

Adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del Hogar San Lucas: Una perspectiva desde los cuidadores

Adherence of patients with chronic noncommunicable diseases to treatment, from the perspective of caregivers of the San Lucas Home.

Yarilsa Alexandra Cruz Toloza¹, Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia

Steisi Yineth Mondragón Castillo¹, Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia

Aylin Dayana Estrada Martínez¹, Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia

Edgardo Javier Ramos Caballero², Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia.

1. Enfermera en formación, Facultad Ciencias de la Salud.
2. Enfermero, PhD., Facultad Ciencias de la Salud, contacto: ejramos@unac.edu.co, ORCID: 0000-0001-8545-5503.

Resumen

Introducción: La adherencia terapéutica es crucial en enfermedades crónicas no transmisibles, ya que su falta agrava síntomas y aumenta el riesgo de complicaciones. Estrategias como la educación del paciente y la simplificación del tratamiento son clave para mejorarla, optimizando así la calidad de vida y reduciendo la carga de estas enfermedades en la salud pública. **Objetivo:** Determinar la adherencia del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles en el tratamiento farmacológico desde la perspectiva del cuidador en el Hogar San Lucas. **Metodología:** La investigación es observacional, descriptiva, de corte transversal. La muestra, seleccionada mediante muestreo censal, consistió en 40 cuidadores del Hogar San Lucas en Medellín. El instrumento cuenta con una validación y alfa de Cronbach de 0.83. **Resultados:** El análisis del instrumento revela que el 2.5% de los individuos tiene una adherencia baja al tratamiento, mientras que la mayoría, un 72.5%, muestra una adherencia media. Por último, el 25% de los participantes demuestra una adherencia alta al tratamiento. **Conclusiones:** El estudio señala la variabilidad en la adherencia al tratamiento en pacientes con ECNT (Enfermedades Crónicas no Transmisibles),

resaltando deficiencias en actividad física y dieta, pero también la continuidad en la toma de medicamentos. En la dimensión psicosocial, se destaca el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, el apoyo familiar y médico. Se enfatiza la influencia de factores sociales en la efectividad del tratamiento.

Palabras Clave: Adherencia al tratamiento, calidad de vida, cuidadores, determinantes sociales de la salud, enfermedades crónicas no transmisibles.

Abstract

Introduction: Therapeutic adherence is crucial in non-communicable chronic diseases, as its absence exacerbates symptoms and increases the risk of complications. Strategies such as patient education and treatment simplification are key to improving adherence, thereby optimizing quality of life and reducing the public health burden associated with these diseases. **Objective:** To determine patient adherence to pharmacological treatment for non-communicable chronic diseases from the caregiver's perspective at Hogar San Lucas. **Methodology:** This is an observational, descriptive, cross-sectional study. The sample, selected through census sampling, consisted of 40 caregivers from Hogar San Lucas in Medellín. The instrument used was validated, with a Cronbach's alpha of 0.83. **Results:** Analysis of the instrument revealed that 2.5% of individuals exhibited low treatment adherence, while the majority, 72.5%, demonstrated moderate adherence. Finally, 25% of participants showed high adherence to treatment. **Conclusions:** The study highlights variability in treatment adherence among patients with non-communicable chronic diseases, identifying deficiencies in physical activity and diet, alongside consistency in medication intake. In the psychosocial dimension, patient knowledge of their disease, as well as family and medical support, were notable. The influence of social factors on treatment effectiveness is emphasized.

Keywords: Treatment Adherence, quality of life, caregivers, social determinants of health, chronic noncommunicable diseases.

INTRODUCCIÓN

El término enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas por una infección aguda, conlleva consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados en un periodo de tiempo. Estas enfermedades, también conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representan una carga significativa para la salud pública en todo el mundo, ejemplo de estas enfermedades son: la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad y la

dislipidemia, las cuales son responsables de la mayoría de las muertes a nivel global y requieren adherencia al tratamiento para controlarlas y prevenir complicaciones (1).

Cabe señalar que la adherencia al tratamiento es crucial para gestionar efectivamente las enfermedades crónicas no transmisibles. La falta de adherencia puede empeorar los síntomas y aumentar el riesgo de complicaciones graves, mientras que una adherencia adecuada puede controlar los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad. Sin embargo, varios factores influyen en la adherencia, como la complejidad del tratamiento y las barreras económicas (2).

El concepto de adherencia se ha definido de diferentes maneras. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (3). Así mismo, Di Mateo y Di Nicola (4) definen la adherencia terapéutica como “implicación activa y voluntaria del consultante en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”.

La adherencia al tratamiento puede ser un desafío para muchos pacientes, ya que implica cambios en el estilo de vida, la toma de medicamentos, asistencia a citas médicas regulares y cumplimiento de recomendaciones médicas. En este sentido, los cuidadores desempeñan un papel crucial en el apoyo y la intervención para fomentar la adherencia del paciente (5). El observatorio de adherencia al tratamiento en Madrid menciona que el 57% de estos pacientes presentan falta de adherencia debido al abandono del tratamiento, enfatizando en pacientes polimedicados (5).

Otra causa para la mala adherencia es la falta de conocimiento de la enfermedad o la ausencia de síntomas (5). Según un estudio realizado por la Universidad Evangélica del Salvador, en los años 2013 a 2014 en Carmelo - Uruguay, el porcentaje de adherencia al tratamiento supera el 80%. Posteriormente en el año 2018 se realizó el mismo estudio en Carmelo- Uruguay donde arroja que el porcentaje de adherencia disminuyó aproximadamente un 20% (6).

La adherencia al tratamiento puede verse comprometida por los factores socioeconómicos, como la pobreza y el acceso limitado a la atención de salud, así como las creencias culturales sobre la enfermedad y el tratamiento. Así mismo, la complejidad del régimen médico, los efectos adversos y la duración del tratamiento son consideraciones importantes relacionadas con el tratamiento que

pueden influir en la adherencia. Además, los factores individuales del paciente, como la falta de recursos, las creencias religiosas y la salud mental, también impactan en la adherencia (6).

Por ejemplo, la depresión se ha identificado como un factor comúnmente asociado con la falta de adherencia, resaltando la importancia de abordarla adecuadamente. La gravedad de los síntomas, la disponibilidad de tratamientos efectivos y la percepción de riesgo del paciente son factores relacionados con la enfermedad que también pueden influir en la adherencia terapéutica. Por último, el sistema de asistencia sanitaria, incluyendo la relación médico-paciente y la disponibilidad de medicamentos, también juega un papel significativo en la adherencia al tratamiento. Es esencial considerar estos diversos factores al desarrollar estrategias para mejorar la adherencia y, en última instancia, los resultados de salud de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (7, 8).

En este contexto, los cuidadores desempeñan un papel fundamental en el apoyo emocional, la educación, la organización y la supervisión de la atención médica de los pacientes con enfermedades crónicas. Su intervención puede influir en la adherencia del paciente al tratamiento, facilitando la comprensión de las recomendaciones médicas, recordando la toma de medicamentos, acompañando a las citas médicas y brindando apoyo en la implementación de cambios en el estilo de vida (9). Las diversas acciones emprendidas por los cuidadores pueden influir de manera considerable en la adherencia del paciente al tratamiento, lo cual, a su vez, contribuye significativamente al manejo efectivo de enfermedades crónicas (10).

Los cuidadores desempeñan un papel esencial en el apoyo a las personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y pueden clasificarse en varios tipos según sus relaciones y responsabilidades (10):

Los cuidadores familiares son aquellos relacionados con la persona que padece una ECNT, como cónyuges, hijos, padres u otros parientes cercanos. Asumen una gran parte de la responsabilidad en el cuidado diario, incluyendo la administración de medicamentos, la asistencia en las actividades diarias y el apoyo emocional. Su compromiso es fundamental para el bienestar y la calidad de vida del paciente (11). Por otro lado, los cuidadores informales son amigos cercanos o vecinos que brindan apoyo y asistencia a las personas con ECNT. A menudo, son voluntarios y no están vinculados por lazos familiares. Pueden ayudar en tareas cotidianas, proporcionar compañía y ofrecer apoyo emocional, aliviando la carga de los cuidadores familiares (12). En un mundo globalizado, los cuidadores a distancia se mantienen en contacto con la persona enferma, brindando apoyo emocional y coordinando la atención desde lejos, gracias a la tecnología como las videollamadas y las aplicaciones de seguimiento de la salud (13).

Cabe mencionar que los cuidadores profesionales, como enfermeros, terapeutas y trabajadores sociales, están capacitados y empleados para brindar cuidados a personas con ECNT. Su conocimiento especializado es crucial para proporcionar atención de alta calidad. Por último, los cuidadores auto-cuidadores son personas con ECNT que gestionan su propia salud, siguiendo su régimen de medicación, adoptando hábitos de vida saludables y buscando apoyo en grupos de apoyo o en línea. Su autonomía es fundamental para su calidad de vida y para aliviar la carga de los cuidadores familiares y profesionales (14).

Por consiguiente, el apoyo social proporcionado por diferentes tipos de cuidadores en las enfermedades crónicas no transmisibles es fundamental para la adherencia al tratamiento. Los cuidadores, ya sean familiares o profesionales de la salud, pueden influir significativamente en la adherencia del paciente al brindar apoyo emocional, recordatorios para la toma de medicamentos y asistencia con cambios en el estilo de vida. Sin embargo, la falta de apoyo o la presencia de cuidadores sobreprotectores pueden dificultar la adherencia al limitar la autonomía del paciente. Reconocer el papel vital del cuidador y trabajar en colaboración con ellos es fundamental para promover una adherencia efectiva y mejorar los resultados de salud del paciente en enfermedades crónicas no transmisibles (15).

Lo anterior se integra con la teoría de Dorothea Orem, conocida como la Teoría del Autocuidado, esta teoría se centra en la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismos, especialmente en situaciones de salud y enfermedad. Según esta teoría, el autocuidado es una conducta que se manifiesta en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con el fin de regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar (16).

En razón a lo anterior, la investigación se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es el nivel de adherencia de los pacientes con ECNT a su tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, desde la perspectiva del cuidador en el Hogar San Lucas? Esta pregunta se abordará para determinar el grado de adherencia de los pacientes con ECNT a su tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, desde la perspectiva del cuidador en el Hogar San Lucas.

METODOLOGÍA

Esta fue una investigación cuantitativa de tipo observacional y corte transversal. La población de estudio son los cuidadores principales, secundarios, económicos y monetarios de los pacientes del Hogar San Lucas. Los cuidadores debían estar en ejercicio activo de sus actividades, con al menos tres meses de experiencia en el

cuidado de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de tipo censal con un total de 40 cuidadores del Hogar San Lucas, se realizó el cálculo de la muestra por medio de la calculadora online question-pro con un nivel de confianza del 95% un margen de error de 5% arrojando un tamaño de muestra de 37 cuidadores de pacientes con ECNT.

El instrumento “cuestionario para analizar la adherencia del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles en el tratamiento farmacológico y no farmacológico desde la mirada del cuidador”, está dividido en dos secciones: datos generales: contiene seis preguntas de información sociodemográfica y datos específicos: conformado por treinta y cinco preguntas las cuales están divididas en tres dimensiones. Primera dimensión conductual, con dieciséis reactivos; Segunda dimensión psicosocial, con catorce reactivos; Tercera dimensión biológica, con seis reactivos. Estas dimensiones cuentan con opciones de respuesta tipo Likert de 1 al 4, donde uno es nunca, dos es algunas veces, tres es casi siempre y cuatro es siempre.

El instrumento está conformado a su vez por tres instrumentos que se utilizaron como referencia, primer instrumento propuesto por Cuevas Peñate, escala de Morisky Green que mira la adherencia farmacológica de los pacientes (17), el segundo instrumento de Catú Martínez, estilo de vida en pacientes adultos con diabetes Mellitus tipo 2 (18) y el tercer instrumento propuesto por Santo Ramos traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos (19). El cuestionario no contó con ninguna modificación, por el contrario, fue adaptado según criterios de los investigadores, eliminando algunos cuestionarios, dando como elección las preguntas más pertinentes en relación con el proyecto. Posteriormente, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para este instrumento, obteniendo un resultado de 0.83, lo cual indica una alta fiabilidad del mismo (20).

Adicional a lo anterior, se sometió a un coeficiente de validación de contenido el cual fue propuesto por Hernández Nieto en el año 2002, con la participación de cinco expertos, donde el ítem más bajo puntuó 0.78 y el ítem más alto 0.94, dando con una validación del contenido del instrumento total de 0.89 el cual se interpreta con adecuada validez de contenido.

Para el análisis de los datos, una vez se aplicó el instrumento a cada uno de los cuidadores, se transfirieron los datos al paquete de Office Excel. Posteriormente, se realizó la interpretación en SPSS versión 25. Se llevó a cabo un análisis descriptivo

utilizando distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central. Se construyeron tablas para visualizar los resultados de frecuencias y gráficos, los cuales se analizaron para responder a cada uno de los objetivos planteados.

En relación con los aspectos éticos, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia Para llevar a cabo la aplicación del instrumento en la población seleccionada, se obtuvo el consentimiento informado para garantizar la autorización necesaria y proceder con la recolección de datos.

RESULTADOS

Se obtuvo la participación de 40 personas de los cuales 30 eran del sexo femenino y 10 del sexo masculino, con una edad promedio de 63 años, un rango mínimo de 24 y un máximo de 94 años. En cuanto al estrato socioeconómico se observa que un 50% (n=20) pertenece a los estratos socioeconómicos 2 y 3. Respecto a la relación del tipo de cuidador encuestado se destaca la predominancia del cuidador económico el cual realiza su proceso de cuidado a cambio de un pago representando el 35% (n=14) de los casos, seguido de un cuidador secundario ocasional con un 33% (n=13), mientras que el cuidador principal permanente representa un 23% (n=9) y el monetario con un 10% (n=4).

En cuanto a las enfermedades que padece el paciente, la hipertensión arterial corresponde a un 60% (n=24), seguido de la Diabetes Mellitus tipo 2 con un 23% (n=9), y en un menor porcentaje la Dislipidemia y Obesidad con un 10% (n=4) y un 7% (n=3) respectivamente (véase tabla 1).

Tabla 1 Característica sociodemográficas de la población estudiada

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Media	40	62,80
	Mediana	40	67,00
Sexo	Femenino	30	75,0
	Masculino	10	25,0
Tipo de cuidador	Principal (cuidador permanente)	9	22,5
	Secundario (cuidador ocasional)	13	32,5
	Económico (cuida por un pago)	14	35,0

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estrato socioeconómico en el que vive	Monetario (cuida proveyendo los recursos)	4	10,0
	Uno: bajo-bajo	4	10,0
	Dos: bajo	11	27,5
	Tres: medio-bajo	9	22,5
	Cuatro: medio	5	12,5
	Cinco: medio-alto	3	7,5
¿Qué enfermedad tiene su paciente al cual hace referencia?	Seis: alto	8	20,0
	Hipertensión arterial	24	60,0
	Diabetes mellitus	9	22,5
	dislipidemia	4	10,0
	Obesidad	3	7,5
	Total	40	100,0

Por otra parte, se describe la dimensión conductual la cual integra los aspectos del comportamiento humano que influyen en la salud y el bienestar de una persona. Esta dimensión fue clasificada en tres grupos: bajo (>30%), medio (30-60%) y alto (60-100%), en función de los porcentajes obtenidos en diferentes aspectos relacionados con el cumplimiento del tratamiento.

En el grupo de bajo cumplimiento, sólo el 30% (n=12) de los pacientes realiza actividad física regularmente. En el grupo de cumplimiento medio, se presentan varias categorías. El 40% (n=26) de los pacientes olvida tomar o aplicarse sus medicamentos. Un 52% (n=21) continúa tomando sus medicamentos, aunque les cause incomodidad, y un 62% (n=24) se aplica los medicamentos incluso si no lo desea. Además, el 57.5% de los pacientes no tiene impedimentos para tomar sus medicamentos, y el 47.5% es autónomo en este aspecto. En términos de dieta, el 60% de los pacientes consume frutas y verduras regularmente, y un 62.5% acostumbra a dormir antes de las 10 de la noche.

Por otro lado, el 50% (n=20) de los pacientes sigue una dieta alta en sal, enlatados, paquetes o gaseosas. Otro 50% (n=20) de los pacientes consume postres o golosinas regularmente, y un 45% (n=18) sigue una dieta alta en carbohidratos o grasas. En el grupo de alto cumplimiento, el 70% (n=28) de los pacientes sigue las recomendaciones del profesional de la salud. Un 75% (n=30) reclama sus

medicamentos antes de que se terminen, y el 70% (n=28) utiliza recordatorios para la toma de sus medicamentos (véase tabla 2).

Tabla 2 Resultados de la dimensión conductual de la escala de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente olvida aplicarse o tomarse sus medicamentos	Nunca	11	27,5
	Algunas veces	16	40,0
	Casi siempre	10	25,0
	Siempre	3	7,5
Mi paciente sigue las recomendaciones del profesional de salud sobre la dosis de su medicación	Nunca	3	7,5
	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	13	32,5
	Siempre	15	37,5
Mi paciente se aplica o se toma el medicamento, aun cuando diga que le hace sentir mal	Nunca	7	17,5
	Algunas veces	12	30,0
	Casi siempre	12	30,0
	Siempre	9	22,5
Mi paciente se aplica o toma sus medicamentos, aunque no lo desee Reclamar sus medicamentos antes de que estos se acaben. No tiene impedimentos para tomarse o aplicarse el medicamento, aun cuando este se sienta cansado o fatigado por sus labores	Nunca	2	5,0
	Algunas veces	10	25,0
	Casi siempre	13	32,5
	Siempre	15	37,5
Mi paciente se aplica o toma sus medicamentos, aunque no lo desee	Nunca	5	12,5
	Algunas veces	10	25,0
	Casi siempre	12	30,0
	Siempre	13	32,5
Mi paciente reclama sus medicamentos antes de que estos se acaben	Nunca	1	2,5
	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	10	25,0
	Siempre	20	50,0

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente no tiene impedimentos para tomarse o aplicarse el medicamento, aun cuando este se sienta cansado o fatigado por sus labores	Nunca	5	12,5
	Algunas veces	12	30,0
	Casi siempre	14	35,0
	Siempre	9	22,5
Mi paciente usa recordatorios manuales o digitales, tales como; aplicativos móviles o pastilleros, para evitar el descuido en cumplir con su tratamiento	Nunca	8	20,0
	Algunas veces	4	10,0
	Casi siempre	11	27,5
	Siempre	17	42,5
Mi paciente es independiente (no requiere ayuda del cuidador) para tomarse o aplicarse el medicamento.	Nunca	14	35,0
	Algunas veces	7	17,5
	Siempre	6	15,0
¿Mi paciente consume entre frutas y verduras 5 porciones al día (una porción es equivalente al puño de su mano)	Nunca	3	7,5
	Algunas veces	13	32,5
	Casi siempre	14	35,0
	Siempre	10	25,0
Mi paciente realiza actividad física mínimo 40 minutos aproximadamente, 4 días a la semana	Nunca	12	30,0
	Algunas veces	16	40,0
	Casi siempre	6	15,0
	Siempre	6	15,0
Mi paciente acostumbra a dormir antes de las 10 de la noche	Nunca	6	15,0
	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	14	35,0
	Siempre	11	27,5
Mi paciente consume una dieta en altos contenidos de sal, enlatados, paquetes o gaseosas	Nunca	10	25,0
	Algunas veces	20	50,0
	Casi siempre	8	20,0
	Siempre	2	5,0
Mi paciente acostumbra a comer un postre o golosina	Nunca	8	20,0
	Algunas veces	12	30,0

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente consume una dieta desbalanceada alta en carbohidratos (pan, yuca, papa o plátano) o proteínas (de origen animal) o grasas y poca cantidad de verduras	Casi siempre	17	42,5
	Siempre	3	7,5
	Nunca	7	17,5
	Algunas veces	15	37,5
	Casi siempre	11	27,5
	Siempre	7	17,5

Respecto a la dimensión psicosocial, la cual integra los aspectos psicológicos y sociales que influyen en la salud y el bienestar de una persona, se destaca que 12 de las preguntas se sitúan en un rango medio (33.0 % - 53.0%). Lo más sobresaliente es el alto nivel de conciencia y conocimiento que muestran los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento, reflejado en porcentajes significativos como el 47.5% (n=19) y el 50,0% (n=20), respectivamente. Así mismo, se resalta la importancia del apoyo social y emocional, evidenciado por el 35,0% (n=14) en diversos aspectos, como el cumplimiento del tratamiento y la aplicación de terapias para reducir el estrés. Se observa también una destacada adherencia al tratamiento, incluso en situaciones emocionalmente difíciles, con un 37,5% (n=15).

Por otro lado, dos de las preguntas se sitúan en el rango alto (55% - 58%), destacándose por su significativa representación. En este contexto, se valora enormemente el apoyo familiar como un recurso vital para afrontar su enfermedad, como lo demuestra un 55,0% (n=22) de respuestas afirmativas en esta dimensión psicosocial. Además, se muestra una alta expectativa de recibir información y educación detalladas sobre el manejo adecuado del tratamiento farmacológico en casa durante sus visitas médicas de control, alcanzando un destacado 57,5% (n=23) (véase tabla 3).

Tabla 3. Resultados de la dimensión psicosocial de la escala de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente se aplica o toma el medicamento aun cuando se sienta triste o angustiado.	Algunas veces	12	30,0
	Casi siempre	13	32,5
	Siempre	15	37,5
	Nunca	6	15,0

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente considera que su estado de ánimo puede alterar su enfermedad.	Algunas veces	18	45,0
	Casi siempre	11	27,5
	Siempre	5	12,5
Mi paciente conoce que el personal de enfermería le brinda los conocimientos adecuados sobre el manejo de su enfermedad y tratamiento.	Nunca	1	2,5
	Algunas veces	10	25,0
	Casi siempre	10	25,0
	Siempre	19	47,5
	Nunca	1	2,5
	Algunas veces	8	20,0
Mi paciente considera que el apoyo familiar es vital para hacerle frente a la enfermedad.	Casi siempre	9	22,5
	Siempre	22	55,0
	Nunca	5	12,5
Mi paciente requiere ayuda para cumplir su tratamiento cuando se siente bajo de ánimo.	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	14	35,0
	Siempre	12	30,0
Mi paciente aplica terapias para disminuir el estrés, tales como: hacer ejercicio, risoterapia, bailar, entre otras.	Nunca	9	22,5
	Algunas veces	14	35,0
	Casi siempre	11	27,5
	Siempre	6	15,0
	Nunca	3	7,5
	Algunas veces	12	30,0
Mi paciente tiene un grupo de apoyo, (amigos, comunidad religiosa, deportiva o familiares) con los cuales cuenta para enfrentar el desánimo o la depresión.	Casi siempre	11	27,5
	Siempre	14	35,0
	Nunca	2	5,0
Mi paciente, identifica que el profesional de enfermería es idóneo para realizar el seguimiento a su situación de salud.	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	9	22,5
	Siempre	20	50,0
	Nunca	2	5,0

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente cuando asiste a los controles espera recibir información y educación sobre el uso correcto del tratamiento farmacológico en casa.	Algunas veces	7	17,5
	Casi siempre	8	20,0
	Siempre	23	57,5
Mi paciente se ha encontrado en la situación de no recibir los medicamentos a tiempo.	Nunca	9	22,5
	Algunas veces	21	52,5
	Casi siempre	9	22,5
	Siempre	1	2,5
Mi paciente la ubicación de la vivienda y el orden público le favorece para asistir a los controles.	Nunca	3	7,5
	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	14	35,0
	Siempre	14	35,0
Mi paciente y su entorno (vecinos, acceso a la actividad física, ocio, entre otros), le favorece para la realización de actividades de hábitos saludables que influyen directamente en el tratamiento farmacológico y no farmacológico.	Nunca	4	10,0
	Algunas veces	12	30,0
	Casi siempre	14	35,0
	Siempre	10	25,0
Mi paciente considera que las condiciones de su domicilio (piso, techo, distribución de las habitaciones) contribuyen a cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico.	Nunca	2	5,0
	Algunas veces	8	20,0
	Casi siempre	12	30,0
	Siempre	18	45,0
Mi paciente considera que las condiciones como el desempleo y carencia de recursos económicos podrían afectar el tratamiento farmacológico y no farmacológico.	Nunca	10	25,0
	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	8	20,0
	Siempre	13	32,5

La dimensión biológica, caracterizada por el estudio detallado de los procesos fisiológicos, bioquímicos, genéticos y anatómicos que sustentan la vida y la salud de los individuos, desempeñan un papel fundamental en la comprensión de la

biología humana y en el abordaje de enfermedades y trastornos que afectan al organismo. En esta dimensión biológica, las preguntas se sitúan en un rango medio (30.0%-45.0%).

Se resalta el alto nivel de conciencia y conocimiento que los pacientes poseen sobre las prácticas de buenos hábitos en relación con su enfermedad y tratamiento. Se destaca la importancia de estas prácticas saludables, evidenciada en un 40.0% (n=16), así como su impacto positivo, como lo demuestra la mejora de signos y síntomas tras la medicación, reflejada en un 43.0% (n=17). Además, un 40.0% (n=16) de los pacientes considera que su enfermedad tiene un componente genético.

Por otro lado, se subraya la influencia de factores sociales domiciliarios, como pandillas, riñas, transporte y seguridad, en la reacción del organismo, lo que disminuye la efectividad del tratamiento farmacológico en un 38.0% (n=15). Asimismo, se resalta la significativa representación de pacientes que conocen los signos de peligro y la importancia de consultar en caso necesario, con un 45.0% (n=18) de respuestas afirmativas en esta dimensión. Estos datos ponen de manifiesto la relevancia de un enfoque integral que considere tanto los aspectos biológicos como los factores sociales en la salud y el tratamiento de los pacientes (véase tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la dimensión biológica de la escala de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente considera que el medicamento que usa ha mejorado los signos y síntomas presentes en su enfermedad.	Nunca	1	2,5
	Algunas veces	10	25,0
	Casi siempre	17	42,5
	Siempre	12	30,0
Mi paciente, ¿Conoce los signos de peligro para consultar al servicio de urgencias en caso de ser necesarios?	Nunca	2	5,0
	Algunas veces	7	17,5
	Casi siempre	13	32,5
	Siempre	18	45,0
Mi paciente, ¿Considera que su enfermedad tiene un componente hereditario?	Nunca	6	15,0
	Algunas veces	7	17,5
	Casi siempre	16	40,0

Pregunta	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente, ¿Considera que las situaciones sociales de su domicilio, como: pandillas, riñas, transporte y seguridad influyen en la reacción de su organismo disminuyendo la efectividad del tratamiento farmacológico?	Siempre	11	27,5
	Nunca	15	37,5
	Algunas veces	8	20,0
	Casi siempre	12	30,0
	Siempre	5	12,5
Mi paciente, ¿Conoce que el control de estrés disminuye los indicadores biológicos de salud, tales como: la presión arterial, ¿el nivel de azúcar o la frecuencia cardiaca?	Nunca	3	7,5
	Algunas veces	6	15,0
	Casi siempre	16	40,0
	Siempre	15	37,5
Mi paciente, ¿Considera que los hábitos saludables, como: alimentación balanceada y ejercicio físico, ¿han contribuido a mejorar su actual estado de salud?	Nunca	3	7,5
	Algunas veces	9	22,5
	Casi siempre	16	40,0
	Siempre	12	30,0
Mi paciente, ¿Considera que la práctica de los hábitos y conductas saludables han mejorado su estado de salud y la percepción de su bienestar?	Nunca	3	7,5
	Algunas veces	6	15,0
	Casi siempre	16	40,0
	Siempre	15	37,5

Con relación a la interpretación final de cada dimensión, se evidenció que la dimensión mayormente afectada fue la conductual al reportar un 15% (n=6) en el rango bajo, un 67,5% (n=27) para el rango medio y un 17,5% (n=7) para el rango alto (véase tabla 5).

Por otro lado, se evidenció que las dimensiones psicosocial y biológica fueron las que más aspectos positivos aportaron. En la dimensión psicosocial, se observó un 5% (n=2) en el rango bajo, un 60% (n=24) en el rango medio y un 35% (n=14) en el rango alto. En la dimensión biológica, los resultados fueron de un 5% (n=2) en el rango bajo, un 15% (n=6) en el rango medio y un 80% (n=32) en el rango alto.

Tabla 5. Interpretación final de la dimensión conductual, psicosocial y biológica

	Bajo		Medio		Alto	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
DIMENSIÓN CONDUCTUAL FINAL	6	15	27	67,5	7	17,5
DIMENSIÓN PSICOSOCIAL FINAL	2	5	24	60	14	35
DIMENSIÓN BIOLÓGICA FINAL	2	5	6	15	32	80

Finalmente, la interpretación general del instrumento, se puede observar que el 2,5% (n=1) de los individuos muestra una adherencia baja al tratamiento. Por otra parte, la mayoría de los individuos, representando un 72,5% (n=29) de la muestra, presentan una adherencia media al tratamiento. Finalmente, el 25,0% (n=10) de los participantes tiene una adherencia alta al tratamiento (tabla 6).

Tabla 6 Interpretación general del instrumento

INTERPRETACIÓN FINAL		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	2,5
Medio	29	72,0
Alto	10	25,0
Total	40	100,0

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituye un pilar fundamental para asegurar la eficacia del manejo clínico y potenciar la calidad de vida de los pacientes. En este estudio, se exploró la perspectiva de los cuidadores en el Hogar San Lucas, respecto a la adherencia de los pacientes tanto a los tratamientos farmacológicos como a las recomendaciones no farmacológicas.

Los resultados obtenidos revelan una serie de hallazgos relevantes. En primer lugar, se observa una predominancia de mujeres en la muestra, con una edad promedio de 63 años, representando el 75,0% (n=30) del total. Además, la distribución socioeconómica muestra que la mayoría de los pacientes pertenecen

a los estratos 2 y 3, correspondiendo al 50% (n=20) de la muestra. Estos datos indican una tendencia hacia el género femenino en el contexto de este estudio. Asimismo, se puede observar que la mayoría de la población estudiada está en la etapa de la tercera edad. Estos hallazgos coinciden con investigaciones recientes, como el estudio de Vargas et al. (22), que también destacaba una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en mujeres y en individuos con menor nivel educativo.

En relación con la dimensión conductual, se identifican niveles variables de adherencia al tratamiento, lo que sugiere que algunos pacientes cumplen más fielmente con las indicaciones médicas que otros. Se observan deficiencias en aspectos como la actividad física, con un 30% (n=12) y la dieta con un 50% (n=20). Estos datos señalan áreas específicas en las que los participantes podrían mejorar su cumplimiento con el tratamiento. Estos resultados refuerzan la necesidad de intervenciones conductuales dirigidas a fortalecer los hábitos de autocuidado, corroborando estudios previos como el de Fernández et al. (23), que también señalaban la falta de cumplimiento en la actividad física y la dieta como desafíos comunes en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Sin embargo, los resultados también evidencian comportamientos positivos, como la continuidad en la toma de medicamentos y el empleo de recordatorios para mejorar la adherencia con un 70% (n=28). Estos hallazgos son relevantes, ya que indican que la mayoría de los pacientes en esta dimensión están tomando sus medicamentos de manera consistente y utilizando estrategias para mejorar la adherencia. Por ejemplo, un análisis sistemático publicado en BMJ Open (24) señala que factores como la alfabetización en salud, el acceso a dispositivos móviles y la presencia de condiciones de salud mental pueden influir en la eficacia de estas herramientas. En algunos casos, los pacientes pueden no responder adecuadamente a los recordatorios debido a la complejidad de los regímenes de tratamiento o la falta de comprensión de la importancia de la adherencia.

Por otro lado, el Journal of Medical Internet Research (25) indica que, aunque los recordatorios ayudan, no son suficientes para garantizar la adherencia completa. Los pacientes pueden olvidar su medicación incluso con recordatorios y algunos pueden optar por no seguir las recomendaciones debido a la complejidad del régimen.

En cuanto a la dimensión psicosocial, se destaca un nivel significativo de conocimiento y conciencia por parte de los pacientes sobre su enfermedad y su tratamiento, representando un 50% (n=20) de la muestra. Este hallazgo sugiere que una parte importante de los pacientes tiene una comprensión adecuada de su condición médica y de cómo gestionar su tratamiento. Un estudio publicado

sobre el uso de telemonitorización en la autogestión de enfermedades crónicas resalta que muchos pacientes aún tienen dificultades para comprender plenamente los signos de peligro y las complicaciones de su enfermedad, lo que afecta su capacidad para tomar medidas preventivas adecuadas (BioMed Central) (26). Este hallazgo contrasta con la evidencia presentada, sugiriendo que, aunque algunos pacientes muestran un alto nivel de conocimiento, otros pueden no estar igualmente bien informados.

Asimismo, una revisión sistemática de intervenciones virtuales lideradas por enfermeras subraya la importancia de una educación continua y adaptada para los pacientes con enfermedades crónicas. La revisión encontró que la falta de comprensión y la educación inadecuada sobre la enfermedad son barreras significativas para la adherencia al tratamiento y la gestión efectiva de la enfermedad (BMJ Open) (27). Este punto de vista refuerza la necesidad de intervenciones educativas constantes y personalizadas para mejorar el conocimiento y la conciencia entre todos los pacientes.

Por otra parte, se observa una apreciación positiva del apoyo familiar y la información facilitada por los profesionales médicos con un 57.5% (n=23) de la población. Así mismo, se destaca la importancia del entorno social y emocional en el proceso de adherencia al tratamiento, con un 37.5% (n=15) de los pacientes. Estos datos demuestran que el respaldo emocional y la orientación proporcionada por los seres queridos y el equipo médico pueden tener un impacto positivo en la adherencia al tratamiento, además, resalta que el apoyo social y emocional juega un papel crucial en el éxito del tratamiento, ya que puede influir en la motivación, el cumplimiento y la perseverancia del paciente, como lo respalda el estudio cualitativo de Pérez et al. (28). Quien destaca cómo el apoyo social puede aumentar la motivación de los pacientes para seguir su tratamiento, mejorar su cumplimiento y fomentar la perseverancia. Este estudio encontró que los pacientes que recibían apoyo constante de sus familias y profesionales de la salud tenían una mayor probabilidad de adherirse a sus regímenes de tratamiento, lo que resultaba en mejores resultados de salud.

Respecto a la dimensión biológica, se resalta la influencia significativa que tienen los factores sociales del lugar de residencia de los pacientes, en la efectividad del tratamiento farmacológico para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) con un 38% (n=15) de población. Esta percepción sugiere que los pacientes son conscientes de la importancia del entorno físico y social en su capacidad para seguir el tratamiento y manejar su enfermedad de manera efectiva. Estos resultados respaldan la necesidad de un enfoque integral que considere tanto los aspectos biológicos como los sociales en el manejo de las ECNT, tal como lo

destacó el estudio de Pérez al resaltar la influencia de los factores sociales y el entorno domiciliario en la efectividad del tratamiento farmacológico (29).

Asimismo, se evidencia que el 45% (n=18) de los pacientes reconoce los signos de peligro de la enfermedad y el 40% (n=16) consideran que su enfermedad tiene un componente hereditario. Esto sugiere que los pacientes están informados sobre los síntomas que podrían indicar complicaciones en su condición de salud y comprender el riesgo de progresión de la enfermedad en el futuro, en cómo gestionan su salud y la de sus familiares. Un estudio realizado por Health Education Research (30) identificó brechas significativas en el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, especialmente en poblaciones con menor acceso a la educación y recursos sanitarios. Este estudio encontró que muchos pacientes no estaban adecuadamente informados sobre los signos de peligro y el componente hereditario de sus enfermedades.

Es importante destacar que la dimensión más afectada, o en la que los pacientes cumplen menos con los ítems, es la conductual. En esta dimensión, solo el 17.5% (n=7) de un total del 100% (n=40) de los pacientes muestran adherencia al tratamiento. El resto de los pacientes no cumplen completamente o no muestran adherencia en absoluto, lo que corresponde al 82.5% (n=33) del total. Una investigación publicada en el Journal of Hypertension encontró que la adherencia conductual, específicamente en cuanto a la dieta y el ejercicio, fue baja en aproximadamente el 65% de los pacientes. Este estudio destaca que las barreras comunes incluyen la falta de motivación y el apoyo insuficiente para cambios de estilo de vida sostenibles (31).

Respecto al espectro de afectación de la enfermedad en los pacientes analizados, se observa una relativa preservación en las dimensiones psicosocial y biológica. En el ámbito psicosocial, el 60% de los participantes (n=24) exhibió un nivel medio de conciencia respecto a su enfermedad actual y su tratamiento, evidenciando la necesidad de un respaldo emocional y un acompañamiento adecuado. En cuanto a la dimensión biológica, se observó un impacto positivo significativo, con un 80% de los individuos (n=32) demostrando un alto nivel de conciencia en la adopción de prácticas saludables para mejorar su condición y gestionar eficazmente su tratamiento. Además, se resalta la importancia de su capacidad para reconocer los signos de peligro y abordarlos de manera temprana, lo que subraya su autonomía en el cuidado de su salud.

Durante la ejecución del proyecto de investigación, se identificaron diversas limitaciones que influenciaron su desarrollo. Entre estas, se destacó la escasez de información disponible sobre cuidadores en el contexto de la ciudad de Medellín, lo cual restringió el acceso a datos relevantes para el estudio. Además, se encontró

que la colaboración se limitó a una sola entidad, lo que limitó la diversidad de fuentes y perspectivas en la recopilación de datos. Esta situación, a su vez, implicó desafíos en términos de alcance y representatividad de la muestra, así como en la implementación del cuestionario diseñado para evaluar la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, desde la perspectiva del cuidador.

La accesibilidad limitada a los cuidadores constituyó otra barrera significativa, dificultando la realización de encuestas y la obtención de datos completos y precisos. Esta restricción, que puede atribuirse a diversos factores como la disponibilidad horaria de los cuidadores o la naturaleza de las relaciones institucionales, impactó la capacidad del proyecto para obtener una muestra representativa y garantizar la validez y fiabilidad de los resultados.

Además de estas limitaciones operativas, se observó la necesidad de abordar aspectos éticos y metodológicos para garantizar la integridad y validez del estudio. Esto incluyó consideraciones sobre el consentimiento informado de los participantes, la confidencialidad de los datos recopilados y la adecuación de los instrumentos de medición utilizados en el contexto específico de estudio. El proyecto de investigación sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles desde la perspectiva del cuidador presentó desafíos significativos, estos ofrecieron oportunidades para reflexionar sobre la mejora continua de la metodología de investigación y la colaboración interinstitucional en futuros estudios en esta área.

CONCLUSIONES

En cuanto a la dimensión conductual, se identifican niveles variables de adherencia al tratamiento, con deficiencias en aspectos como la actividad física y la dieta. A pesar de esto, se observan comportamientos positivos, como la continuidad en la toma de medicamentos, lo que indica la necesidad de intervenciones conductuales dirigidas a fortalecer los hábitos de autocuidado. En la dimensión psicosocial, se destaca un nivel significativo de conocimiento y conciencia por parte de los pacientes sobre su enfermedad y su tratamiento, así como una apreciación positiva del apoyo familiar y la información facilitada por los profesionales médicos.

Lo anterior, resalta la importancia del apoyo social y emocional en el proceso de adherencia al tratamiento. En la dimensión biológica, se resalta la influencia significativa de los factores sociales del lugar de residencia de los pacientes, en la efectividad del tratamiento farmacológico para las ECNT. Esto subraya la

importancia de considerar el entorno físico y social de los pacientes en el diseño de estrategias de manejo de la enfermedad.

Este análisis nos proporciona una visión completa sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Se destaca la importancia de la adherencia al tratamiento como un pilar fundamental para asegurar la eficacia del manejo clínico y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, se exploró la perspectiva de los cuidadores en el Hogar San Lucas, lo que añade una dimensión adicional a la comprensión del tema.

Conflicto de intereses

Las autoras desean manifestar que no existe ninguna situación de conflicto o relación financiera, laboral o personal que pueda tener algún impacto en la imparcialidad o integridad del presente artículo.

Agradecimientos

Deseamos manifestar nuestra profunda gratitud a todas las personas y entidades que han contribuido al desarrollo de esta investigación.

Contribución de autores

Cada autor desempeñó una contribución significativa y esencial en este trabajo de grado. En el ámbito académico, cada uno se encargó de abordar de manera integral los diversos aspectos relacionados con el desarrollo de la investigación.

Financiación

La presente investigación no acarreo costos económicos directos, ya que la inversión de tiempo y recursos se llevó a cabo dentro del contexto del proceso investigativo para optar al título de Enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.
2. Rincón A, Gusñay N, Rodríguez V, Carolina A, Alarcón R, Ximena N, et al. An Real Acad Farm [Internet]. 2020;86:125–31. Available from: https://analesranf.com/wp-content/uploads/2020/86_02/8602_04.pdf

3. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles. septiembre de 2018;16(3):226-32.
4. Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. mye. 21 de septiembre de 2021;32(4):897-945.
5. Rincón AC, Gusñay NX, Rodríguez VI. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. RANF. 2020;86(2):125-31.
6. Barahona C, Michelle G, Calderón C, Menolty K, Landaverde G, Marcela V, et al. Differences and similarities in therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus and arterial hypertension in latin america abstract. 2020;12.
7. Reyes RM. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Medicina y Ética. 2021;32(4):897-945.
8. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharmaceutica (Internet). diciembre de 2018;59(4):251-8.
9. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA. 11 de diciembre de 2002;288(22):2880-3.
10. Cardozo García Y, Escobar Ciro CL. La interacción en el ámbito hospitalario según el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. Interaction within the hospital environment according to family caretakers of patients with chronic disease [Internet]. 2018 [citado 8 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/20620>
11. Cantillo-Medina CP, Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY, Cantillo-Medina CP, Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY. HABILIDAD DE CUIDADO EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y SOBRECARGA PERCIBIDA. Ciencia y enfermería [Internet]. 2018 [citado 8 de noviembre de 2023];24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532018000100216&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Ruiz Valencia LF, Gordillo Sierra AM, Galvis López CR. Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Revista Cuidarte*. 2019 Sep 13;10(3).
13. Rojas-Reyes J, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno SP. El rol del cuidador a distancia de personas con enfermedad crónica: scoping review. *Revista Ciencia y Cuidado*. 1 de enero de 2021;18(1):81-93.
14. Rodríguez-Lombana L, Chaparro-Díaz L. Soporte social y sobrecarga en cuidadores: revisión integrativa. *Revista Cuidarte*. 2020 Feb 20;11(1).
15. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2022 [citado 28 de agosto de 2023]. Adherencia. Disponible en: <https://dle.rae.es/adherencia>
16. TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO .pptx [Internet]. SlideShare. 2024 [cited 2024 Jun 7]. Available from: <https://es.slideshare.net/slideshow/teoria-del-deficit-del-autocuidado-pptx/267250247>.
17. Cuevas CD las, Peñate W. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015;15(2):121-9.
18. Martínez PCC. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2014 [citado 14 de septiembre de 2023];(27). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44832162002>.
19. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2022 Nov 7];49(8):459–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300045>.
20. *articles-105002_archivo_pdf.pdf* [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
21. Paula FV. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgos cardiovascular del hospital Divino Niño de Buga

Valle [master's thesis].Bogota: Universidad Nacional de Colombia, 2014:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1390748/5395612014.pdf>

22. Vargas, J., Silva, A., Córdova, A., & Santibáñez, C. (2020). Perfil epidemiológico de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(4), 505-514.

23. Fernández, M., Núñez, M. J., & Delgado, S. (2021). Revisión de intervenciones de promoción de la actividad física en adultos con enfermedades crónicas no transmisibles. *Apunts. Medicina de l'Esport*, 56(208), 129-137.

24. Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy AW, Hynes L, Galvin E, et al. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado el 22 de mayo de 2024];11(9):e044987. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e044987>

25. Wiecek E, Torres-Robles A, Cutler RL, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V. Impact of a multicomponent digital therapeutic mobile app on medication adherence in patients with chronic conditions: Retrospective analysis. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 [citado el 22 de mayo de 2024];22(8):e17834. Disponible en: <https://www.jmir.org/2020/8/e17834/>

26. Creber A, Leo DG, Buckley BJR, Chowdhury M, Harrison SL, Isanejad M, et al. Use of telemonitoring in patient self-management of chronic disease: a qualitative meta-synthesis. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2023;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-023-03486-3>

27. Tao X, Zhu W, Chu M, Zhang Y. Nurse-led virtual interventions in managing chronic diseases: a protocol for a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open* [Internet]. 2023 [citado el 22 de mayo de 2024];13(5):e070583. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/5/e070583>

28. Pérez, A., Aranega, A., Suárez, G., & Martín, L. (2019). Experiencias de cuidado y autocuidado en personas con enfermedades crónicas no transmisibles en la ciudad de Camagüey. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(2), e1787.

29. Pérez, M., Martínez, E., & Pérez, A. (2020). La eficacia del programa de rehabilitación integral en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), e2547.

30. Olson D. 2021 chronic health conditions surveys: Gaps between healthcare professionals and adult patients [Internet]. NFID. National Foundation for Infectious Diseases; 2021 [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nfid.org/resource/2021-chronic-health-conditions-surveys-gaps-between-healthcare-professionals-and-adult-patients/>
31. Yu S, Wan R, Bai L, Zhao B, Jiang Q, Jiang J, et al. Transformation of chronic disease management: Before and after the COVID-19 outbreak. Front Public Health [Internet]. 2023;11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1074364>