.

Por lo tanto, el grupo se plantea como objetivo determinar si existe relación entre la vulnerabilidad de los ancianos y el cumplimiento terapéutico medicamentoso de hipertensos y/o diabéticos en los cuatro complejos habitacionales del Banco de Previsión Social.

Se tomo **como referencia**, un estudio llevado a cabo por la Universidad Nacional de Colombia que muestra la correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial.

Los resultados de dicho estudio revelaron que la capacidad de agencia de autocuidado está fuertemente correlacionada con la adherencia al tratamiento. Esta relación revela que cuando más la persona se auto cuida, mejor se adhiere el tratamiento, por tanto cuanto más aporta enfermería en el logro del auto cuidado de las personas, más se obtiene la adherencia hacia el tratamiento, encontrando mejor respuesta en el programa. Por tanto las estrategias para fomentar el autocuidado de la salud podrán obtener mejor respuesta del control de su HTA y prevención de complicaciones por esta causa. (7)



Por este motivo nos parece importante investigar sobre el tema ya que vivimos en un país envejecido donde se debe mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos previniendo sucesos adversos dados por la polifarmacia propia de los adultos. (5)

Planteamiento del problema

Determinar si existe relación entre la vulnerabilidad de los ancianos y el cumplimiento terapéutico medicamentoso de hipertensos y/o diabéticos en el periodo febrero-noviembre de 2012 en cuatro complejos habitacionales del Banco de Previsión Social.

Los ancianos mayores o iguales a 75 años son los usuarios vulnerables en mayor medida a la adherencia de tratamientos y a su seguimiento lo cual genera un riesgo en esta franja etaria y un gasto económico en el sistema sanitario de gran importancia. (5)

“Diversos estudios (23, 30, 45, 47) identifican un gran número de pacientes geriátricos recibiendo más drogas de lo necesario. El riesgo de la interacción entre las drogas causando efectos indeseables está directamente relacionado con la cantidad de medicamentos prescritos.

Acciones profilácticas como una prescripción equilibrada son vitales para reducir la incidencia de tales reacciones y prevenir un largo período de internación hospitalaria, causando gastos y complicaciones en la condición de salud del paciente anciano (45).

La polifarmacia es definida como la administración de varios medicamentos simultáneamente y el uso de drogas adicionales para corregir el efecto adverso de otras drogas (45), resultando en un aumento de las interacciones farmacológicas y en una mayor tendencia de inducción al error cuando el paciente se automedica.

De manera general, prácticamente el 87% de los individuos con 75 años de edad o más siguen un tratamiento regular con fármacos, y no menos del 44% toman tres o más drogas regularmente (30, 47).” (6)

En cuanto a la hipertensión arterial según la OMS es considerada la primera causa de morbi-mortalidad. Siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus dos grandes enfermedades con una alta prevalencia en nuestro país, y que en un menor porcentaje de estas son adecuadamente contraladas. (5)

Epidemiológicamente hablando en nuestro país encontramos un 17% de población mayor de 60 años, que crece de manera acelerada. (5)

“En Uruguay, el 8,2 % de la población es diabética. De ellos, un 20% desconoce que padece de esta enfermedad. Además existe otro 8% de la población que tiene grandes probabilidades de ser diabético. De ahí que los estudios de prevalencia sitúen en 16,2 el porcentaje de uruguayos con diabetes, aproximadamente 534.600 uruguayos.” (33)

“La hipertensión arterial (HTA) constituye un serio problema de salud pública en nuestro medio, dado que 33% de la población adulta la padece, y que solamente 12-14% del total de los hipertensos tienen su PA controlada. Esto permite entender la elevada mortalidad por accidente cerebrovascular (ACV) en nuestro medio, de 104 fallecimientos por 100.000 habitantes por año, cifra que es casi el doble de la observada en los EE.UU. Además de la elevada mortalidad, nuestro país soporta una pesada carga de años de vida vividos con discapacidad (AVAD) por el ACV, siendo esta la principal causa de AVAD en Uruguay.”(34)

²5. www.msp.gub.uy/programadeladultomayor consultado 10/2/12 horas 09:30:

6. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000100004&script=sci_arttext extraído el 3/5/12 hs10:00:
23. Hughes SG. Prescribing for the elderly patient: why do we need to exercise caution? Br J Clin Pharmacol 1998; 46: 531-3rs C. Medicines and elderly people: a general practice survey. Br Med J 1976; i: 565-8].

45. Souza PM. Santos Neto LL. Kusano LTE. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. Rev Saúde Pública 2007; 41 (6): 1049-53

47. Teixeira JJV, Lefèvre F. Drug prescription from the perspective of elderly patients. Rev Saúde Pública 2001; 35 (2): 207-13;

8. <http://www.bdigital.unal.edu.co/3922/> extraído el 27/5/12 hora 14:37

33. <http://archivo.presidencia.gub.uy/web/noticias/2008/04/2008040310.htm> 12/07/2012 hora 16:30

34. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-00482005000200007&script=sci_arttext 12/07/2012 hora 17:00

Justificación

Según información recabada desde el MSP los ancianos mayores de 75 años son los usuarios vulnerables en mayor medida a la adherencia de tratamiento medicamentoso y a su seguimiento lo cual genera un riesgo en esta población etaria y un gasto económico en el sistema sanitario de gran importancia.

Epidemiológicamente hablando en nuestro país encontramos un 17% de población mayor de 60 años, mientras que 13.4% es mayor de 65 años, en cuanto los mayores de 75 años es la franja que crece de manera acelerada. “(1)

Es de gran relevancia trabajar sobre este tema ya que hay escasa información sobre el mismo, o se estudia por separado y no desde el punto de vista de relación entre las variables y mucho menos relacionado con autocuidado.

“La agencia de autocuidado es definida por Orem (2) como la «compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo”(3).

Con nuestro trabajo de investigación, pretendemos ser el puntapié inicial para futuros estudios relacionados al tema además de una reflexión tanto a nivel del personal sanitario como el entorno donde se encuentra inmerso el anciano. Nos planteamos una reflexión sobre el control que se está teniendo en esta población, para formar nuevos planes de atención en lo que refiere a la promoción y prevención, aplicado en el primer nivel de atención adecuadamente teniendo en cuenta los cambios funcionales del anciano frente a un plan terapéutico.

Las conclusiones de la reflexión y de este estudio, es el propósito que sirvan para generar nuevas estrategias en enfermería en una asistencia directa e indirecta para con los ancianos. Directa ya que el proceso de atención de enfermería se lleva acabo directamente con el paciente. Un claro ejemplo de esto es cuando un profesional de enfermería realiza una visita domiciliaria, mientras que en la indirecta se trabajara lejos del paciente pero siempre buscando beneficio hacia el mismo. Un ejemplo de ello, es trabajar en planificación. (Programa del Adulto Mayor). De esta manera, lograr fomentar el auto cuidado y lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico, mejorando la calidad de vida de nuestra población anciana y contribuyendo a disminuir los gastos económicos del sistema de salud.

³1. www.msp.gub.uy/programadeladultomayor consultado 09/02/12 hora 08:45

3. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf> consultado 03/05/12 hora 10:05

2. Orem DE. Soins infirmiers: les concepts et la pratique. Traducido por: Gosselin Danielle. Montreal: Décarie Éditeur inc; 1987.

Marco Teórico

La salud es un concepto esencial para la disciplina de enfermería por lo cual se nos hace de gran relevancia definir el concepto salud enfermedad, siendo este “un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra.”

En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad racional y a la situación Salud-Enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que se debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”. (6)

La conservación de la salud y de la independencia funcional son los aspectos más importantes de la promoción de la salud en los adultos de edad avanzada siendo estas “las personas de 65 años o más, incluye una población con un amplio espectro de edades, estados de salud y capacidades generales”. (5) “Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas avanzadas, de 75 a 90 años viejos o **ancianos**, y los que sobrepasan los 90 años se los denomina grandes viejos o longevos”. (5)

La gerontología es quien se encarga de estudiar los cambios presentes en los mismos la cual se define como “el estudio científico del proceso del envejecimiento, es encontrar respuestas al proceso normal del envejecimiento”...

Es el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias desde punto de vista biológico, medico, psicológico y socioeconómico.

Gerontología es el estudio biológico, psicológico y sociológico combinado de los ancianos dentro de su ambiente. (13)

El campo de la **enfermería gerontológica/geriátrica** es la que se especializa en el proceso de enfermería en tanto se relaciona con la valoración inicial, el diagnóstico de enfermería, la planificación, la implementación y la valoración de los adultos de edad avanzada en todos los ambientes, lo que incluye al agudo, al intermedio y la atención especializada, así como dentro de la comunidad. (13)

Por otra parte quien se ocupa de los problemas médicos de los adultos mayores y de las enfermedades de las personas ancianas así como prevención y tratamiento es la **geriatria**. (7)

El “**Envejecimiento** se define como la transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyen constantemente, lo que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia, y los roles sociales.” (11)

“Dentro del proceso normal del envejecimiento se producen cambios que vuelven mas lentos los impulsos nerviosos, prolongan el tiempo de cicatrización, y reducen la capacidad del cuerpo para defenderse de las enfermedades (SCHAIE y WILLS 1986).

Aunque los deterioros físico mentales y sensorial aumentan con la edad, las limitaciones graves e incapacidades son todavía relativamente raras entre las personas mayores. (9)

Si hablamos de el proceso normal del envejecimiento necesariamente tenemos que hablar de persona mayor **frágil** “la definición en sí misma expresa que un adulto mayor puede llegar a ser vulnerable por causas médicas o biológicas, por situaciones sociales (aislamiento social, pobreza, etc.), por iatrogenias, hospitalismo o por problemas mentales siendo habitualmente una asociación de múltiples factores determinantes (28).

Para poder medir en grado de vulnerabilidad de los ancianos se utilizara **la escala de Barber**. La misma se creó y comenzó a utilizarse en Inglaterra al inicio de los años ochenta para detectar a los ancianos con riesgo de dependencia, inicialmente como cuestionario postal, aunque posteriormente ha tenido diversas modificaciones por otros autores, tanto en contenido como en la vía de administración. El mismo consta de 9 ítems con respuesta dicotómica si – no. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia. (29)

“Durante la década de los 60, 70 y 80 años se produce una pérdida de la capacidad física, psicológica y social. Es raro que una persona de 80 años no sufra una o varias enfermedades incapacitantes crónicas”. (30) Todos estos cambios que se producen en la vejez pueden llevar a necesitar cuidados de enfermería ya que puede presentar déficit de autocuidado.

Dentro de las teorías de enfermería encontramos “**la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem** la misma aconseja, apoya y autoriza a los adultos mayores a cubrir sus propias necesidades hasta el máximo de su capacidad. Orem sugiere que el enfermero es el responsable de identificar lo que la persona necesita y lo es también de proporcionar y dirigir los recursos que permitan al paciente ocuparse de su autocuidado; dando por supuesto que estas actividades son continuadas, el resultado de estos esfuerzos de enfermería será ayudado a la persona mayor a mantener la vida y la salud, a recuperarse de la enfermedad o de la lesión y a afrontar los efectos de las mismas”. (15).

En los ancianos debe ponerse en mejorar su calidad de vida y así evitar complicaciones propias de su patología crónicas como las que abordaremos en esta investigación (hipertensión arterial y la diabetes mellitus).

“**La hipertensión** es el factor de predicción aislado mas importante acerca del riesgo cardiovascular. La incidencia aumenta a lo largo de la vida, y es

aproximadamente igual en hombres y en mujeres después de los 60 años de edad”. (26)

La hipertensión arterial consiste en una presión arterial sistólica superior a 140mmhg y una diastólica superior a 90mmhg por un periodo prolongado, con base en al promedio de dos o más mediciones de la presión arterial obtenida en dos o más contactos con el proveedor de atención a la salud después de una prueba de detección precoz.

Entre más alta es la presión, ya sea la sistólica o diastólica, mayor es el riesgo.

La hipertensión a menudo acompaña a varios factores de riesgo para cardiopatías aterosclerótica como dislipemia (niveles anormales de lípidos en sangre) y diabetes mellitus. (18)

“Alrededor del 50% de los mayores de 60 años tienen resultados anormales en la prueba de tolerancia a la glucosa, siendo” (27) “**La diabetes mellitus** constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas (American Diabetes Association [ADA], Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003). Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa cuya fuente principal es la absorción de los alimentos en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos que forman parte de las sustancias alimenticias.

La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento, en es estado diabético, las células dejan de responder a la insulina, o bien el páncreas deja totalmente de producirla, esto condice a la hiperglucemia, que causa complicaciones metabólicas agudas como cetoacidosis diabética (diabetic Keroacidosis, DKA) y

síndrome hiperosmolar no cetónico (hhns). Los efectos de largo plazo de la hiperglucemia constituyen a complicaciones macrovasculares (arteriopatía crónica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica), complicaciones microvasculares cónicas (enfermedades renales y oculares) y complicaciones neuropatías (enfermedades nerviosas).” (25)

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. (10)

El cumplimiento del régimen farmacológico es un problema importante en los adultos mayores debido a numerosos factores, por ejemplo:

- 1) **la existencia de múltiples enfermedades** que exigen la administración de numerosos medicamentos a menudo obtenidos en varias farmacias, lo cual puede llegar a provocar confusión en el paciente.
- 2) **disfunción cognoscitiva**, con pérdida de memoria asociada y el consiguiente fracaso de la toma adecuada de la medicación, lo que provoca el empeoramiento de la enfermedad o en algunos casos una toma exagerada del fármaco provocando toxicidad.
- 3) **ingresos limitados** e imposibilidad de pagar los medicamentos provoca empeoramiento de la enfermedad.
- 4) **dificultades** para acudir a las consultas o al hospital por problemas de movilidad o transporte.
- 5) **problemas visuales** dando lugar a reacciones adversas, por inadecuada posología.

6) **enfermedades médicas** que pueden interferir en la coordinación fina y grosera de las extremidades superiores, necesarias para administrar la medicación. (15).

La adaptación es el conjunto de reacciones mediante las cuales un individuo modifica su estructura o su comportamiento para responder de manera armónica las condiciones que le plantea determinado ambiente.

En psiquiatría se considera siempre la adopción desde un punto de vista netamente social que resulta muy complejo que en algunas ocasiones puede poner en juego los elementos dispares.

La facultad de adaptación es primitiva de los seres vivos y los distingue de la materia inanimada. (16)

El correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico puede llevarse a cabo mediante el grado de adaptación que el individuo tenga. El cumplimiento se ha definido como << el grado en que el comportamiento del paciente coincide con la prescripción clínica >>. La prescripción puede incluir, además del tratamiento farmacológico, una modificación del estilo de vida, por ejemplo en el hábito del tabáquico. Sin embargo, el grueso de la literatura se concentra en los diversos aspectos del cumplimiento del paciente con el tratamiento farmacológico.

No es posible una valoración detallada de la magnitud del problema del incumplimiento debido a la dificultad de la interpretación cualitativa y cuantitativa de la definición anteriormente citada. El paciente incumplidor se ha definido de forma variada y arbitraria como una persona que toma menos del 30 %, 50 %, o 90 % de su tratamiento. Por lo tanto, no es sorprendente que la incidencia estimada de incumplimiento muestre una variabilidad marcada. La mayoría de estudios han demostrado que por lo menos un tercio de los pacientes no siguen de alguna manera la prescripción, pero en algunos casos la incidencia de incumplimiento se ha encontrado en más del 93 %.

A pesar del potencial efecto significativo de la edad sobre el cumplimiento, existen pocos datos en la literatura del cumplimiento del anciano comparado con el joven. La sospecha de que la incidencia de incumplimiento en los pacientes ancianos es mayor que en los pacientes jóvenes puede ser correcta. Debido a la concurrencia de múltiples enfermedades se les prescribe más medicaciones que a la gente joven. Esta polifarmacia incrementa la posibilidad de errores. El problema se complica por la mala vista, la afectación mental y la reducción de la destreza manual. El número máximo de fármacos que puede manejar el paciente anciano con la debida atención es de tres. (31)

Los pacientes que se equivocan es más probable que cometan errores múltiples. Schwartz y cols. (1962) encontraron que el número medio de errores por paciente que se confundía era de 2,6%.

El error más frecuente fue la omisión, seguido de errores en la dosis, el período y la frecuencia. Por otra parte, puede muy bien ser que los pacientes ancianos relativamente sanos tomen sus medicaciones de forma tan segura como los pacientes más jóvenes. Es más probable que tengan una rutina regular sobre la que superponen el tomar las medicinas.

Las consecuencias del incumplimiento en los pacientes ancianos son graves. La omisión del tratamiento, deliberada o accidental, produce una pérdida del efecto anticipado terapéutico. Se ha demostrado que el incumplimiento es un factor relacionado con el ingreso hospitalario.

La hospitalización innecesaria es claramente indeseable en cualquier paciente sin relación con la edad, pero más en los pacientes ancianos para los cuales el cambio ambiental y de la rutina diaria es muy perjudicial. Los procedimientos diagnósticos y/o la prescripción de los fármacos potencialmente tóxicos y más potentes, por otra parte innecesarios, tienen consecuencias posteriores sobre el incumplimiento.

Tratamiento farmacológico del adulto mayor: La adecuada prescripción de fármacos de los adultos mayores es un componente importante de la evaluación diaria de la asistencia primaria y la valoración global de un paciente mayor. Los efectos de un fármaco en un paciente mayor pueden verse incrementados por determinados cambios que se producen durante el proceso del envejecimiento.

Esto puede deberse a una alteración de la absorción, del metabolismo o de la excreción del fármaco; a los cambios estructurales y fisiológicos de los sistemas orgánicos que envejecen, o a la reducción de las defensas inmunitarias.

Debido a estos cambios y a que los pacientes mayores tienen por lo general una cantidad significativamente mayor de enfermedades, toman una mayor cantidad de fármacos de prescripción y de venta sin receta (en muchos casos de forma inadecuada) que los miembros de otros grupos de edad. Este síndrome, al que se denomina polifarmacia se define como el consumo o la administración de muchos medicamentos y es diferente según el subgrupo dentro de la población mayor.

“A pesar de la múltiples referencias que existen en la literatura que hace alusión a **la polifarmacia**, no existe una definición unánime de este término. Mientras que para unos autores la polifarmacia hace referencia a 4 o más fármacos al día, otros hablan de 5 o más medicamentos.”(31)

Los Adultos mayores presentan un mayor riesgo de reacciones adversas y generalmente más graves.

Una reacción farmacológica adversa es el desarrollo de síntomas no deseados, signos, cambios en los valores de laboratorio o muerte, directamente relacionado con la administración de un medicamento. (Beck, 1991-1992).

Además de los casos secundarios a alteraciones en la absorción, metabolismo o eliminación de fármacos, también pueden producir reacciones adversas por interacción entre fármacos o entre fármacos y enfermedad.

Otros factores que predisponen a la polifarmacia en el adulto mayor son las visitas más frecuentes a los especialistas, el acceso y localización cercana a farmacias o a su vez el cuidador del mismo proporciona medicación faltante de este modo aumenta el número de fármacos y pastillas.” (12, 13, 14,15)

Para valorar la adherencia al tratamiento farmacológico se utiliza el cuestionario de **Morisky, Green** (32), **que está validado para diversas enfermedades crónicas**, Fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que la escala fue introducida se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. (Anexo N3)

Objetivo General:

- ✓ Determinar la relación que existe entre la vulnerabilidad del anciano y la adherencia al tratamiento medicamentoso de los usuarios que presentan Hipertensión y diabetes en la población perteneciente a los cuatro complejos del Banco de Previsión Social en el periodo comprendido entre febrero-noviembre de 2012.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar la población en estudio epidemiológico aplicando el instrumento **ETSA (de la cátedra de adulto y anciano)** y de esta manera delimitar los criterios de inclusión.
- ✓ Identificar el grado de vulnerabilidad de la población objeto del estudio según escala de Barber.
- ✓ Identificar el cumplimiento terapéutico medicamentoso de la población objeto del estudio aplicando la escala de Morisky-Green.

Metodología de la investigación

El estudio planteado para dicha investigación final fue de **relación** (19-a) mientras que el diseño es de tipo descriptivo, no experimental de corte transversal, cualitativo, no probabilístico.

El universo son todos los ancianos usuarios de los cuatro complejos del Banco de Previsión Social de Montevideo, siendo la muestra en estudio todos los ancianos que residen en los cuatro complejos anteriormente mencionados que cumplen con los criterios de inclusión, en este caso los usuarios mayores de 75 años, ser diabético o hipertenso en tratamiento medicamentoso, y que acepten ser encuestados. (19) (b), los mismos fueron informados que la recolección de los datos era de forma anónima.

Para la etapa de recolección de los datos se llevo a cabo una **entrevista** con la aplicación de un instrumento (encuesta,) la cual fue completada por el investigador mediante la visita domiciliaria.

Para el estudio de las variables se analizó si existe relación entre ellas, se procedió a la cuantificación de las mismas que se presentara en sistema de tablas y gráficos correspondiente al tipo de variables, en este caso cualitativas nominales. Para analizar la existencia de relación entre las variables se realizó la tabla de contingencia de las variables complejas: vulnerabilidad (variable independiente) y adaptabilidad al tratamiento medicamentoso (variable dependiente).

Se aplicó el instrumento a los ancianos perteneciente a los cuatro complejos BPS asignados; **mediante el cuestionario ETSA para categorizar la población**, aportado por la cátedra (Anexo N1), el mismo se tuvo impreso con anterioridad completado por el investigador, En el mismo momento, a la población que cumplía con los criterios de inclusión se le aplico la escala de Barber (anexo 2)

La escala consta de 9 preguntas cualitativas nominal dicotómicas porque todas son de respuesta Si o No. Teniendo una respuesta afirmativa al cuestionario se considera vulnerable.

Luego se utiliza la escala de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento medicamentoso, el que consta de cuatro preguntas cualitativas nominales dicotómicas. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente.

Luego de haber recabado los datos a través de los instrumentos ya mencionados se procedió al análisis de los mismos, ingresándolos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2010 para luego realizar el test estadístico de Chi cuadrado que podrá demostrar si existe relación entre las variables.

Para relacionar las variables primeramente se realiza el cuestionario de Morisky Green el cual nos arroja dos posibles respuestas “con adherencia al tratamiento” y “sin adherencia al tratamiento” estos pueden estar inmersos en cualquier grupo, “vulnerable” o “no vulnerable” de acuerdo a la escala de Barber.

Se utilizan dichas escalas porque tienen fiabilidad y validez. La escala de Barber fue utilizada anteriormente en programas del adulto mayor (MSP), y la escala de Morisky Green fue puesta a prueba en una investigación científica por X. Nogués Solán, M. L. Sorli Redó, J. Villar García, “Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento, Tools to measure treatment adherence”.

Definición y clasificación de variable

<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Nivel de medición:</u>	<u>Valores o categorías</u>
	Tiempo que ha vivido una persona.	Periodo en años, comprendido desde el nacimiento hasta la recolección de datos.	Cuantitativa discreta.	75 años o más.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales.	Caracteres secundarios de los usuarios encuestados.	Cualitativa nominal.	Masculino o femenino.
Patología que presenta.	Patología es aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado	Patología tratada mediante medicamentos.	Cualitativa, nominal	HTA, diabéticos, HTA y diabéticos.
Tratamiento medicamentoso	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.	Manifestación de poseer un tratamiento medicamentoso	Cualitativa, nominal	si, no
Olvido del consumo de la medicación	Descuido del consumo de la medicación que se debía tener presente.	Manifestación del descuido de la medicación que debía consumir.	Cualitativa, nominal.	si, no
Con quien vive.	Individuo con el que pasa la mayor parte del tiempo	<p>Cónyuge: con quien tiene vínculo matrimonial</p> <p>Familiar: cualquier familiar, se excluye el cónyuge.</p> <p>Otro: no familiar.</p>	Cualitativa, nominal	Conyugue, familiar, otro.
Descuido de la medicación	Omisión, negligencia y falta de cuidado a la hora de la toma de	Olvido del consumo de las dosis prescritas	Cualitativa, nominal.	si, no



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
1810/1847



Procedimiento para la recolección de datos

En primera instancia se realizó una visita domiciliaria con la entrega de un consentimiento informado para la realización de dicha investigación científica (Anexo 4), para luego aplicar los cuestionarios anónimos pertinentes.

Se aplicó el cuestionario ETSA aportado por la cátedra (Anexo N1) para caracterizar la población y definir los criterios de inclusión.

Luego de identificar a la población (que cumplen con los criterios de inclusión), se procede a realizar la escala de Barber (Anexo 2) y el cuestionario de Morisky Green, con los cuales buscaremos la existencia de una relación entre ambas.

Posteriormente a la recolección de los datos se procedió al análisis de los mismos, estos fueron ingresados a una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2010 para luego realizar el test estadístico de Chi cuadrado que podrá demostrar si existe relación entre las variables.

Para relacionar las variables:

1. primeramente se realiza el cuestionario de Morisky Green el cual nos arrojará dos posibles respuestas "SI" o "NO",
2. posteriormente cualquiera de estos dos grupos anteriormente mencionado ("con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento) pueden estar inmersos en cualquier grupo ("vulnerable o no vulnerable") de acuerdo a la escala de Barber.

Aspectos éticos

Para llevar a cabo nuestro trabajo fue necesario la autorización por escrito de la directiva del BPS y de la directora de la cátedra Prof Mag. Miriam Costabel, lo que nos permitió proceder con la recolección de los datos.

Se dejó constancia del cuidadoso manejo de la información recabada, así como también la confidencialidad de los mismos.

Debía ser llenado por el usuario encuestado un consentimiento informado donde se le detallaban los objetivos y los datos relevantes como la no inclusión en cualquier etapa previa a la tabulación de los datos.

Los instrumentos de medición fueron completados por los estudiantes quienes estaban a cargo del estudio de investigación a través de una visita domiciliaria.

⁴⁵. www.msp.gub.uy/programadeladultomayor

21. Página de morisky green adherencia al tto consultado 27/3 15:10

22. (http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007000300009&script=sci_arttext#t2).

23.) www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570

24. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>

Plan de análisis de los resultados

El programa elegido para utilizar en este estudio es la hoja de cálculo del programa Epi Info luego se realizara el test estadístico de Chi cuadrado. Buscamos demostrar si existe relación entre las variables anteriormente mencionadas.

Se plantea una hipótesis nula el cual marcaria la no relación del las variables en estudio, y la hipótesis alternativa demostrando la relación entre ambas.

Se visitaron cuatro complejos BPS de los cuales se realizo la encuesta a 104 personas en total a continuación se detallaran en forma individual cada complejo.

En primer y segundo complejo: compuesto por dos torres con un total de 95 apartamentos de los cuales 52 se encuestaron, 11 se negaron, 26 fueron visitados cinco veces sin éxito y 8 apartamentos estaban vacios. Cabe destacar que en dos apartamentos se encuestó al propietario y al cónyuge.

El tercer complejo: compuesto de 50 apartamentos de los cuales 26 se encuestaron, 11 se negaron, 6 fueron visitados cinco veces sin éxito y 7 apartamentos estaban vacios.

El cuarto complejo: compuesto 39 apartamentos de los cuales 26 se encuestaron, 4 se negaron, 8 fueron visitados cinco veces sin éxito y 1 apartamentos estaban vacios.

De acuerdo a los criterios de inclusión (mayor o igual a 75 años, hipertensos y/o diabéticos que estén en tratamiento medicamentoso) se llevo a que 42 personas cumplieron con dicho criterio.

Del total de los encuestados se observa que un 82.7% corresponden al sexo femenino, mientras que en un 17.3% corresponde al sexo masculino, mostrándonos un predominio femenino.

En cuanto a las edades presentamos como límite inferior 44 años y límite superior 87 años, una mediana de 75 años, una moda de 78 años, una varianza de 63.90 y un desvío estándar de 7.9941, el rango de edad que predomina es de 74 a 83 años con un 49 %, en segundo rango es de 64 a 73 años con un 32.7 %, se encontró un porcentaje un tanto menor entre el rango de edad comprendida entre 84 a 93 años, siendo este el de más relevancia para nuestro estudio. Con una mediana de 75 años, una moda de 78, un desvío estándar de 7.9941 y una varianza de 63.9051.

Dentro de dicha población se encontró que la mayoría presentaba Hipertensión arterial con un 54.8 %, seguido por Hipertensión arterial y Diabetes tipo II con un 16.3%, resaltando un 27.9% no presentaba ninguna patología de las anteriormente mencionadas, lo cual nos acota la población en estudio.

Centrándonos en los criterios de inclusión para el estudio de investigación contamos con una población (N) de 42 personas.

A continuación se presentan las variables sometidas a nuestro estudio.

En cuanto a la variable sexo se observó un predominio femenino con un 81%, y muy por debajo de esta el sexo masculino con un 19%.

Se observó cómo se comportan cada variable de forma individual tanto la vulnerabilidad como la adopción al tratamiento medicamentoso, para luego si relacionarlas.

En cuanto a la escala de Barber que evaluaba la vulnerabilidad vemos que un 88.1% son vulnerables mientras que el restante 11.9% no lo son, se puede afirmar que partimos de una población mayormente vulnerable.

Cruzando las variables vulnerabilidad y edad, se observa que en un 16.2% corresponden a 78 años, cabe destacar que **no se ve una relación entre la edad**

y la vulnerabilidad respaldándonos en un chi-cuadrado de 9.0357 con un grado de libertad de 12 y un nivel de exigencia de 0.05.

Cruzando las variables Vulnerabilidad y sexo, se observa que en un 83.8 % son mujeres y el restante 16.2% son hombres. No se encuentra relación dado que la población no es representativa ya que en su mayoría son mujeres.

En cuanto al cuestionario de Barber que cuenta con nueve preguntas de las cuales mostraremos las positivas para la vulnerabilidad se encontró que el 62.8% viven solos, el 38.1% se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda, para 31% le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal, igual resultado los que tienen dificultades con la vista para realizar sus labores habituales, el 21.4% necesita de alguien que le ayude a menudo y ha estado ingresado en el último año, el 19% su salud le impide salir a la calle, el 14.3% tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo y un 11.9% hay más de dos días a la semana que no come caliente.

El criterio de vulnerabilidad que mas predomina es el de vivir solo con un 62.8% de dicha población, como se observa en el grafico a continuación.

Centrándonos en la adherencia al tratamiento medicamentoso encontramos que 69% son no adherentes y el restante 31% es adherente.

El sexo menos adherente es el femenino con un 73.5% con respecto al masculino en un 50%, cabe destacar que en frecuencia absoluta las mujeres son 34 con respecto a los hombres que son solo 8.

Cruzando las variables edad y adherencia al tratamiento se encontró que la edad **menos adherente es a los 83 años** con un 17.2%, dato a destacar es que a los 87 años nadie es no **adherente parecería que a mayor edad las personas son mas adherentes al tratamiento medicamentoso**, partimos de edades más

jóvenes (75) con un 6.9% , 10.3%, 13.8% y al final del rango de edades de 86 años encontramos que la no adherencia queda en un 3.4%.

De los factores que contribuyen a que digamos que una persona es adherente o no adherente para esta población se encontró que **el 42.9% es descuidada a la hora de tomar la medicación**, seguido con un 26.2% que se olvida de tomarlos, un 16.7% alguna vez si se siente mal deja de tomarlos, y 11.9% cuando se encuentra bien deja de tomarlos.

La parte central del análisis que demuestra si la hipótesis nula gana fuerza o la hipótesis alternativa queda asociada, es la que relacionamos en la tabla de vulnerabilidad y adherencia al tratamiento medicamentoso.

En un 92.3% son vulnerables y adherentes, y un **86.2% son vulnerables y no adherentes**, de los que son no vulnerables tenemos adherentes un 7.7% y los no adherentes un 13.8%.

Se realizo un chi cuadrado para ver la relación entre ambas variables y denotamos que la hipótesis nula gana fuerza con un 0.3186, con un grado de libertad de 1 y una exigencia de 0.05%.

Por lo que queda demostrado que **la vulnerabilidad no tiene relación con respecto a la adherencia al tratamiento medicamentoso para este grupo poblacional**.

Tablas y Gráficos

Tabla 1: Distribución de la población según Sexo

Sexo	FA	Frecuencia Relativa Porcentual (FR%)	F Acumulada Porcentual (FA%)
Femenino	86	82.7%	82.7%
Masculino	18	17.3%	100%
Total	104	100%	100%

Fuente: Usuarios entrevistados período Febreo – Noviembre 2012

Gráfico 1: Distribución de la población según Sexo.-

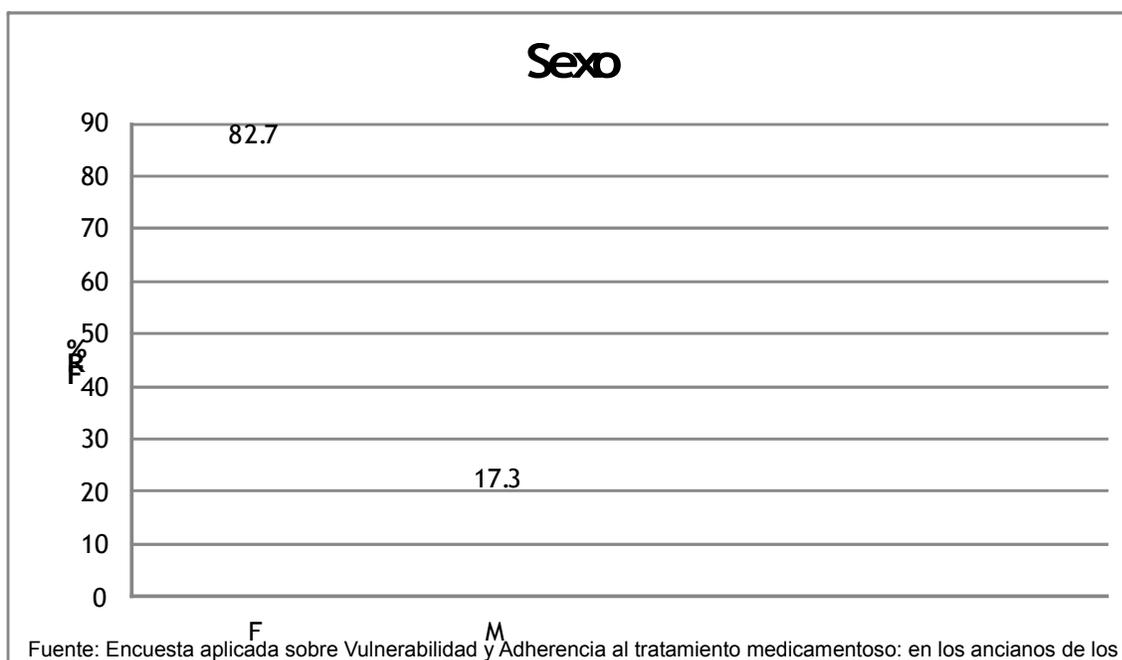


Tabla 2: Distribución de la población según Edad

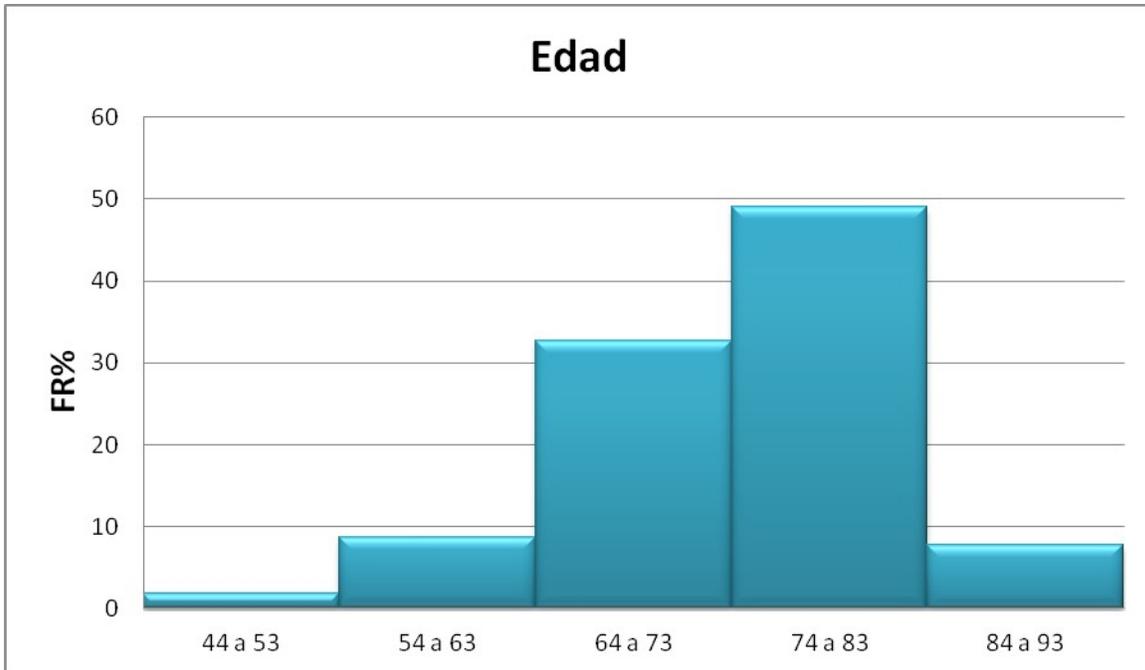
Edad	FA	FR%	FA%
44 a 53	2	1.9%	1.9%
54 a 63	9	8.7%	10.6%
64 a 73	34	32.7%	43.3%
74 a 83	51	49%	92.3%
84 a 93	8	7.7%	100%
Total	104	100%	100%

Fuente: Usuarios entrevistados período Febreo – Noviembre 2012

Ob s	Total	Mean	Varian	Desv Estand
104	7687.0000	73.9135	63.9051	7.9941

Minimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Moda
44.000 0	70.0000	75.0000	79.5000	87.0000	78.0000

Grafico 2: Distribución de la población según Edad

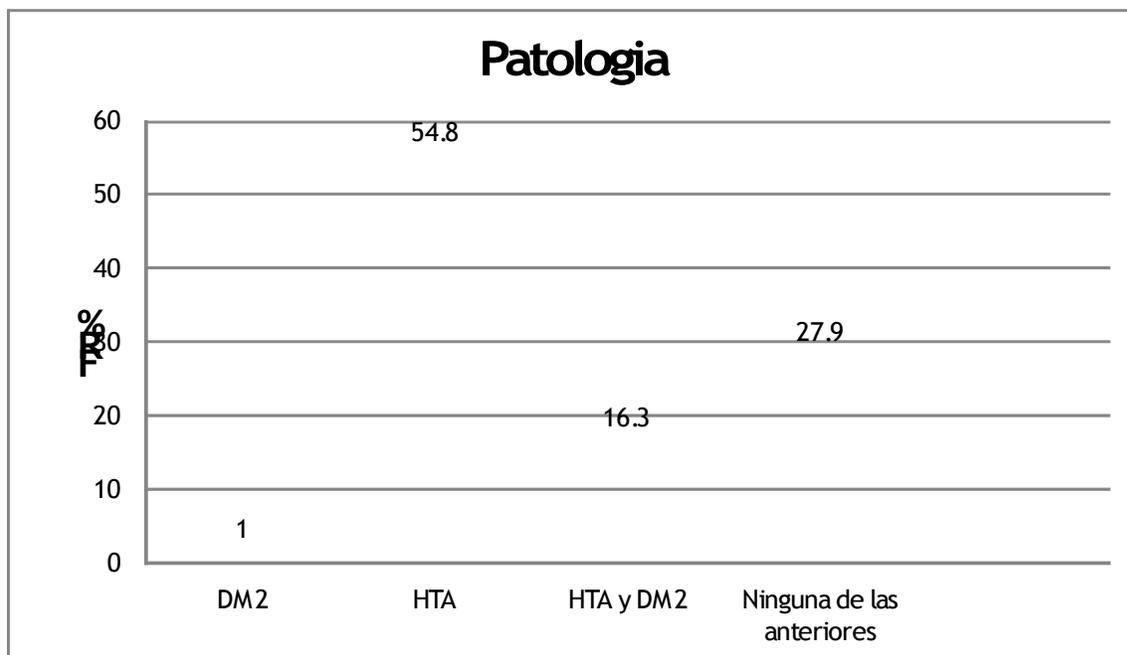


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 3: Distribución de la población según Patología

Patología que presenta	FA	FR%	FA%
DM2	1	1.0%	1.0%
HTA	57	54.8%	55.8%
HTA y DM2	17	16.3%	72.1%
Ninguna de las anteriores	29	27.9%	100%
Total	104	100%	100%

Grafico 3: Distribución de la población según Patología

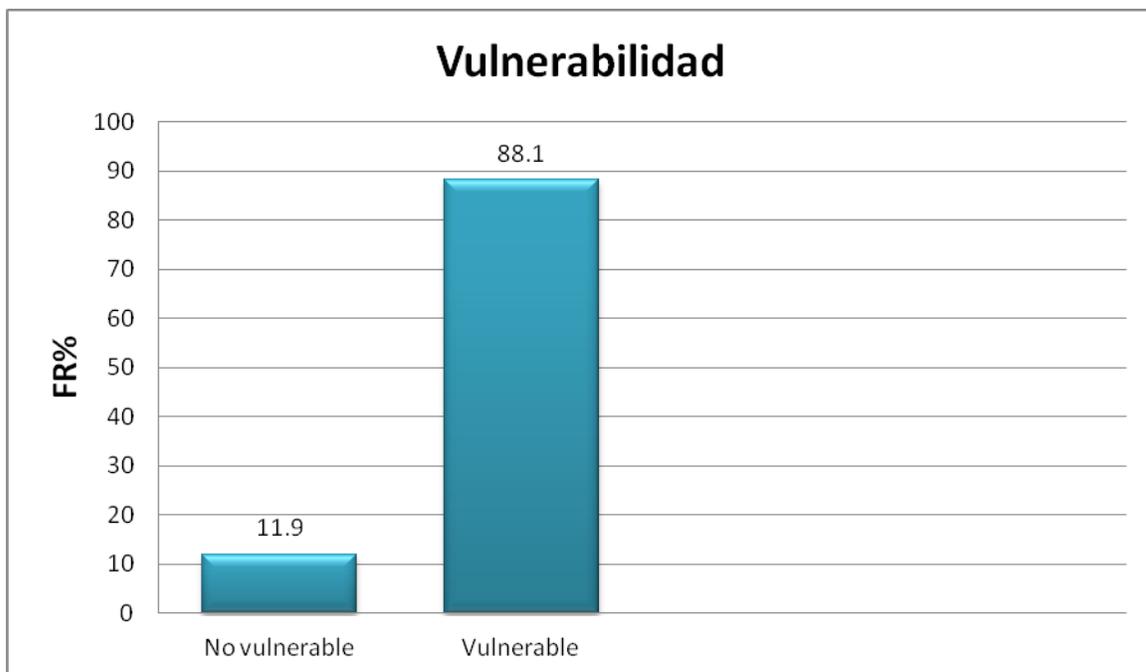


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012

Tabla 4: Distribución de la población según Vulnerabilidad

Resultado Barber (Vulnerable)	FA	FR%	FA%
No vulnerable	5	11.9%	11.9%
Vulnerable	37	88.1%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 4: Distribución de la población según Vulnerabilidad

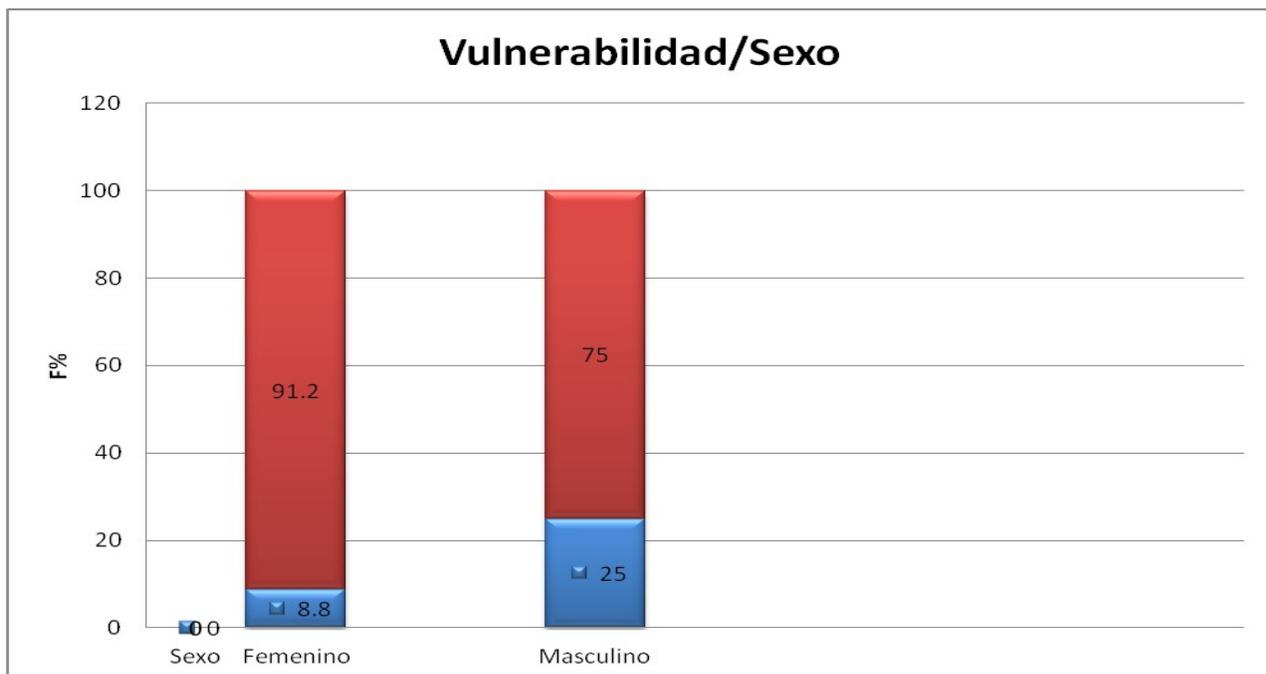


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 5: Distribución de la población según Vulnerabilidad y Sexo

Grafico 5: Distribución de la población según Vulnerabilidad y Sexo

RESULTADO BARBER			
Sexo	No vulnerable	Vulnerable	TOTAL
Femenino (FA)	3	31	34
FR %	8.8	91.2	100
FA %	60	83.8	81.0
Masculino (FA)	2	6	8
FR %	25	75.0	100
FA %	40	16.2	19.0
TOTAL	5	37	42
FR %	11.9	88.1	100
FA %	100	100	100



Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

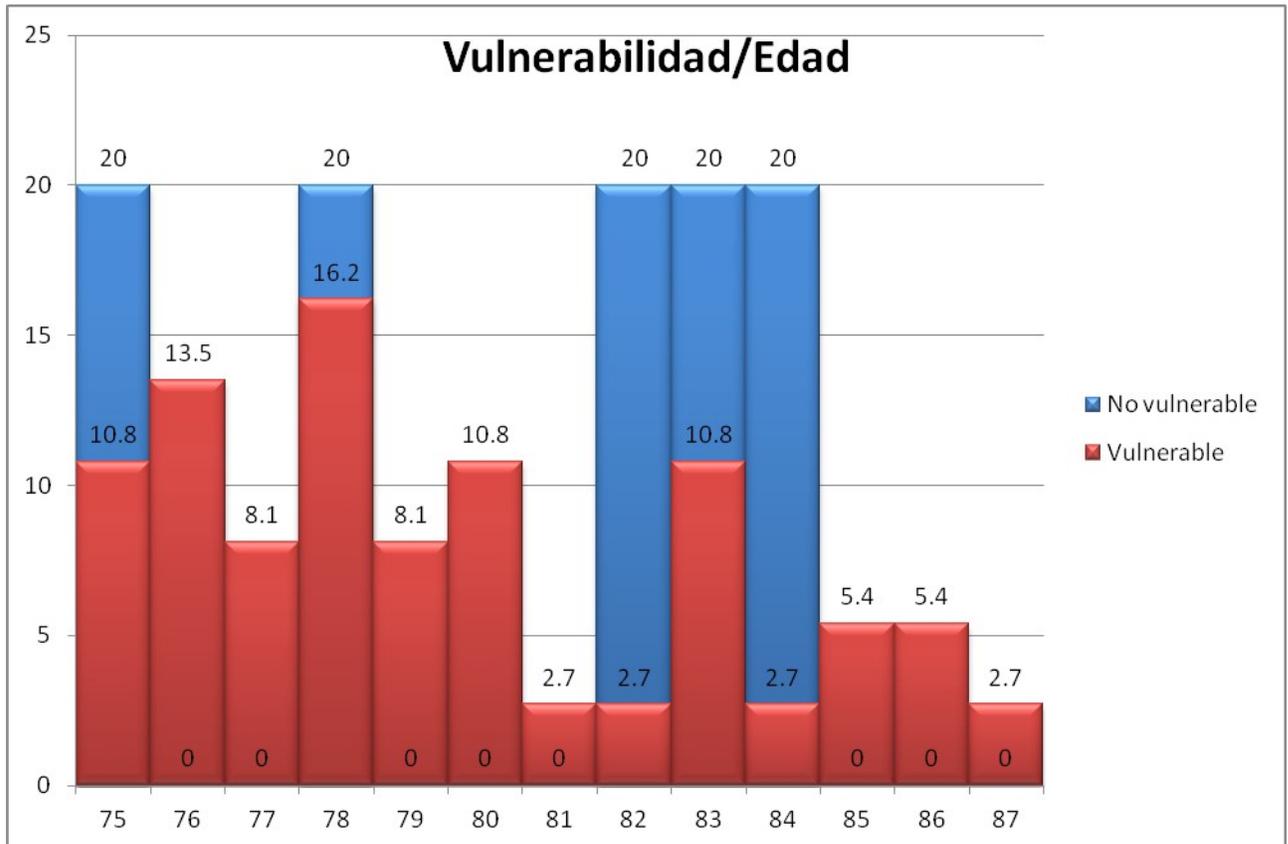
Tabla 6: Distribución de la población según Vulnerabilidad y Edad

Tabla Análisis

EDAD														
Resultado Barber	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	TOTAL
No vulnerable	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5
FR %	20	0	0	20	0	0	0	20	20	20	0	0	0	100
FA %	20	0	0	14.3	0	0	0	50	20	50	0	0	0	11.9
Vulnerable	4	5	3	6	3	4	1	1	4	1	2	2	1	37
FR %	10.	13.	8.1	16.	8.1	10.	2.7	2.	10	2.	5.4	5.4	2.7	100
FA %	8	5	100	2	10	8	100	7	.8	7	100	100	100	88.1
	80	100		85.7	0	10	0		80	50				
TOTAL	5	5	3	7	3	4	1	2	5	2	2	2	1	42
FR %	11.	11.	7.1	16.	7.1	9.5	2.4	4.	11	4.	4.8	4.8	2.4	100
FA %	9	9	100	7	10	10	100	8	.9	8	100	100	100	100
	100	100		10	0	0		10	10	10				
				0				0	0	0				

Chi-Cuadrado	df	Probabilidad
9.0357	12	0.6999
An expected value is < 5. Chi-square not valid.		

Grafico 6: Distribución de la población según Vulnerabilidad y Edad

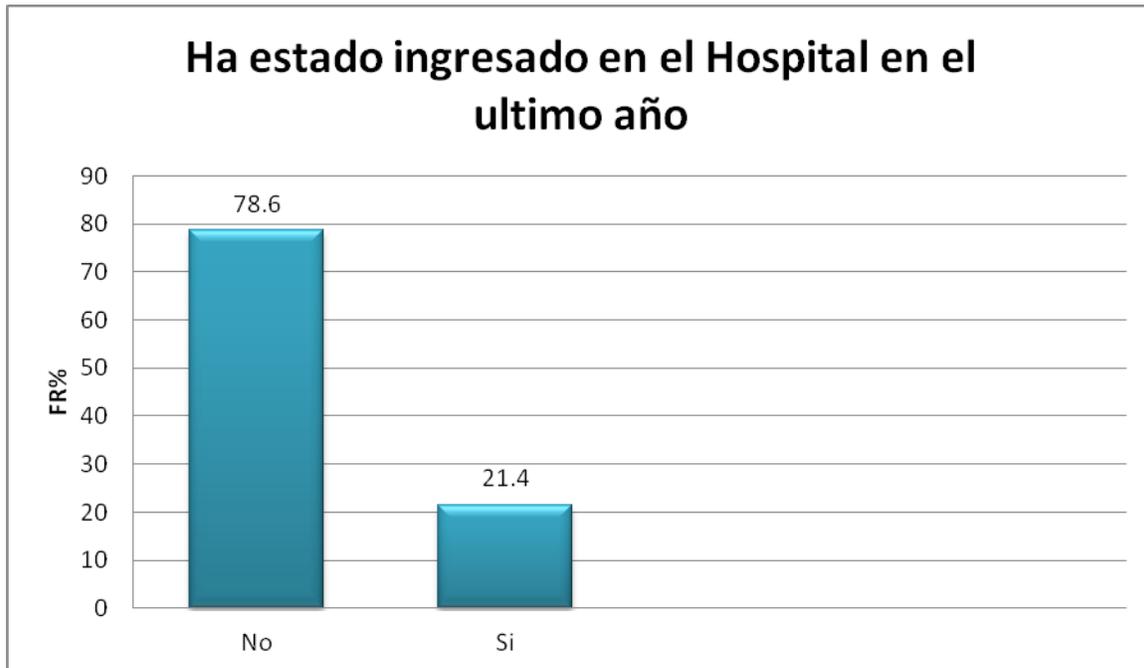


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 7: Distribución de la población según Ingreso Hospitalario

Ha estado ingresado en el hospital en el último año	FA	FR%	FA%
No	33	78.6%	78.6%
Si	9	21.4%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 7: Distribución de la población según Ingreso Hospitalario



Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 8: Distribución de la población según Hay más de dos días a la semana que no come caliente

Hay más de dos días a la semana que no come caliente.	FA	FR%	FA%
No	37	88.1%	88.1%
Si	5	11.9%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 8: Distribución de la población según Hay más de dos días a la semana que no come caliente

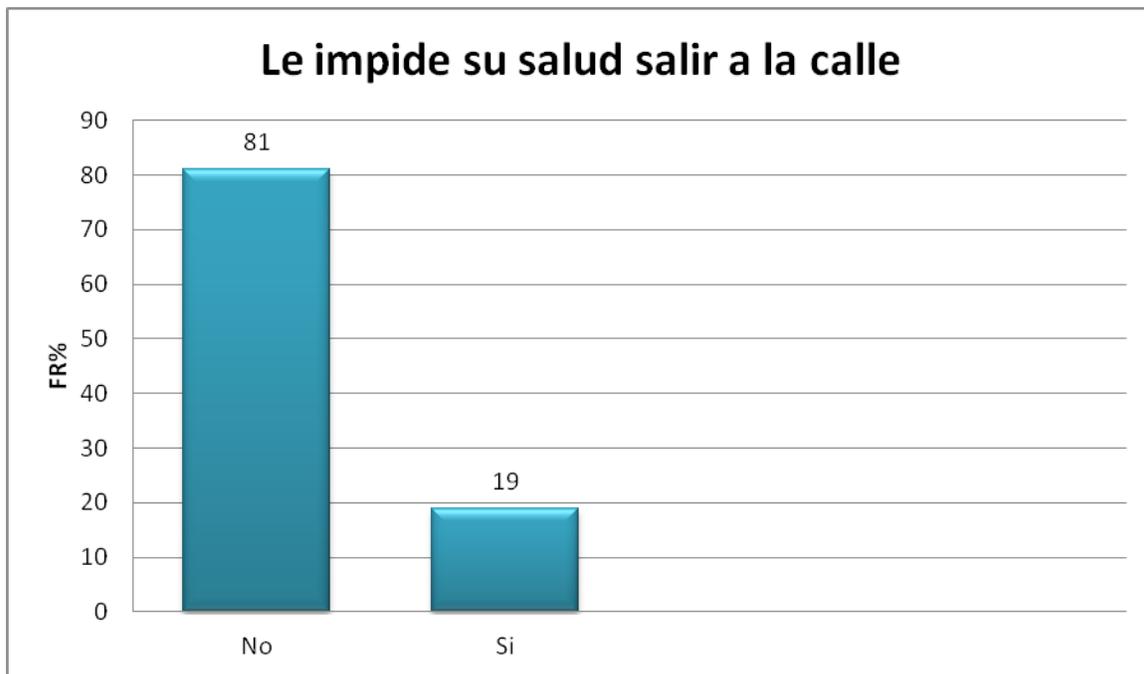


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 9: Distribución de la población según Le impide su salud salir a la calle

Le impide su salud salir a la calle	FA	FR%	FA%
No	34	81%	81%
Si	8	19%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 9: Distribución de la población según Le impide su salud salir a la calle

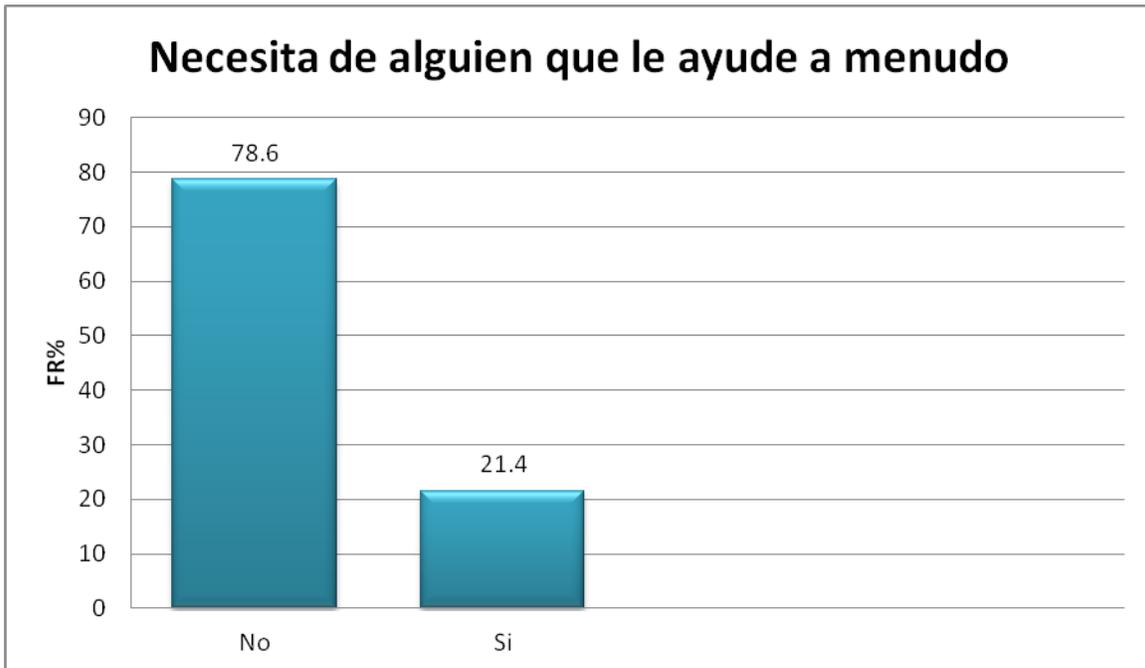


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 10: Distribución de la población según Necesita de alguien que le ayude a menudo

Necesita de alguien que le ayude a menudo	FA	FR%	FA%
No	33	78.6%	78.6%
Si	9	21.4%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 10: Distribución de la población según Necesita de alguien que le ayude a menudo

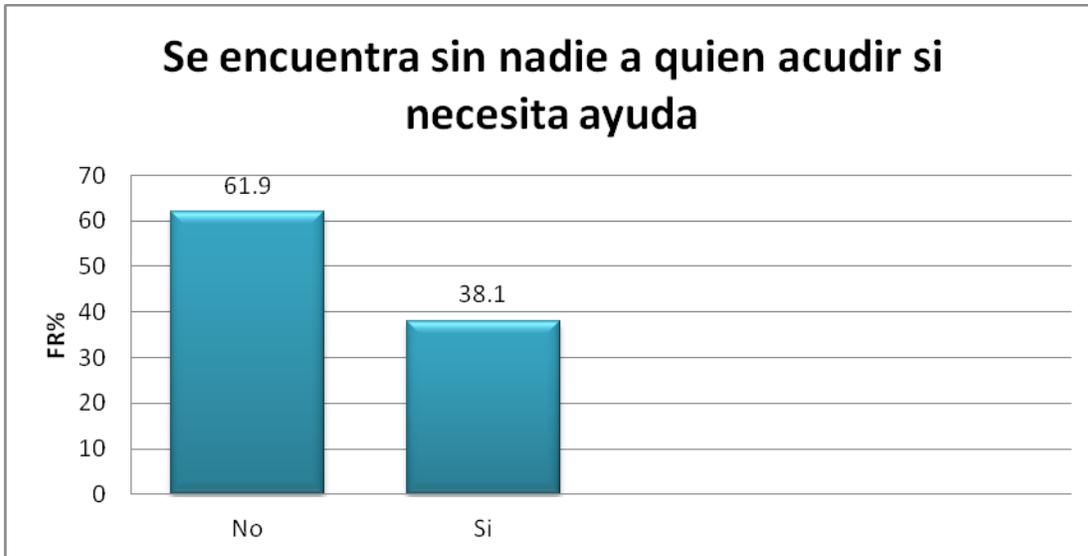


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 11: Distribución de la población según Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda

Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.	FA	FR%	FA%
No	26	61.9%	61.9%
Si	16	38.1%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 11: Distribución de la población según Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda

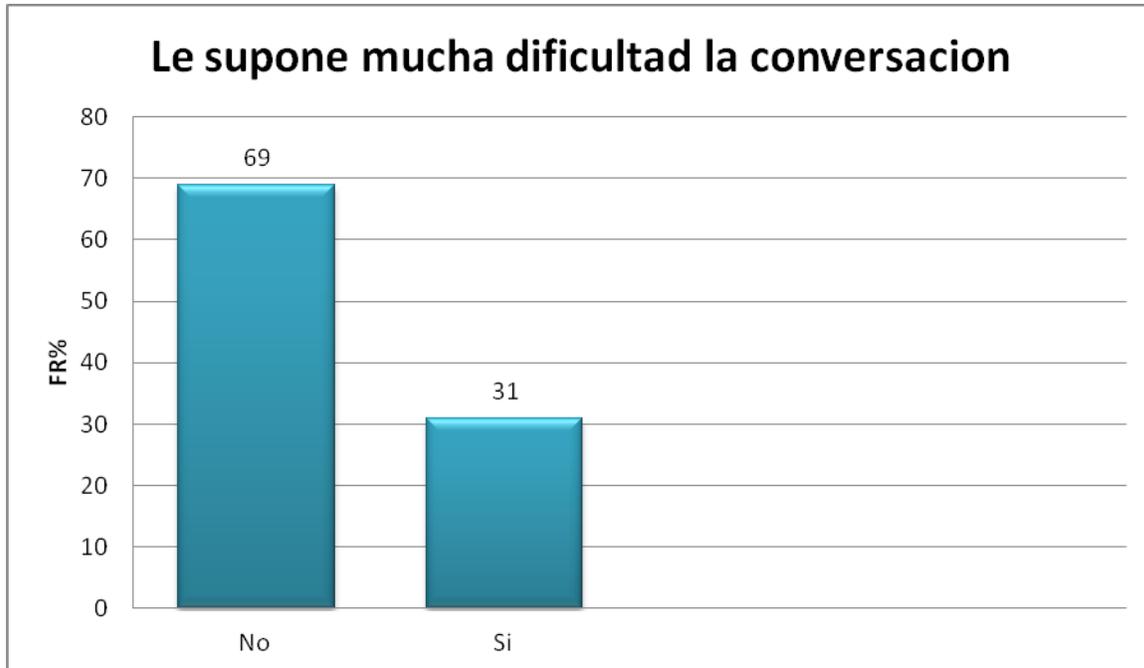


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 12: Distribución de la población según Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal

Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal	FA	FR%	FA%
No	29	69%	69%
Si	13	31%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 12: Distribución de la población según Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal

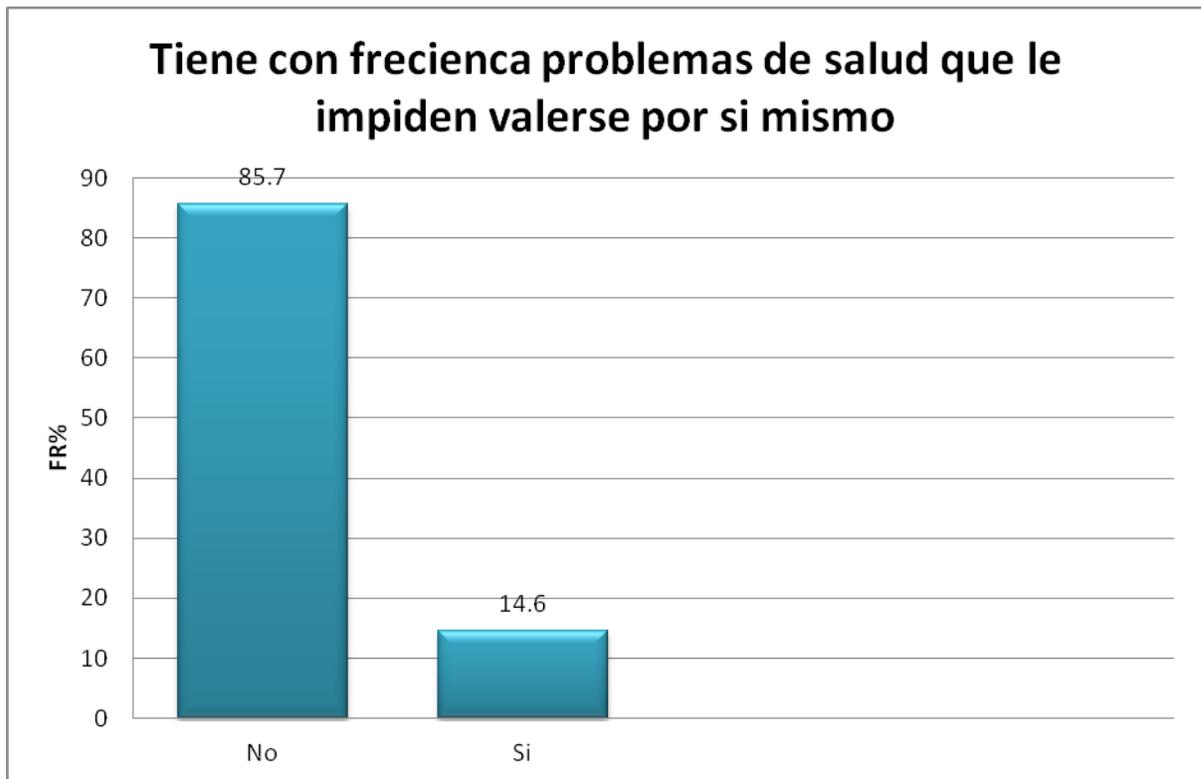


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 13: Distribución de la población según Tiene con frecuencias problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo

Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo	FA	FR%	FA%
No	36	85.7%	85.7%
Si	6	14.3%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 13: Distribución de la población según Tiene con frecuencias problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo

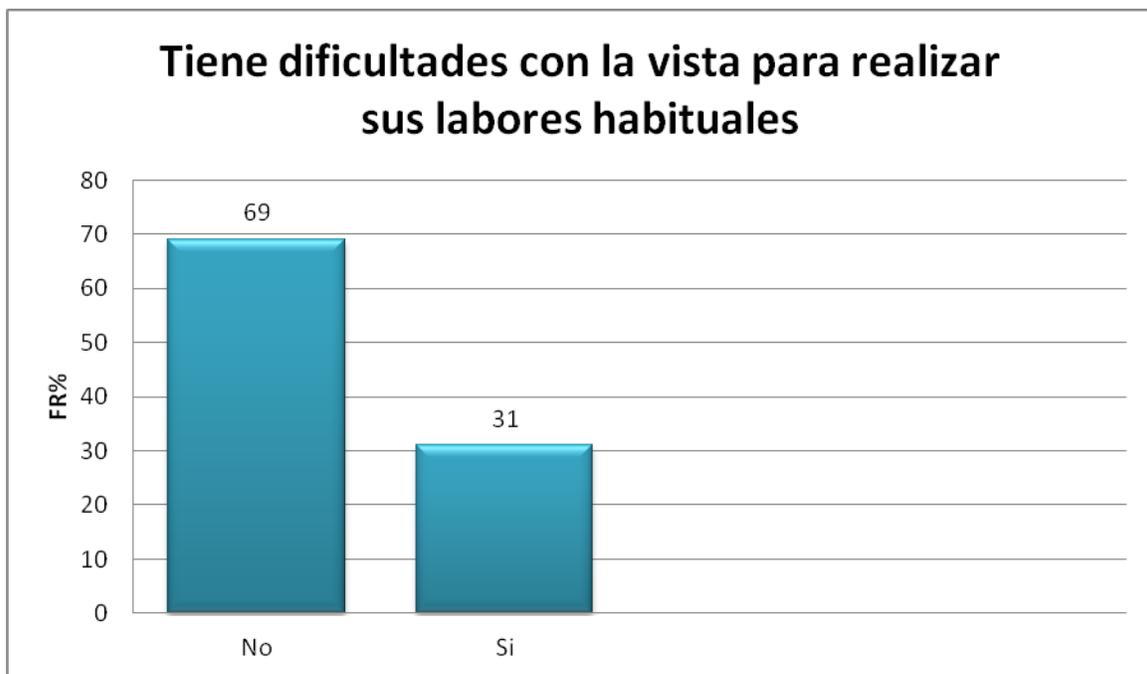


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 14: Distribución de la población según Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales

Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales	FA	F%	FA%
No	29	69%	69%
Si	13	31%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 14: Distribución de la población según: Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales

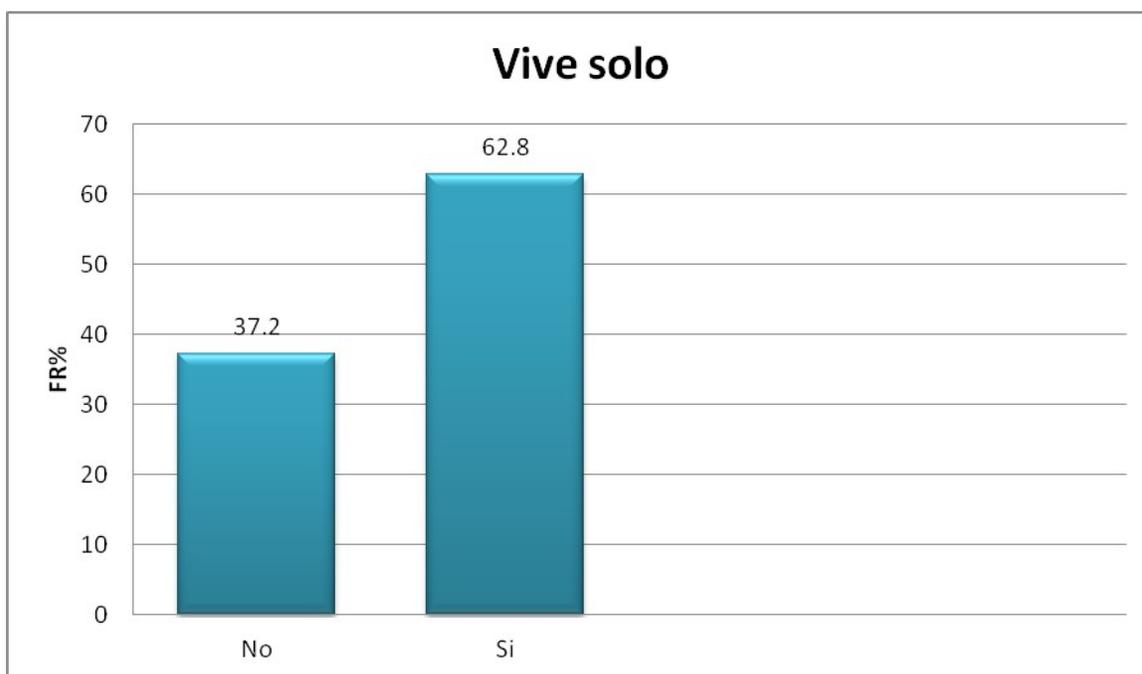


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 15: Distribución de la población según Vive solo

Vive sólo.	FA	FR%	FA%
No	16	37.2%	37.2%
Si	27	62.8%	100%
Total	43	100%	100%

Grafico 15: Distribución de la población según Vive solo



Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.



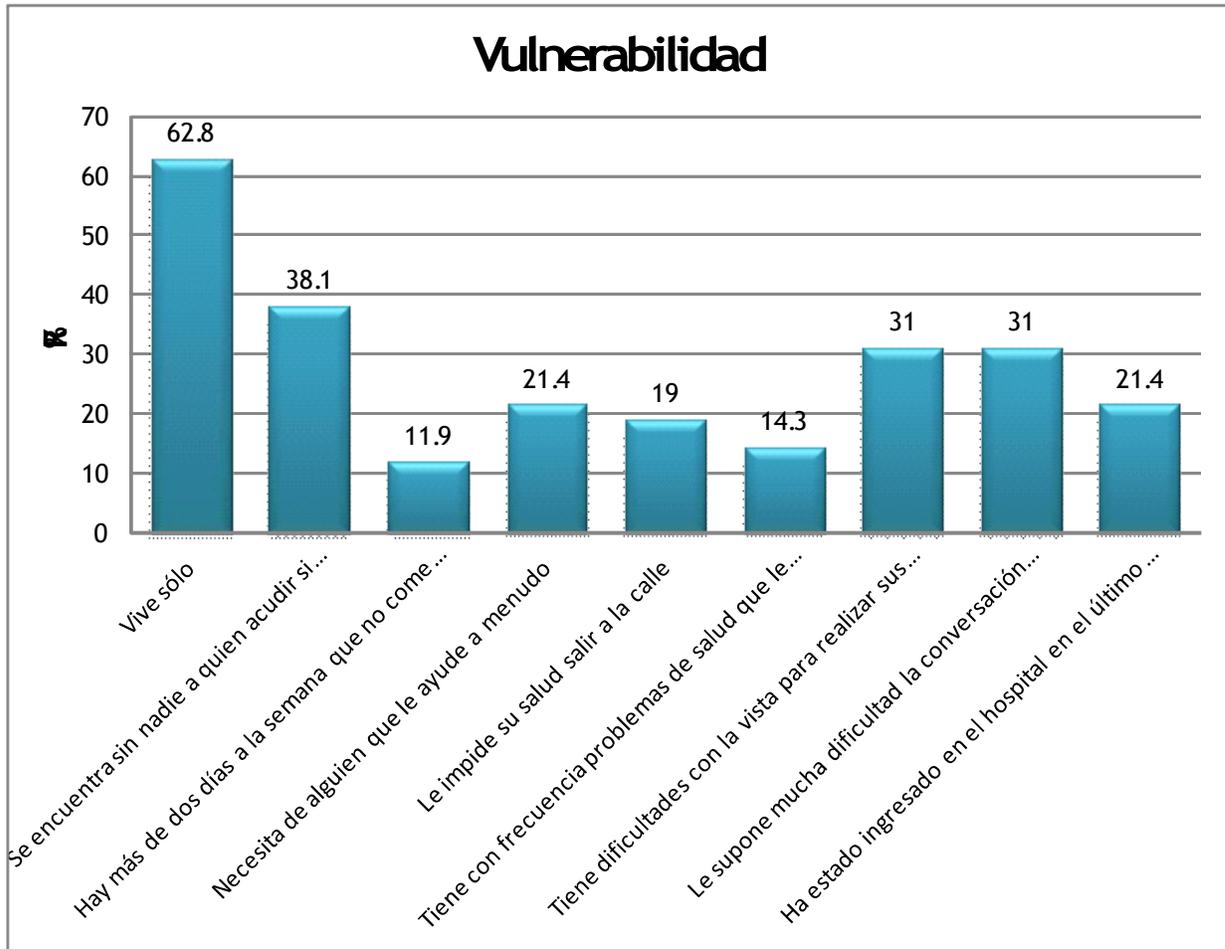
UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
1810/1847



Tabla 16: Distribución de la población según Items de Vulnerabilidad

Items de Vulnerabilidad	FA	FR%
Vive solo	27	62.8%
Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda	16	38.1%
Hay más de dos días a la semana que no come caliente	5	11.9%
Necesita de alguien que le ayude a menudo	9	21.4%
Le impide su salud salir a la calle	8	19%
Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo	6	14.3%
Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales	13	31%
Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal	13	31%
Ha estado ingresado en el hospital en el último año	9	21.4%

Grafico 16: Distribución de la población según Items de Vulnerabilidad



Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 17: Distribución de la población según Adherencia al tratamiento medicamentoso (Morisky)

Resultado Morisky	FA	FR%	FA%
Adherente	13	31%	31%
NO Adherente	29	69%	100%
Total	42	100%	100%

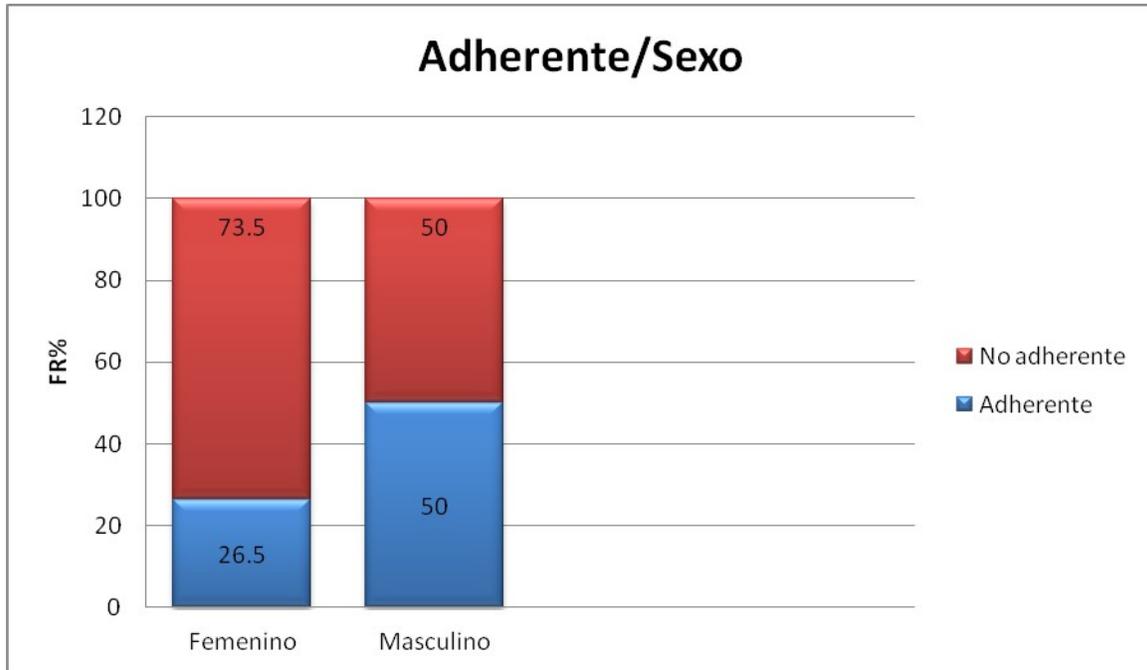
Grafico 17: Distribución de la población según Adherencia al tratamiento medicamentoso (Morisky)



Tabla 18: Distribución de la población según Morisky y Sexo

RESULTADO MORISKY			
Sexo	Adherente	NO Adherente	TOTAL
Femenino FA	9	25	34
FR%	26.5%	73.5%	100%
Masculino FA	4	4	8
FR%	50%	50%	100%
TOTAL	13	29	42
FR%	31%	69%	100%

Grafico 18: Distribución de la población según Morisky y Sexo

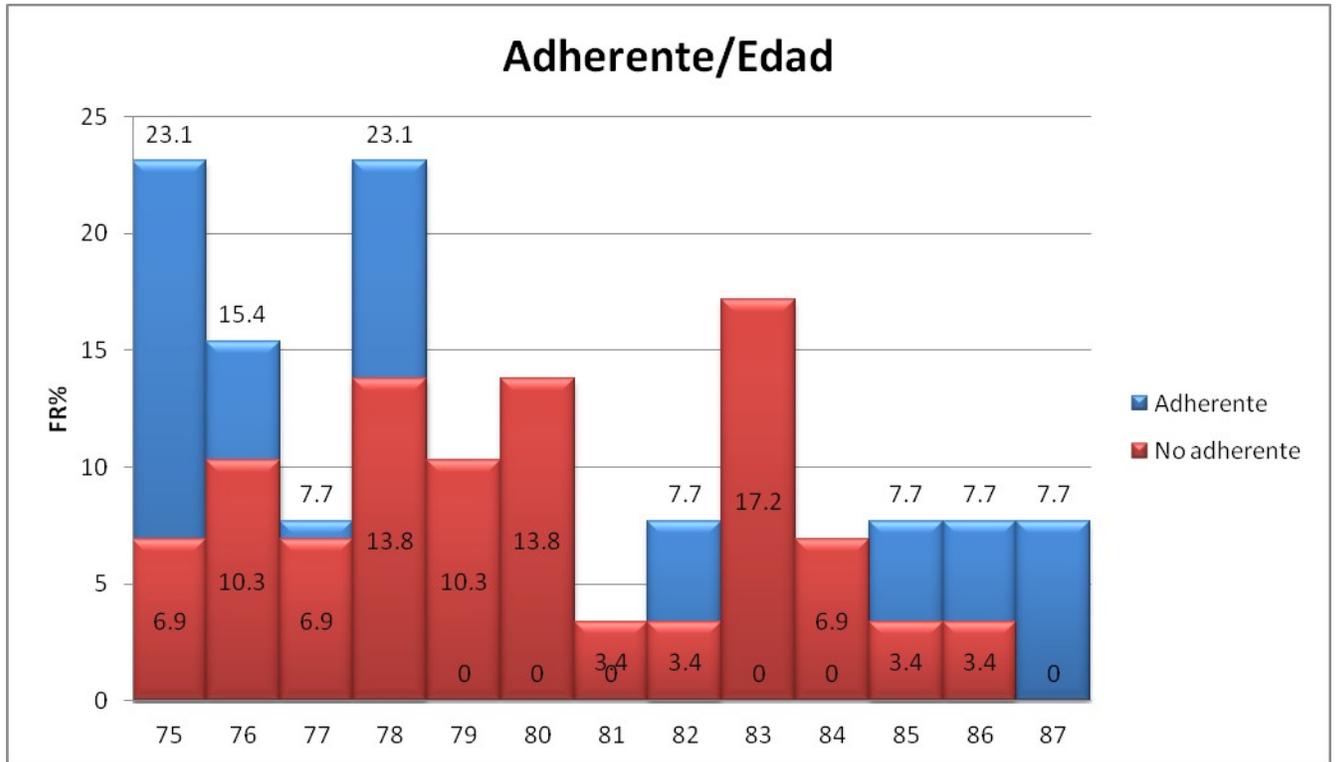


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012

Tabla 19: Distribución de la población según Morisky y Edad

EDAD														
Resultado Morisky	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	TOTAL
Adherente	3	2	1	3	0	0	0	1	0	0	1	1	1	13
FR%	23.	15.4	7.7	23.1	0	0	0	7.7	0	0	7.7	7.7	7.7	100
FA%	1	40	33.	42.9	0	0	0	50	0	0	50	50	100	31.0
No adherente	2	3	2	4	3	4	1	1	5	2	1	1	0	37
FR%	6.9	10.3	6.9	13.8	10.	13.	3.4	3.4	17.	6.9	3.4	3.4	0	100
FA%	40	60	66.	57.1	3	8	100	50	2	100	50	50	0	88.1
TOTAL	5	5	3	7	3	4	1	2	5	2	2	2	1	42
FR %	11.	11.9	7.1	16.7	7.1	9.5	2.4	4.8	11.	4.8	4.8	4.8	2.4	100
FA %	9	100	100	100	100	100	100	100	9	100	100	100	100	100
	100								100					

Grafico 19: Distribución de la población según Morisky y Edad

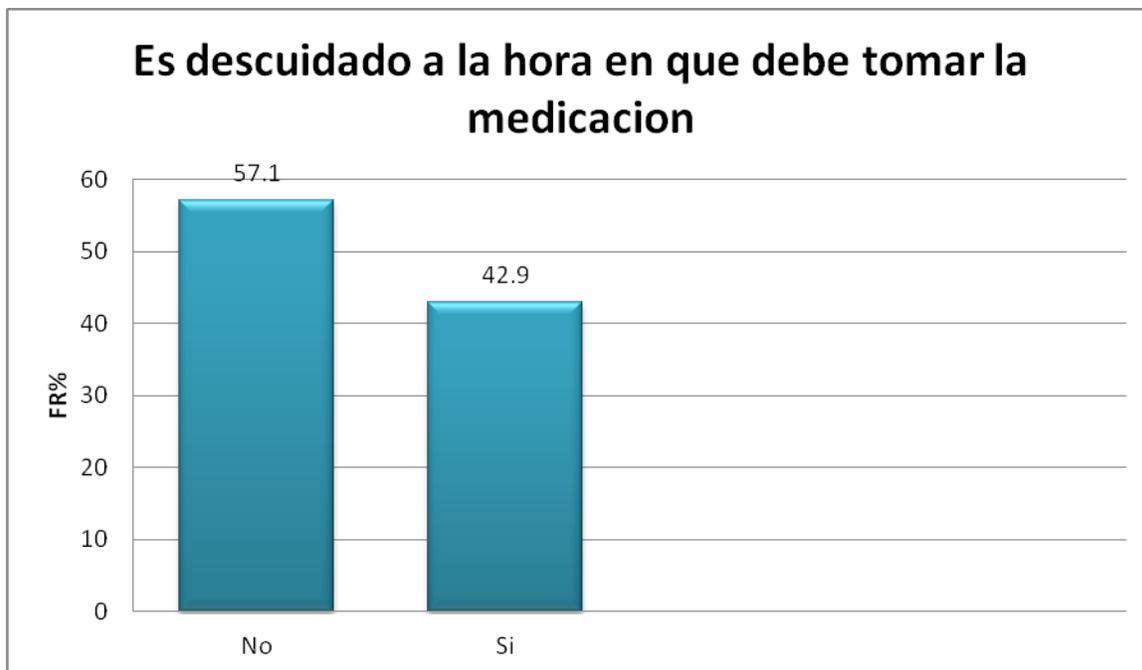


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 20: Distribución de la población según ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	FA	FR%	FA%
No	24	57.1%	57.1%
Si	18	42.9%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 20: Distribución de la población según ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?

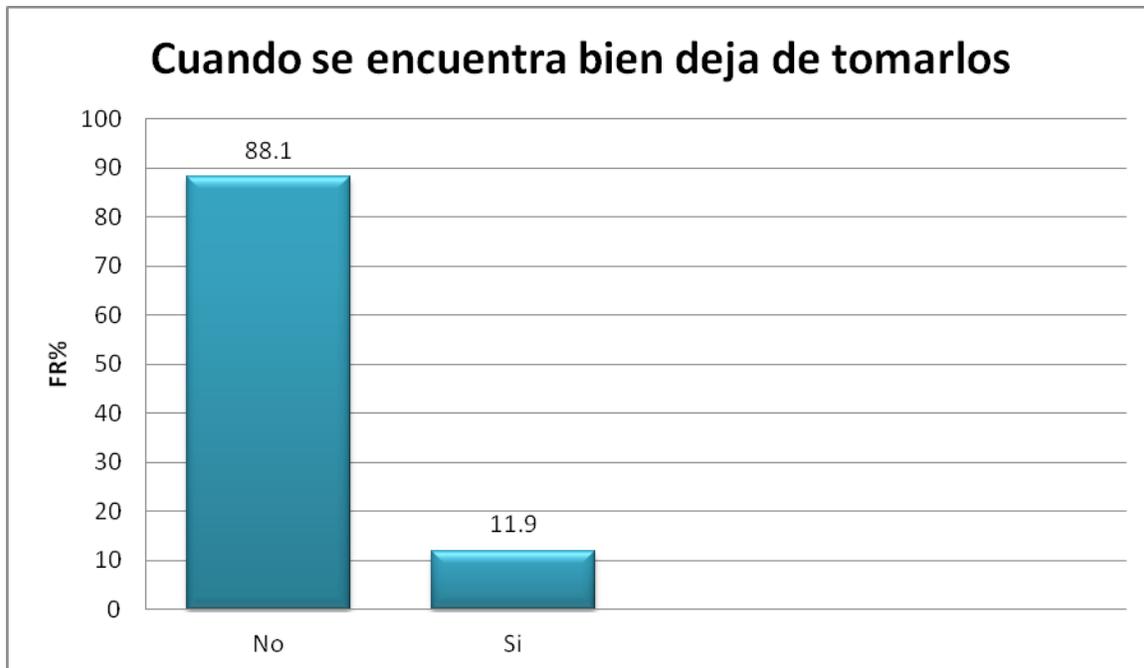


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 21: Distribución de la población según Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?

Quando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?	FA	FR%	FA%
No	37	88.1%	88.1%
Si	5	11.9%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 21: Distribución de la población según Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?

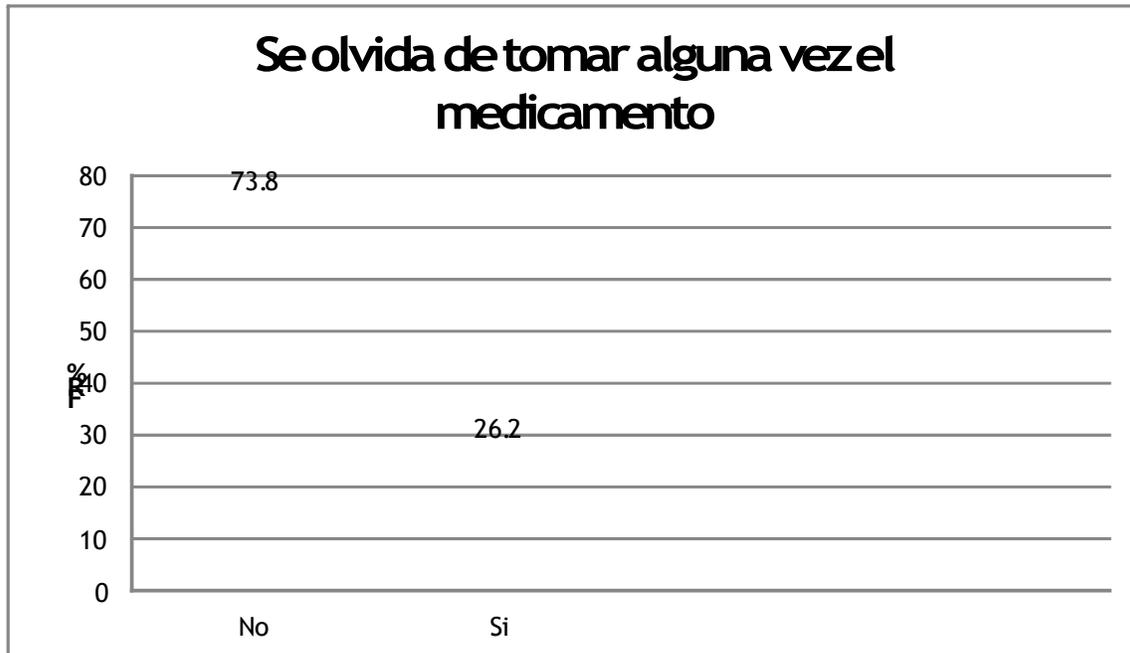


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 22: Distribución de la población según ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento?

¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento?	FA	F%	FA%
No	31	73.8%	73.8%
Si	11	26.2%	100%
Total	42	100%	100%

Grafico 22: Distribución de la población según ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento?

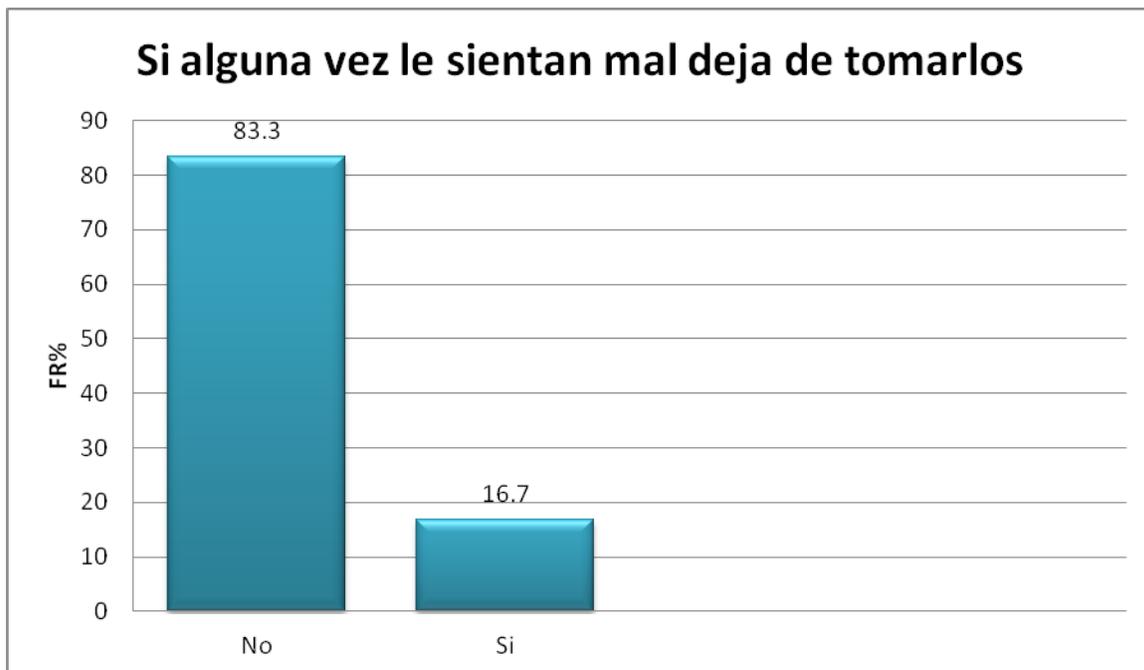


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 23: Distribución de la población según Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?

Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?	FA	FR%	FA%
No	35	83.3%	83.3%
Si	7	16.7%	100%
Total	42	100%	100%

Tabla 23: Distribución de la población según Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?

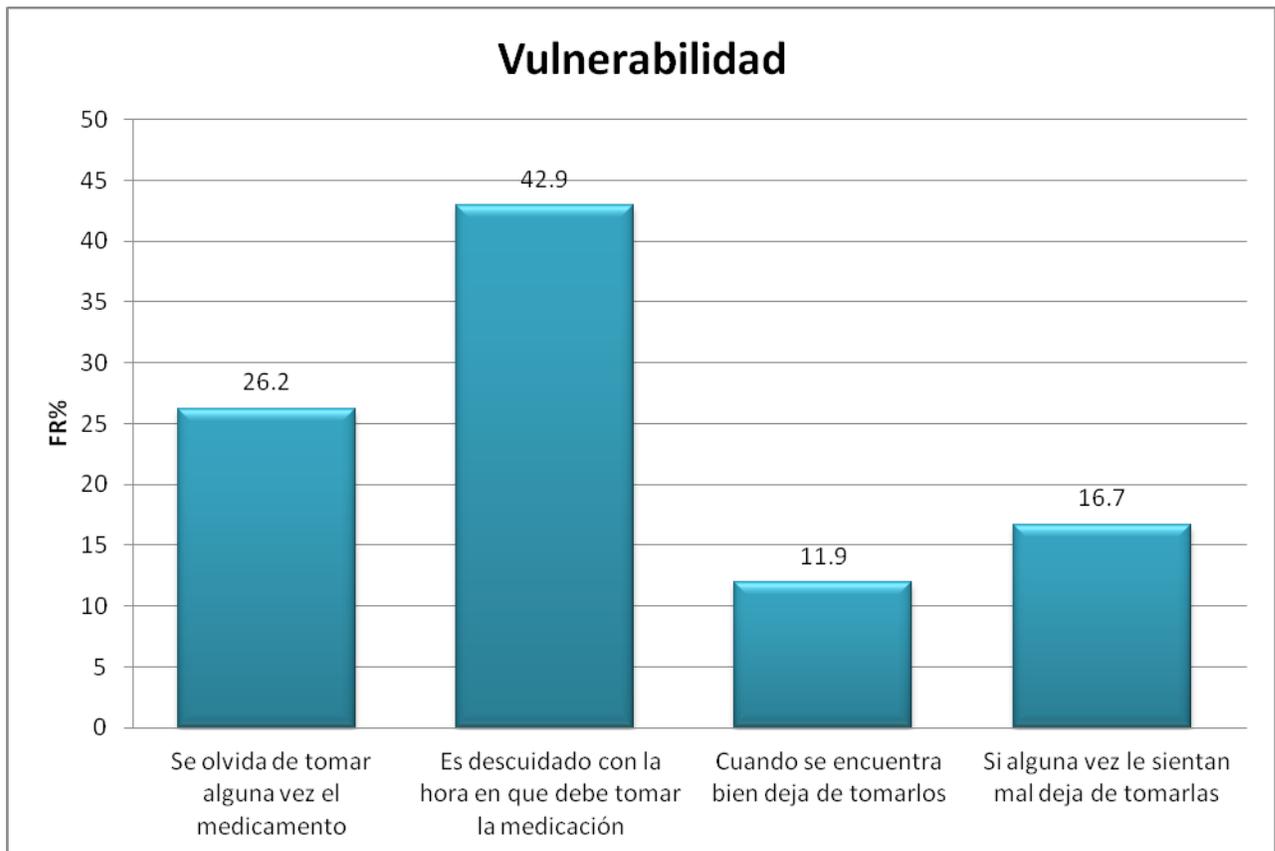


Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 24: Distribución de la población según Items de la no adherencia al TTO medicamentoso

Items de la no adherencia al TTO medicamentoso	FA	FR%
Se olvida de tomar alguna vez el medicamento	11	26.2%
Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación	18	42.9%
Cuando se encuentra bien deja de tomarlos	5	11.9%
Si alguna vez le sientan mal deja de tomarlas	7	16.7%

Grafico 24: Distribución de la población según Items de la no adherencia al TTO medicamentoso



Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Tabla 25: Distribución de la población según Vulnerable y Adherencia al tratamiento

RESULTADO BARBER

Resultado Morisky	No vulnerable	Vulnerable	TOTAL
Adherente FA	1	12	13
FR %	7.7%	92.3%	100%
NO Adherente FA	4	25	29
FR%	13.8%	86.2%	100%
TOTAL	5	37	42
FR %	11.9%	88.1%	100%

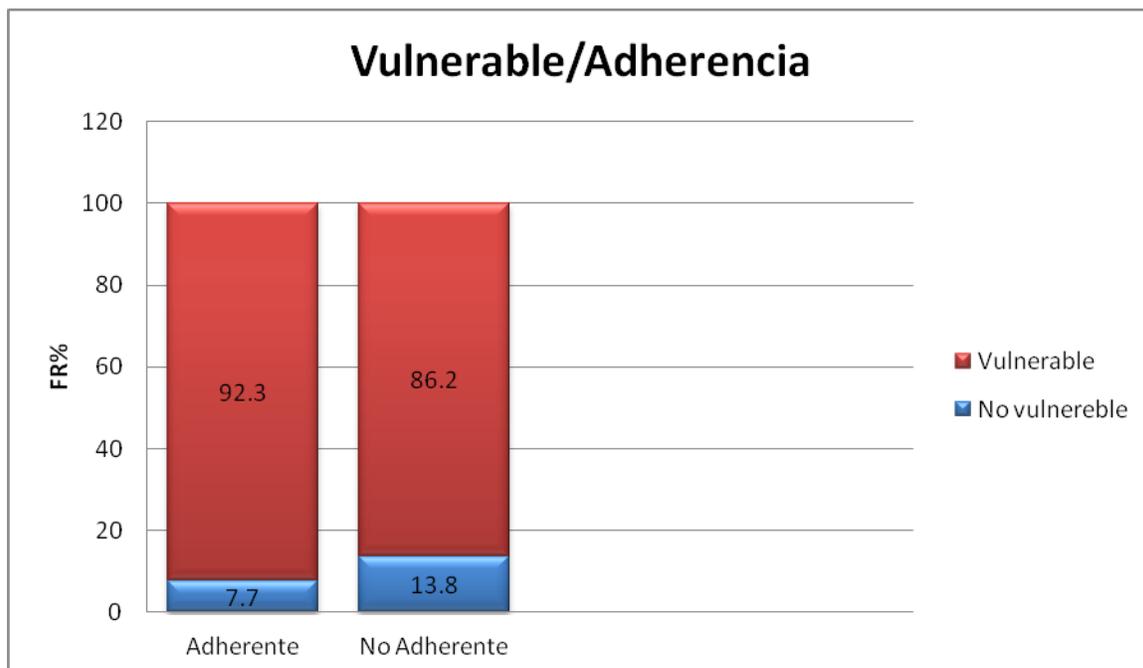
Tabla Análisis

	Point	95% Confidence Intervalo	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0.5208	0.0524	5.1789 (T)
Odds Ratio (MLE)	0.5281	0.0195	4.7473 (M)
		0.0098	6.1474 (F)
PARAMETERS: Risk-based			
Risk Ratio (RR)	0.5577	0.0689	4.5153 (T)
Risk Difference (RD%)	-6.1008	-25.2670	13.0654 (T)
(T=Taylor series; C=Cornfield; M=Mid-P; F=Fisher Exact)			
STATISTICAL TESTS	Chi-square	1-tailed p	2-tailed p
Chi-square - uncorrected	0.3186		0.5724745364

Chi-square - Mantel-Haenszel	0.3110		0.5770825694
Chi-square - corrected (Yates)	0.0024		0.9608561688
Mid-p exact		0.321084724 0	
Fisher exact		0.502567394 1	

Warning: The expected value of a cell is <5. Fisher Exact Test should be used.

Grafico 25: Distribución de la población según Vulnerable y Adherencia al tratamiento



Fuente: Encuesta aplicada sobre Vulnerabilidad y Adherencia al tratamiento medicamentoso: en los ancianos de los complejos de BPS, Febrero-noviembre 2012.

Discusión

Como ya se menciona, nuestro país encontramos un 17% de población mayor de 60 años, que crece de manera acelerada. En nuestro estudio no se pudo comparar que un alto número de personas pertenecen a esta franja etaria ya que toda la población era predominantemente mayor a 65 años y por tal motivo no se puede comparar con el resto de la población del país (edades menores a 65 años).

Dentro de nuestra población se encontró que la mayoría presentaba Hipertensión Arterial con un 54.8 %, sabemos que la incidencia aumenta a lo largo de la vida y es aproximadamente igual en hombres y en mujeres después de los 60 años de edad, considerada para la OMS la primera causa de morbi-mortalidad junto con la diabetes mellitus dos grandes enfermedades con una alta prevalencia en nuestro país. En nuestra investigación la Diabetes mellitus se encontró asociada a la hipertensión en un 16.3%, mientras que en 1% de la población era solo diabético.

Siendo la hipertensión arterial un serio problema de salud pública en nuestro medio, dado que 33% de la población adulta la padece, y que solamente 12-14% del total de los hipertensos tienen su PA controlada. Esto demuestra la elevada mortalidad por accidente cerebrovascular (ACV) en nuestro país.

Además en Uruguay, el 8,2 % de la población es diabética. De ellos, un 20% desconoce que padece de esta enfermedad.

Hablando del proceso normal del envejecimiento vemos el resultado de la escala de Barber que un 88.1% son vulnerables mientras que el restante 11.9% no lo son, se puede afirmar que partimos de una población mayormente vulnerable o

frágil, siendo un **problema social el que se destaca ante la vulnerabilidad**, particularmente lo vemos en la variable “Vive Solo” con un porcentaje del 62.8%.

Dado esto nos parece importante el seguimiento de estos pacientes mediante visitas domiciliarias ya que se detectó que más de la mitad de la población era vulnerable ya que vivía solo, apuntando hacia prevención y detección oportuna de sus respectivas patologías. Los cambios que se producen en la vejez necesariamente deberían de estar acompañados por la labor de enfermería fomentando el autocuidado.

Como Futuros Licenciados en Enfermería debemos trabajar con un método científico y una teoría como la de Dorothea Orem fomentando a que los adultos mayores cubran sus propias necesidades hasta el máximo de su capacidad.

La misma, refiere que el enfermero, es el responsable de identificar lo que la persona necesita y lo es también de proporcionar y dirigir los recursos que permitan al paciente ocuparse de su autocuidado; Desatancando estas actividades como continuas, con objetivo principal de ayudar a la persona mayor a mantener la vida y la salud, a recuperarse de la enfermedad o de la lesión y a afrontar los efectos de las mismas. Debemos trabajar con estrategias dirigidas hacia los vulnerables incumplidores generando una mejor calidad de vida en nuestros ancianos.

Es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos La adherencia a los tratamientos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario.

En la población en estudio se observa que un 69% son no adherentes esto puede estar dado por múltiples factores como:

Disfunción cognoscitiva, con pérdida de memoria asociada y el consiguiente fracaso de la toma adecuada de la medicación como se demostró con la variable “Descuido a la hora de tomar la medicación” y “Olvido del consumo de la medicación” con 42.9% y 26.2% respectivamente.

El correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico puede llevarse a cabo mediante el grado de adaptación que el individuo tenga. El cumplimiento se ha definido como << el grado en que el comportamiento del paciente coincide con la prescripción clínica>>.

Con nuestros resultados y contrastándolos con estudios anteriores se demostró que por lo menos un tercio de los pacientes no siguen de alguna manera la prescripción médica.

La sospecha de que la incidencia de incumplimiento en los pacientes ancianos es mayor que en los pacientes jóvenes puede ser correcta, pero en este caso no se puede afirmar ya que se trabajó con una población meramente anciana.

Pero si se puede decir que a mayor edad no significa más incumplimiento medicamentoso, para este caso en particular.

El error más frecuente fue la omisión con un 73.8%, seguido de el período y la frecuencia 57.1%.

El incumplimiento terapéutico en los pacientes ancianos es grave. La omisión del tratamiento, deliberada o accidental, produce una pérdida del efecto anticipado terapéutico. Se ha demostrado que el incumplimiento es un factor relacionado con el ingreso hospitalario.

La hospitalización innecesaria es un problema real que vemos como estudiantes en cualquier paciente, pero más en los pacientes ancianos para los cuales el cambio ambiental y de la rutina diaria es muy perjudicial.



Por tal motivo nos pareció importante investigar sobre el tema ya que vivimos en un país envejecido donde se debe mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos esto quedo demostrado con los datos anteriormente mencionados, pretendemos nosotros como futuros Licenciados el agente de cambio frente a dicha población elaborando planes enfocados a la atención primaria en salud con abordaje interdisciplinario con una asistencia directa mediante visitas domiciliarias e indirecta para con los ancianos. De esta manera, lograr fomentar el auto cuidado y lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico, mejorando la calidad de vida de nuestra población anciana y contribuyendo a disminuir los gastos económicos del sistema de salud.

Como limitación en nuestra investigación cabe destacar que los datos recabados están sujetos a sesgos ya que la información puede estar alterada si las personas no es responsable y sincera con la respuesta.

Conclusión

Como conclusión podemos decir que se pudo cumplir con los objetivos planteados, se determino que **no existe relación** entre la vulnerabilidad del anciano y la adherencia al tratamiento medicamentoso de los usuarios Hipertensos y diabetes



en la población perteneciente a los diferentes complejos del Banco de Previsión Social.

Primeramente se pudo caracterizar la población en estudio mediante la aplicación del instrumento ETSA, se identificó el grado de vulnerabilidad de la población objeto del estudio según escala de Barber.

Posteriormente se identificó el cumplimiento terapéutico medicamentoso de la población aplicando la escala de Morisky-Green.

El cuidado y el propio autocuidado son actividades diarias, tareas sencillas tales como cocinar, realizar compras, consultas médicas, además del propio consumo de la medicación pueden tornarse dificultosas a la hora de realizarlas, sin hablar de la necesidad de estar conectado con otras personas.

Nos parece importante que los ancianos tengan una vida activa y de integración, que podría ser mediante la creación de Centros Diurnos dirigidos por un equipo multidisciplinario específicamente para ancianos donde ellos pueden tener un espacio para interactuar y poder plantear sus necesidades.

Como posible solución se podría trabajar desde el programa de adulto mayor con campañas de concientización de la población para una integración del anciano a la familia.

Con la realización de este trabajo de investigación dejamos la puerta abierta para futuras investigaciones, Durante el análisis de los datos nos surgió la necesidad de conocer qué relación existe entre los ancianos vulnerables y los ingresos hospitalarios. Esto nos parece una temática para abordar en futuras investigaciones.

Bibliografía

26. Beare M. Enfermería médico quirúrgico. Vol. 1. Madrid: Mosby-Doyma; 1995 pág. 677.
27. Beare M. Enfermería médico quirúrgico. Vol. 2. Madrid: Mosby-Doyma; 1995 pág. 1615.
17. Suddarth S. Enfermería médico quirúrgica. Vol 1. México: McGraw-Hill; 2007. pág. 103-104.
13. Suddarth S. Enfermería médico quirúrgica. Vol 1. México: McGraw-Hill; 2007. pag.213
7. Suddarth S. Enfermería médico quirúrgica. Vol 1. México: McGraw-Hill; 2007. pag.215
18. Suddarth S. Enfermería médico quirúrgica. Vol 1. México: McGraw-Hill; 2007. pag.943
25. Suddarth S. Enfermería médico quirúrgica. Vol 1. México: McGraw-Hill; 2007. pág. 1265
28. Extron-smith A.N., Marc E. Weksler, Tratado de Geriatria. Barcelona: Jims; 1988. pág. 64-65.
20. Ketzoian C. Estadística médica conceptos y aplicaciones al inicio de la formación medica. Pág. 43
12. Burke M M, Walsh M B. Enfermería gerontológica. Madrid: Elsevier; 2006. Pág. 4
11. Burke M M, Walsh M B. Enfermería gerontológica. Madrid: Elsevier; 2006



9. Burke M M, Walsh M B. Enfermería gerontológica. Madrid: Elsevier; 2006. pág. 80.
15. Burke M M, Walsh M B. Enfermería gerontológica. Madrid: Elsevier; 2006. pág. 6.
31. Calenti M. Gerontología Geriátrica. Bs. As.: Panamericano; 2011. pág. 499.
8. Nicola P. Fundamentos de gerontología y geriatría. Barcelona: Jims; 1978. pág. 13.
16. Porot. Diccionario de psiquiatría. Barcelona: Labor; 1977. Vol 1. pág. 24-25.
30. Ham R, Sloane P. Atención Primaria en Geriatría. Madrid: Mosby; 1995. pág. 27.
19. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2008. (a) pág. 104, (b) pág. 238, (c) pág. 236, (d) pág. 241.
6. <http://www.fenf.edu.uy> consultado 20/02/12 hora 10:10 am
10. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf consultado 27/02/12 hora 8:35am
14. <http://en.scientificcommons.org/1815615> consultado 29/02/12 hora 10:25
- www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570 consultado 27/03/12 hora 18:15
5. www.msp.gub.uy/programadeladultomayor. consultado 20/02/12 hora 9:20 am
1. www.msp.gub.uy/programadeladultomayor consultado 09/02/12 hora 08:45
2. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570 consultado 27/03/12 hora 15:10

Escala de barber:

22. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007000300009&script=sci_arttext#t2

consultado 24/2/12 hora: 8:45

24. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007000300009&script=sci_arttext#t2

consultado 27/03/12 hora 15:20 Escala de Morisky-Green

3. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf> consultado 03/05/12 hora 10:05

2. Orem D E. Soins infirmiers: les concepts et la pratique. Gosselin Danielle (trad.). Montreal: Décarie Éditeur inc; 1987.

3. Orem D E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat; 1993.

21. Página de morisky green adherencia al tto consultado 27/3 15:10

7. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf> extraido el 3/5/12 hs 11:30

29. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v40n06a13080802pdf001.pdf> 29/5 hora 11:30

32. http://econsumo.com/AtencionPrimaria/docs/polimedicados_adherencia/Revision_test_incumplimientoAten_Primary.pdf 29/5/12 hora 12:00

33. http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2008/04/2008040310.htm 12/07/2012 hora 16:30

34. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-00482005000200007&script=sci_arttext 12/07/2012 hora 17:00



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
1810/1918



Cronograma

Presupuesto

Recursos Humanos: 5 estudiantes

1 docente

Recursos Materiales:

Bienes de uso

Computadoras, impresora, pen drive

Bienes de consumo	Subtotal
Papel	1200
Internet	460
Cuaderno	60
Teléfono	500
Lápices	20
Libros (biblioteca)	0
Boletos	11500
Varios	560
Total:	14800



Anexo I: Cuestionario ETSA

Anexo II: Escala de Barber

		SI	NO
1	Vive sólo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hay más de dos días a la semana que no come caliente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Necesita de alguien que le ayude a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Le impide su salud salir a la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ha estado ingresado en el hospital en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III: Escala de Morisky Green.

	SI	NO
1 ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adherente:	SI	NO
Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Anexo IV: Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Yo _____ he sido informado (a) por los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, facultad de enfermería, de la Universidad De La Republica, que desarrollan un trabajo de investigación en la zona, acerca de la vulnerabilidad y adaptación al tratamiento farmacológico de hipertensos y/o diabéticos, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos antihipertensivos y/o hipoglucemiantes.
2. Permito que los estudiantes de la Facultad de Enfermería utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilicen con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que los estudiantes de Facultad de Enfermería tengan acceso a mi identidad, la que no será revelada por ellos manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Firma

Fecha:



Anexo v Carta de autorización para realizar la investigación

Universidad de la Republica
Facultad de Enfermería
Catedra Adulto y Anciano

Sr.....:

Mediante la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar Autorización para realizar el Trabajo final de Investigación con el objetivo de conocer “cual es la relación entre la vulnerabilidad de los ancianos y el cumplimiento terapéutico medicamentoso de Hipertensos y/o Diabéticos”, llevado acabo por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería en el lugar X en el tiempo comprendido desde X.

La Facultad de Enfermería reconoce que ha revisado el protocolo de investigación, autorizándonos a dicho desempeño de la actividad.

Si presenta alguna duda o necesita información adicional, nos pondremos en contacto y le aremos llegar el protocolo de investigación.

Saluda Atentamente.

Estudiantes Facultad Enfermería

Autorizado por: -----

Fecha: -----