

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **ARTEAGA TAIBE LEONARDO FABIAN** y **MOREIRA SANCHEZ MARIA GORETTI**, con C.C. 1309568473, 1308622487, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: "EFECTOS DEL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL EN EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO Y EL APARECIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES MEDICAS, EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES, PERTENECIENTES A FAMILIAS DE LOS ALBERGUES DEL CANTÓN JAMA, PERIODO OCTUBRE A NOVIEMBRE 2016", previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de Medicina:

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 7 de febrero del 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Arteaga Taibe Leonardo Fabian".

ARTEAGA TAIBE LEONARDO FABIAN

C.C. 1309568473

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Moreira Sanchez Maria Goretti".

MOREIRA SANCHEZ MARIA GORETTI

C.C. 1308622487



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**POSTGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Efectos del terremoto del 16 de abril en el cumplimiento terapéutico y el  
apareamiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades  
crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del  
cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA  
ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS PUCE:  
PREVIO A OPTAR POR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Línea de investigación:** Enfermedades crónicas no transmisibles

**AUTORES:** MD. Leonardo Fabián Arteaga Taipe

DRA. María Goretti Moreira Sánchez

Santo Domingo de los Tsachilas-Ecuador

2016.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**  
**POSTGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

## HOJA DE APROBACIÓN

Efectos del terremoto del 16 de abril en el cumplimiento terapéutico y el  
 aparecimiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades  
 crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del  
 cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

**Línea de investigación:** Enfermedades crónicas no transmisibles

**AUTORES:** Md. Leonardo Fabián Arteaga Taípe

Dra. María Goretti Moreira Sánchez

Dr. Mauricio Cuadrado

Director de Tesis

f.....

.....

f.....

.....

f.....

Santo Domingo – Ecuador

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

\_\_\_\_\_  
Md. Leonardo Fabián Arteaga Taipe

C.I. N° -

\_\_\_\_\_  
Dra. María Goretti Moreira Sánchez

C.I. N° -

## AGRADECIMIENTO

*“La Medicina Familiar no solo es una especialidad, va mucho más allá, significa brindar atención integral individual y familiar desde lo biológico, clínico y psicológico”.*

Nuestro agradecimiento está dirigido a las siguientes instituciones y personas.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por permitirnos ser parte del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, impartiéndonos un conocimiento amplio y transformador del médico de familia.

Al Centro de Operaciones de Emergencia del cantón Jama por dar su aprobación para que el presente trabajo de investigación se pudiese llevar a cabo en cada uno de los albergues de este hermoso rincón de la provincia de Manabí que fue golpeado por la naturaleza el 16 de abril del 2016.

A cada una de las personas que formaron parte del estudio de investigación por su gentileza y paciencia al ser entrevistados en lo que ahora son sus hogares improvisados.

A nuestros familiares que han sido el apoyo incondicional durante estos tres años de estudio.

A Dios que nunca nos ha abandonado.

Mil gracias a todos y todas por estar siempre junto a nosotros en todo momento.

*Md. Leonardo Fabián Arteaga Taipe y Dra. María Goretti Moreira Sánchez*

## DEDICATORIA

*“Médico Familiar es integralidad, buen escucha, buen comunicador, enfoque biopsicosocial. Es un amigo en todo momento.”*

Dedicado a nuestros hijos Juan Diego y Juan Emilio, quienes son la luz de nuestros ojos y el motor de superación

*Md. Leonardo Fabián Arteaga Taipe y Dra. María Goretti Moreira Sánchez*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
HOJA DE APROBACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	3
1.3. PROBLEMA Y OBJETIVOS .....	6
1.3.1. PROBLEMA.....	6
1.3.2. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	7
1.4. HIPÓTESIS .....	7

<b>CAPÍTULO II</b> .....	8
2. MARCO REFERENCIAL.....	8
2.1. Enfermedades crónicas.....	8
2.1.1. Enfermedades crónicas y la comunidad de Manabí.....	9
2.1.2. Esfera Psicológica en las enfermedades crónicas .....	10
2.1.2.1. Tipos de enfermedades crónicas .....	11
2.1.2.2. Las enfermedades crónicas y su cumplimiento terapéutico.....	14
2.2. Cumplimiento Terapéutico.....	14
2.2.1. Factores externos que afectan al cumplimiento terapéutico en enfermos crónicos no transmisibles .....	15
2.2.2. Tipos de incumplimiento terapéutico .....	16
2.2.3. Problemas con el incumplimiento terapéutico.....	17
2.2.4. Incumplimiento terapéutico como sinónimo de adherencia .....	18
2.3. Adherencia al tratamiento.....	18
2.3.1. Factores que influyen en la adherencia.....	19
2.3.2. Factores internos que afectan a la adherencia al tratamiento.....	20
2.3.3. Intervenciones para mejorar la adherencia .....	21
2.3.4. Estrategias prácticas para mejorar la adherencia .....	23
2.3.5. Métodos y medidas para la evaluación de la adherencia .....	26
2.4. Impacto del terremoto en salud publica.....	33

2.4.1.	Antecedentes del terremoto .....	36
2.4.2.	Mitigación de desastres en establecimientos de salud.....	37
2.4.3.	Toma de decisiones en Desastres.....	38
2.4.4.	Resiliencia después de un terremoto natural (terremoto) .....	39
<b>CAPÍTULO III.....</b>		<b>41</b>
3.	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>41</b>
3.1.	Ámbito de estudio .....	41
3.2.	Periodo de estudio .....	41
3.3.	Tipo de estudio .....	41
3.4.	Modalidad de la investigación.....	42
3.5.	Criterios de inclusión.....	42
3.6.	Criterios de exclusión .....	42
3.7.	<b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION .....</b>	<b>43</b>
3.7.1.	Procedimiento de intervención .....	43
3.8.	Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos .....	45
3.9.	Análisis e interpretación de datos.....	46
3.10.	Métodos y técnicas.....	47
3.11.	Técnicas. ....	48
3.12.	<b>POBLACION Y MUESTRA.....</b>	<b>49</b>
3.13.	<b>OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE.....</b>	<b>50</b>

3.14. Aspectos bioéticos .....	56
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>57</b>
<b>4.1. ANÁLISIS UNIVARIAL .....</b>	<b>57</b>
4.1.1. Edad .....	57
4.1.2. Sexo.....	60
4.1.3. Estado Civil.....	60
4.1.4. Nivel de escolaridad.....	61
<b>4.2. ANÁLISIS BIVARIALES .....</b>	<b>61</b>
4.2.1. Edad * Sexo .....	61
4.2.2. Edad * Estado Civil.....	62
4.2.3. Edad *Nivel de escolaridad.....	63
4.2.4. Edad * Estado civil .....	63
4.2.5. Sexo * Nivel de Escolaridad .....	64
4.2.6. Edad * Sexo .....	65
4.2.7. Adherencia al Tratamiento.....	65
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....</b>	<b>66</b>
4.2.8. Edad * Adherencia al tratamiento .....	67
4.2.9. Edad * Complicaciones.....	67
4.2.10. Edad * Exacerbaciones .....	68
4.2.11. Sexo * Adherencia al tratamiento .....	69

4.2.12. Sexo * Complicación .....	70
4.2.13. Edad * Exacerbación.....	71
4.2.14. Adherencia *Complicación.....	72
4.2.15. Adherencia * Exacerbación.....	73
4.2.16. Adherencia * Exacerbación.....	74
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>75</b>
DISCUSIÓN .....	75
Conclusiones .....	79
Recomendaciones.....	81
Bibliografía .....	82
Anexos .....	85

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad .....	57
Tabla 2 Tabla De Distribución De Edad .....	58
Tabla 3 Sexo.....	60
Tabla 4 Estado Civil.....	60
Tabla 5 Nivel De Escolaridad .....	61
Tabla 6 Tabla Cruzada Edad Sexo .....	61
Tabla 7 Edad Estado Civil .....	62
Tabla 8 Tabla Cruzada Edad (Nivel De Escolaridad).....	63
Tabla 9 Tabla Cruzada Sexo*Estado Civil .....	63
Tabla 10 Tabla Cruzada Sexo*Nivel De Escolaridad.....	64
Tabla 11 Tabla Cruzada Edad * Sexo .....	65
Tabla 12 Adherencia Al Tratamiento.....	65
Tabla 13 Tabla Cruzada Edad (Agrupado)*Adherencia Al Tratamiento .....	67
Tabla 14 Edad * Complicaciones.....	67
Tabla 15 Edad *Exacerbaciones .....	68
Tabla 16 Sexo * Adherencia .....	69
Tabla 17 Sexo * Complicación .....	70
Tabla 18 Tabla Cruzada Sexo * Exacerbación .....	71
Tabla 19 Tabla Cruzada Adherencia *Complicación .....	72
Tabla 20 Tabla Cruzada Adherencia Con Exacerbación .....	73
Tabla 21 Tabla Cruzada Complicación Con Exacerbación .....	74

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de Edad.....	59
Gráfico 2 Adherencia al tratamiento .....	66

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Test morisky green .....	85
Anexo 2 La encuesta del investigador .....	86
Anexo 3 Consentimiento informado y declaración para el estudio. ....	90
Anexo 4 Tablas estadísticas .....	94
Anexo 5 Datos SPSS .....	103
Anexo 6 Enfermedades crónicas .....	107

## RESUMEN

El incumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas son cada vez más recurrente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en medio de una catástrofe, por lo que se analizó esta relación.

**Método:** Es un estudio de Corte transversal cuyo universo 38 personas, en los que se incluyen en la muestra a todas las personas con enfermedades crónicas no transmisibles de los albergues del cantón Jama, con un plan de análisis aplicándole el test de Morisky Green, y una encuesta realizada por los investigadores enfocada a las complicaciones y exacerbaciones de los pacientes con ECNT, el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v23.0.

**Resultados:** Se encuestó a 26 mujeres y 12 hombres, según el análisis desarrollado se pudo verificar que los factores importantes para que se presenten complicaciones en los pacientes después del terremoto fue el sexo ya que 18 mujeres fueron afectadas presentando complicaciones en la enfermedad (OR: 1.333; IC: 0.283, 6.279), además la relación adherencia al tratamiento 27 de los encuestados presentaron interferencia en el tratamiento ocasionando complicaciones en sus estado de salud con un (OR: 0.978; IC: 0.159, 5.998).

Palabras claves. - Desastres naturales, enfermedades crónicas, adherencia al tratamiento, complicación de enfermedades crónicas, exacerbación de enfermedad crónica no transmisibles.

## ABSTRACT

Therapeutic compliance and the appearance of medical complications are recurrent in patients with chronic or noncommunicable diseases in the middle of a catastrophe. Thereupon, such relation was analyzed.

**Method:** This is a cross-sectional study which comprises a universe of 38 people. All the people from shelters of Jama with chronic diseases are included in the sample. The sample was analyzed by applying the Morisky Green test and a survey designed by the researchers. The survey focuses on complications and exacerbations in patients with chronic or noncommunicable diseases. The statistical analysis was carried out with software SPSS v23.0.

**Outcomes:** 26 women and 12 men were surveyed. The analysis verifies that the major factor for the appearance of complications in patients after the earthquake was gender. 18 women were affected and presented complications in the disease (OR: 1.333; CI: 0.283, 6.279). Regarding adherence to treatment, 27 people presented interference in the treatment causing complications in their health condition with an (OR: 0.978; CI: 0-159, 5.998).

**Key words.-** Natural disasters, chronic diseases, adherence to treatment, complication of chronic disease, exacerbation of chronic or noncommunicable disease.

I hereby CERTIFY that I am fluent in both English and Spanish and that I have translated this document to the best of my knowledge. I also certify that this is a faithful translation of the original document in Spanish. (January 5, 2017)

---

MARLON OVANDO, MSc.  
ID 1706692702 – **TRANSLATOR**  
[docstranlator@gmail.com](mailto:docstranlator@gmail.com)  
Cell Ph. 0984 171 391 | Quito - Ecuador

## **CAPÍTULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Según: (Demaio, 2013), Los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles reciben poca atención en la fase aguda de desastres y respuesta de emergencia, por este motivo son de suma importancia en la atención de las consultas externas en sub centros y hospitales, ya que el bienestar de ellos también es un objetivo del modelo de atención integral en salud, como meta importante es evitar las complicaciones que presentan a lo largo del tiempo de su enfermedad, hay condicionantes de determinar las causas de los cambios en el plan terapéutico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

En los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles por diferentes factores tanto internos como externos se presentan cambios en su tratamiento, por este motivo este grupo de pacientes merece un enfoque diferenciado en la atención de las consultas externas en sub centros y hospitales, ya que el bienestar de ellos también es un objetivo del modelo de atención integral en salud. Es importante evitar las complicaciones que presentan a lo largo del tiempo de su enfermedad. Hay condicionantes que Determinar las causas de los cambios en el plan terapéutico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles,

pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

Determinar las causas de los cambios en el plan terapéutico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

Analizar la enfermedad crónica no transmisible que más tenga relación con complicaciones médicas en los pacientes pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

Establecer cuáles enfermedades crónicas no transmisibles presentan mayor exacerbación en los pacientes afectados por el terremoto del 16A en los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

Comparar si la adherencia o no adherencia terapéutica influye en el apareamiento de complicaciones en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles afectados por el terremoto del 16A en los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

Aceleran estos procesos como la mala adherencia al tratamiento, la sobredosis de la medicación, malas condiciones climáticas o fenómenos naturales. En esta investigación se involucrara como condicionante de importancia un desastre natural (terremoto) que conlleve a la falta de adherencia a su medicación, a exacerbación de su enfermedad y las complicaciones que estas personas puedan tener, sabiendo que estas son más vulnerables en estos tipos de sucesos emergentes,

debilitando su estado de salud por pérdida de su medicación, destrucción en su vivienda, falta de acceso a los servicios de salud, cambio de domicilio, desamparo de los familiares, colapso y destrucción en centros de salud, falta de seguimiento por el personal médico para que reciban sus terapias correctas o sean llevados a diálisis o quimioterapia dependiendo su enfermedad, durante y después de la emergencia es el momento donde se rompe ese nexo fuerte que une a la salud con la comunidad, aunque no siempre puede ser totalmente rota pero si afectada en cierto porcentaje y eso agrava las exacerbaciones que pudiesen darse como son las crisis respiratorias por el asma o EPOC, hiperglicemias en los diabéticos, emergencias hipertensivas en los HTA, todo esto por falta de adherencia a su medicación pudiéndose complicar con insuficiencias respiratoria, cetoacidosis diabética, enfermedad cerebro vascular respectivamente citando algunas que se pueden suscitar, o las ligadas al stress por el que cursan por el fallecimiento de sus familiares, amigos, o por pérdida de ingresos, de vivienda, y falta de seguridad.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Los fenómenos de la naturaleza se transforman en desastres cuando implican pérdidas materiales y vidas humanas. El terremoto en Ecuador, registrado el pasado sábado 16 de abril a las 18:58 (hora local) con una magnitud de 7,8 Escala de Richter, 8-9 Escala de EMS-98 y Escala de Mercalli 9, fue el sismo más destructivo del país en los últimos treinta años. El epicentro se localizó

frente a Pedernales (Manabí), a veinte kilómetros de profundidad, dejando más de 500 muertos y más de 2.000 heridos.

Los desastres naturales afectan a la población de diversas formas; los heridos requieren cuidado médico de urgencia y el daño de las fuentes de alimento y de los servicios públicos representa amenazas significativas para la salud pública.

Después de un desastre natural el patrón de las necesidades de la atención en la salud cambiaron a partir de la fase de emergencia, desarrollándose progresivamente las siguientes acciones: atención de lesionados, alojamiento temporal, apoyo alimentario, apoyo psicosocial, suministro de agua, disposición de excretas, manejo de desechos sólidos, control de vectores y saneamiento ambiental y lo más importante el tratamiento a los enfermos crónicos que deben seguir con sus tratamientos acorde a las necesidades.

Las principales causas de incumplimiento terapéutico en los enfermos crónicos de los albergues del cantón Jama, se da por la presencia del desastre natural para lo cual es necesario elaborar las estrategias de intervención terapéutica específica una vez identificada la/s probable/s causa/s del incumplimiento en un paciente. Este último aspecto supone el reto más importante para el médico.

La delicada combinación que representa la magnitud de las consecuencias de un desastre natural como el terremoto del 16 de abril y el escaso

recurso disponible para su atención inmediata, provoca que se altere en la atención terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas, para lo cual resulta necesaria desarrollar diferentes estrategias para ayudar a mejorar el manejo y abordaje de los desastres y sus víctimas, tanto a nivel general, como en lo que concierne a cada área geográfica y a su engranaje dentro del sistema nacional y local de atención de la salud.

A nivel local el cantón Jama de Manabí fue uno de los más afectados donde murieron 27 personas, y se conformaron 4 albergues en diferentes sectores los cuales son Jama centro #1 con 22 familias y 97 habitantes, Don Juan con 30 familias y 125 habitantes, El Matal con 123 familias y 431 habitantes, Bellavista con 22 familias y 90 habitantes, con una total población albergada de 742 personas.

Se ha escogido a la población de los albergues del Cantón Jama, conociendo que en estos albergues existen determinados grupos de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que no tienen un buen cumplimiento terapéutico en situaciones cotidianas, la misma condición tiende a empeorar ante la situación de un evento o desastre natural.

El panorama tiene tendencia a alterar los cuidados y el manejo terapéutico de la población generando exacerbación y complicaciones de la salud en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles lo que genera modificación del esquema terapéutico, de la disponibilidad de fármacos entrando en un estado de no adherencia. Es por esta razón el interés de esta investigación trabajar con este grupo de pacientes que permanecen en los albergues del cantón Jama, ya que

dentro de su enfermedad pueden aparecer complicaciones propias de cada patología. Además se analiza como es el acceso a su tratamiento en la actualidad y si se ha desarrollado algún cambio en la administración de nuevos medicamentos por interrupción de los mismos o sobredosis de estos, entre las patologías que se tomaran en cuenta están los paciente diabéticos, asmáticos, hipertensos, artríticos, LES, cáncer.

### **1.3. PROBLEMA Y OBJETIVOS**

#### **1.3.1. PROBLEMA**

¿Cuáles son los efectos del terremoto del 16 de abril en el cumplimiento terapéutico y el aparecimiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón jama periodo octubre a diciembre 2016?

#### **1.3.2. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los efectos del terremoto en el cumplimiento terapéutico y el aparecimiento de complicaciones médicas en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

### **1.3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar las causas de los cambios en el plan terapéutico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.
- Analizar la enfermedad crónica no transmisible que más tenga relación con complicaciones médicas en los pacientes pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.
- Establecer cuales enfermedades crónicas no transmisibles presentan mayor exacerbación en los pacientes afectados por el terremoto del 16A en los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.
- Comparar si la adherencia o no adherencia terapéutica influye en el apareamiento de complicaciones en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles afectados por el terremoto del 16A en los albergues del cantón Jama en el periodo octubre a diciembre 2016.

### **1.4. HIPÓTESIS**

- El terremoto alteró los cuidados y el manejo terapéutico de la población generando exacerbación y complicaciones de la salud en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de las familias de los albergues del cantón Jama en el periodo octubre- diciembre 2016.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1. Enfermedades crónicas**

Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) se caracterizan por una etiología incierta de origen multifactorial y no infecciosa. Pueden ser considerados como uno de los mayores problemas de salud pública, en particular las enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial sistémica (HAS), y la diabetes mellitus (DM), el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Se estima que en 2030, tres cuartas partes de todas las muertes en todo el mundo estarán relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles. (Hosey, 2014)

En los países en desarrollo, el 29% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles se producen antes de los 60 años de edad y son las principales causas de mortalidad. En 2007, en Brasil, se encontró que las muertes debido a enfermedades no transmisibles fueron del 72% y en 2015, se estima que el 66%. (Thieme, 2014)

Las enfermedades crónicas no transmisibles generalmente descompensan y favorecen la aparición de otras enfermedades, el aumento de la demanda de hospitalizaciones y reingresos. Los reingresos hospitalarios

se pueden definir como las hospitalizaciones posteriores con el mismo diagnóstico primario o complicaciones relacionadas con el diagnóstico inicial. (Braga, 2014)

### **2.1.1. Enfermedades crónicas y la comunidad de Manabí**

Posterior al terremoto presentado el 16 de abril del 2016 en la provincia de Manabí ha ocasionado que se presente factores importantes como la falta de saneamiento ambiental lo que ha provocado el repunte de enfermedades en la población manabita. Los principales padecimientos tenemos las enfermedades cardiovasculares, cerebro vascular, diabetes mellitus y cáncer.

En Ecuador las enfermedades crónicas no trasmisibles representan un problema de salud pública, evitable, por ello se trabaja en prevención y tratamiento de las enfermedades, basados en la Constitución de la República que garantiza el ejercicio pleno del derecho ciudadano a la salud. En esta área el principal logro obtenido fue la versión avanzada del Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus Factores de Riesgo. (Agencia de Noticias Andes. , 2014)

En Ecuador, según estimaciones realizadas en 2011, la diabetes mellitus tipo II, la enfermedad hipertensiva y la enfermedad cerebrovascular fueron las principales causas de muerte. Las enfermedades transmisibles están siendo reemplazadas por las patologías crónicas como principales causas de muerte y discapacidad en el Ecuador. La información 694 basada en las estadísticas de

mortalidad de Ecuador, reportada para el año 2011, muestra que la presencia de las enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades isquémicas del corazón ocupan los primeros lugares de las 26 primeras causas de mortalidad, y representan el 23.72% de todas las muertes. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2012)

Según sus resultados, en el país 414.514 personas mayores de 10 años sufren de diabetes, más de un tercio de la población mayor a 10 años (3'187.665) es prehipertensa y 717.529 personas de 10 a 59 años padece de hipertensión arterial. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2012)

### **2.1.2. Esfera Psicológica en las enfermedades crónicas**

La esfera Psicológica tiene que ver con una sensación personal hacia la capacidad para resolver las demandas de la vida y lo que ésta impone. La rigidez de carácter, las características de una personalidad pasiva, dependiente y evasiva son de riesgo para la resolución de las demandas de la enfermedad y los tratamientos necesarios hacia la diabetes mellitus. La referencia personal respecto de la percepción de incapacidad para enfrentar y resolver las demandas de la enfermedad es un buen predictor de lo que una paciente identifica como dificultad hacia sus conductas y dificultades de autocuidado. Sabemos que el 60.7% de mujeres a las que se les diagnostica diabetes gestacional perciben el hecho como algo extremo que les afecta mucho. (Pimentel, 2013). El malestar psicológico es aquella respuesta emocional reactiva a un evento o circunstancia que no cumple con los criterios

nosológicos para un trastorno mental, no obstante que presenta una incomodidad subjetiva. Por sus características, el malestar psicológico implica cambios emocionales y conductuales de intensidad variable, de curso breve, rápida evolución y buen pronóstico a expensas de la solución al problema desencadenante.

Dentro de las instituciones de salud, la psicología centra su atención en pacientes que acuden a ella por encontrarse médicamente enfermos que requiere ser médicamente atendido. Claro está que estas circunstancias tienen un efecto en la esfera psíquica y emocional del individuo cuya respuesta no puede ser considerada como psicopatológica, ya que se trata de una reacción esperada frente a los hechos que enfrenta. (Muñoz, 2015)

#### **2.1.2.1. Tipos de enfermedades crónicas**

##### **Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre) son los denominados factores de riesgo intermedios para las ECNT y también se consideran como enfermedad establecida. (Ministerio de Salud Pública) revelan la importancia de la enfermedad hipertensiva en el Ecuador. En 2012 la prevalencia de hipertensión arterial medida por la ENSANUT en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, siendo de 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres. La pre hipertensión arterial tiene una prevalencia de 37,2%, con valores de 27,1% en las

mujeres y 48,0% en los hombres. La encuesta SABE II, realizada en 2010, mostró una prevalencia de HTA en adultos de 60 años y más de 44,4%. Según datos revelados en el año 2011, la tasa de mortalidad por enfermedades de hipertensión fue del 25.41%

## **Diabetes**

La prevalencia de diabetes en el área urbana es 3,2% y en el área rural 1,6%. Las subregiones que presentan la prevalencia más alta de glucemia mayor a 126 mg/dl son Quito con (4,8%) (2,9 - 7,9) y la Costa urbana (2,9%).

Eso contrasta con el número de casos atendidos que tiene el Ministerio en sus registros. Reciben tratamiento en el sistema público de salud, unas 30 mil personas, cinco mil de las cuales son de Manabí. (LA HORA, , 2008)

## **Cáncer**

La incidencia de cáncer De acuerdo con la información disponible de los Registros Poblacionales de Cáncer (SOLCA), en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, donde se concentran los mayores volúmenes de población que demanda de atención médica por cáncer, entre los años 2006 a 2009, los tumores malignos de mayor incidencia en el Ecuador fueron: mama, próstata, el cáncer de piel (no melanoma), tiroides, cuello del útero, linfomas, estómago y colon. Con base en los

seis registros poblacionales que reportan en el Ecuador, el RNT SOLCA Quito, estima para el año 2013 la incidencia de las localizaciones más frecuentes para ambos sexos en todo el país.

### **Enfermedades Cerebrovasculares**

Posteriormente al suceso del terremoto del 16 de abril del 2016, comenzó a aumentar los casos de enfermedades cardiovasculares. “Puede ser por la dificultad de acceder a sus consultas médicas, difícil acceso a su medicación o porque muchos se afectaron por estar en albergues”.

A nivel de Manabí, por efectos del terremoto sostuvo, hubo tres personas fallecidas por infarto agudo de miocardio en Tosagua, Bahía de Caráquez y Jipijapa. A lo que se recomienda a los pacientes con problemas cardíacos que sigan con sus controles regulares, que no dejen de tomar la medicina, llevan una dieta saludable y conserven su tratamiento. (LA HORA , 2016)

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por una etiología incierta de origen multifactorial y no infecciosa los mismos que pueden ser considerados como uno de los mayores problemas de salud pública ya que en la práctica médica, una parte importante de los tratamientos queda

bajo la responsabilidad del paciente, de ahí que el incumplimiento del tratamiento indicado se ha convertido en un serio problema, exacerbando los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, lo que hace imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, originando dificultades y el aumento del costo de la atención sanitaria.

#### **2.1.2.2. Las enfermedades crónicas y su cumplimiento terapéutico**

Para los pacientes con múltiples enfermedades crónicas, existe una clara necesidad de un modelo multidisciplinar de la atención que permite la incorporación de las preferencias del paciente, la individualización de recomendaciones de las guías específicas de la enfermedad, la mayoría de los médicos están de acuerdo en que el cumplimiento de los medicamentos prescritos de tratamiento es esencial para reducir la morbilidad y maximizar los resultados positivos. Cuando se combina con asesoramiento y otras terapias conductuales, el cumplimiento terapéutico es un elemento esencial del tratamiento para muchos pacientes ya que su cumplimiento es necesario e importante para la evolución positiva de la enfermedad. (Saurav Ghimire, 2015)

## **2.2. Cumplimiento Terapéutico**

El cumplimiento de los pacientes al tratamiento es un indicador importante para evaluar el éxito de la gestión de las enfermedades

crónicas. A pesar del hecho se requiere una definición aplicable de conformidad a la intervención y la investigación adecuada.

Los atributos de cumplimiento incluyen la obediencia del paciente, la capacidad para poner en práctica el consejo médico, la flexibilidad, la responsabilidad, la colaboración, la participación, y la persistencia en la aplicación de los consejos. Se organizan en dos categorías: factores internos se refieren al paciente, la enfermedad y las características del tratamiento y los factores externos se refieren a los profesionales de la salud, sistema de salud, y los factores socioeconómicos.

La enfermedad crónica es una condición que requiere el cumplimiento del tratamiento para la enfermedad esté bajo control. Cuando una enfermedad crónica se trata inadecuadamente, la condición puede empeorar.

### **2.2.1. Factores externos que afectan al cumplimiento terapéutico en enfermos crónicos no transmisibles**

Los factores asociados se han agrupado en cuatro categorías, relacionadas respectivamente con: el paciente; la enfermedad; la atención del médico tratante y de la institución de salud; y el tratamiento. La no adherencia en enfermedades crónicas ocasiona gran preocupación, debido a que el alto costo generado se constituye en un problema de salud pública que va en aumento.

A pesar de que en la actualidad se dispone de una amplia gama de medicamentos eficaces para el tratamiento, los resultados siguen siendo afectados por la adherencia a lo prescrito. Es aquí donde existe una brecha entre los hallazgos de los ensayos clínicos y la realidad de la práctica cotidiana. Por otra parte, el hecho de incumplir con el tratamiento profiláctico aumenta las recurrencias, los ingresos hospitalarios y el riesgo suicida, y acrecienta el deterioro cognitivo.

El abandono terapéutico ocurre con una prevalencia que varía entre el 20% y el 60%, con una mayor frecuencia en el 41%, de los pacientes que acuden a recibir un tratamiento. El abandono puede sobrepasar el 60% cuando se tiene en cuenta la falta de asistencia a la primera cita, la de toma de contacto, lo cual constituye el abandono más precoz que puede existir, pues ni siquiera se llega a comenzar una terapia. (Pardo, 2011)

### **2.2.2. Tipos de incumplimiento terapéutico**

Después de definir qué se entiende por el cumplimiento, los tipos comunes de incumplimiento se puede establecer que existe los diferentes tipos de incumplimiento comúnmente encontrado en la práctica clínica permitiría la formulación de estrategias para hacer frente de manera efectiva. El grado en el que el

paciente no ejecuta la prescripción médica, ya sea un tratamiento farmacológico, regímenes dietéticos, recomendaciones para modificar hábitos de vida no saludables o asistencia a visitas programadas. Vale la pena resaltar que dicho planteamiento refleja una relación médico-paciente tradicional, o paternalista, en la cual el médico es el sujeto activo que conoce del asunto y toma las decisiones, y el paciente, el sujeto pasivo que acata las órdenes independientemente de su opinión. (Palomino, vol.28 no.4 Oct./Dec. 2015)

### **2.2.3. Problemas con el incumplimiento terapéutico**

Desde la perspectiva de los proveedores de salud, incumplimiento terapéutico es un problema clínico importante por dos razones. En primer lugar, el incumplimiento podría tener un efecto importante en los resultados del tratamiento y las consecuencias clínicas directas. El incumplimiento está directamente asociado con pobres resultados del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, el mal cumplimiento terapéutico es la razón más importante para la presión arterial mal controlado, lo que aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y la insuficiencia renal notablemente. (Ther Clin Manag Riesgo, 2008)

Es importante el cumplimiento terapéutico ya que al prescribir un medicamento se debe respetar escrupulosamente las indicaciones, dosis y horarios ya que de no hacerlo, disminuirá notablemente su eficacia y reduciría el éxito en el control de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas no

transmisibles, el grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, ayudara a que la evolución de las enfermedades sean positivas en los pacientes.

#### **2.2.4. Incumplimiento terapéutico como sinónimo de adherencia**

Aunque la adherencia en entornos con pocos recursos puede llegar a ser igual o mejor que en los entornos como países desarrollados, el incumpliendo terapéutico sigue siendo considerable, en particular, debido a la iniciación de retraso, interrupción o la denegación de la terapia en las diferentes enfermedades, adherencia incompleta a la terapia. Es muy importante que la adherencia a las guías de tratamiento es un importante predictor de deterioro clínico. Para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes, programas de mejora del rendimiento se han establecido, y la mejora de las medidas de rendimiento que es importante para mejorar la atención al paciente y los resultados. Es donde podemos enunciar que si el paciente incumple su tratamiento terapéutico sus resultados serán negativos.

### **2.3. Adherencia al tratamiento**

La adhesión es "el grado en que el comportamiento de un paciente coincide con alguna consulta médica o prescrito". Promedios que sólo el

50% entre los pacientes que sufren enfermedades crónicas (física o mental). Como un importante obstáculo generalizado a la efectividad del tratamiento, la calidad de vida del paciente, y una carga y la demanda en el sistema de atención de la salud y la familia, profesionales de la salud necesitan entender y abordar la dinámica de la adhesión, o la falta de ella.

Varios modelos teóricos se han aplicado a la comprensión de cumplimiento de la medicación. Sin embargo, no hay un alto grado de concordancia en la mayoría de estos modelos teóricos. Ellos están principalmente basados en la ecología, centrándose tanto en los factores sociales y cognitivas, y sobre los factores que abarcan la enfermedad y su régimen de medicación, tratamiento, la persona, paciente a sí mismo, a sí misma, y las interacciones entre el médico y el paciente. Esto significa que las intervenciones efectivas para aumentar la adherencia son individualizadas, a largo plazo, las cuestiones complejas de varias capas y muchos se encuentran con un éxito limitado. (Rachel, 2013 )

### **2.3.1. Factores que influyen en la adherencia**

Hay múltiples factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento, incluyendo:

- **Factores intrínsecos** al paciente, sobre la enfermedad y / o características terapéuticas y en relación con la interacción entre los profesionales de la salud de los pacientes y. Algunos obstáculos a la adhesión son más comunes en los

pacientes y deben ser investigados, ya que requieren una atención especial en el manejo clínico de estos pacientes.

- **Los factores relacionados con el estado de la enfermedad** plantean demandas particulares que enfrenta la adhesión del paciente al tratamiento, especialmente: la severidad de los síntomas, el nivel de discapacidad (física, psicológica, social y profesional), la tasa de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamiento.

### **2.3.2. Factores internos que afectan a la adherencia al tratamiento**

Los factores internos describen cómo las características de los pacientes, la enfermedad y los tratamientos afectaron su adherencia al tratamiento. Hay algunos factores que pueden afectar el cumplimiento terapéutico del paciente, tales como demográficos (edad y sexo) psicológica, la enfermedad y los factores relacionados con el tratamiento. Los factores psicológicos se refieren a las creencias de salud sobre el significado de la enfermedad, la falta de conocimiento o conceptos erróneos sobre el tratamiento, las creencias religiosas que lo estimen que la enfermedad es la voluntad de Dios, la preocupación por el desarrollo de la dependencia de las drogas, la actitud negativa hacia el tratamiento (por ejemplo, la ira sobre la enfermedad o la sensación de estigmatización), 'expectativas de salud y el tratamiento, los pacientes de los pacientes motivación y la satisfacción con el tratamiento y la comunicación de los pacientes y método de afrontamiento.

Las características de la enfermedad que se han de discernir como los factores eficaces en el cumplimiento son duración de la enfermedad, la intensidad de la enfermedad, el número de complicaciones, el grado de discapacidad, y los síntomas (asintomáticas, la falta de síntomas, o la ausencia temporal de los síntomas y la tasa síntomas de indeseables).

Los factores relacionados con el tratamiento pueden ejercer un efecto sobre el cumplimiento, incluyendo la naturaleza del tratamiento; conveniencia y forma práctica de administración; duración (larga o terapia a corto plazo); el número, la dosis, y la frecuencia de la medicación; el costo de tratar con la terapia (compra de medicamentos, dieta especial, equipos médicos, y transporte para asistir a citas); la complejidad del tratamiento (consejos rígida, inflexible, inalcanzable, y poco atractivo); tratamiento ineficaz; longitud y la cantidad de cambio impuesto por el tratamiento; y un tramo sin especificar el tiempo de tratamiento. (Nurs, 2014)

### **2.3.3. Intervenciones para mejorar la adherencia**

La intervención para mejorar la adherencia se complica por las dificultades conceptuales y metodológicas mencionadas en la evaluación de la adherencia. No obstante, el examen sistemático de las estrategias para mejorar la adherencia se da imperativo las altas tasas de no adherencia en momentos de desastres y el valor individual y los costos sociales asociados con la falta de adherencia.

Las intervenciones de los enfoques existentes para mejorar la adherencia se pueden agrupar en categorías: educativos, conductuales, cognitivas conductuales y las intervenciones de múltiples componentes.

### **Las intervenciones educativas**

Las intervenciones educativas tienen como objetivo mejorar el conocimiento del paciente y los síntomas, los beneficios y los mecanismos de acción del régimen de medicación. Por otra parte, las intervenciones educativas suelen incluir el suministro de información sobre el calendario de dosificación de medicamentos.

### **Las intervenciones conductuales**

Las intervenciones conductuales promueven el acto de la toma de la medicación y / o reforzar la adherencia al proporcionar incentivos. Los ejemplos de intervenciones conductuales incluyen la simplificación del régimen, el uso de sistemas de recordatorios visuales o auditivos, y el uso de los sistemas de contratación o de recompensa de comportamiento para tomar los medicamentos según las indicaciones.

### **Intervenciones cognitivo-conductual**

Las intervenciones cognitivas conductuales mejoran la adherencia mediante la alteración de los patrones de pensamiento que contribuyen a la

falta de adherencia al mismo tiempo que el establecimiento de patrones de comportamiento que conduzcan a su adhesión mediante estrategias conductuales antes mencionados.

### **Intervenciones multifactoriales**

Las intervenciones de componentes múltiples utilizan múltiples estrategias para mejorar la adherencia incluyendo educativa, conductual, cognitivo conductual, de motivación, y / o estrategias de provisión de apoyo.

#### **2.3.4. Estrategias prácticas para mejorar la adherencia**

##### **Estrategias basadas en la evidencia**

Se puede decir que las estrategias basadas en la evidencia se refieren a aquellos que son apoyados por la investigación como una intervención eficaz en las poblaciones en estudio. Por otra parte, las intervenciones educativas son probablemente más beneficioso en el tratamiento de la falta de adherencia accidental, que resulta de la falta de comprensión de los requisitos de régimen o la dificultad de organización en lugar de la falta de adherencia volitivo. (Rachel, 2013 )

### **Dosis Simplificación**

La estrategia de la simplificación de la programación régimen de dosificación de una vez al día ha permitido mejorar la adherencia entre los pacientes. Este enfoque es probablemente más beneficioso en el tratamiento de la falta de adherencia accidental relacionada con el régimen complejidad.

### **Formación de resolución de problemas**

Basada en la familia entrenamiento de habilidades de resolución de problemas parecen mejorar la adherencia a la medicación en jóvenes. Pacientes con enseñanza de cómo identificar sistemáticamente las barreras a la adherencia, desarrollar soluciones y poner en práctica de manera efectiva para que se pueda hacer a través del teléfono y, por tanto, tienen el potencial de integrarse en el cuidado clínico.

### **Estrategias prometedoras**

Las estrategias de comportamiento, tales como los sistemas visuales de recordatorio, los sistemas de recordatorios auditivos, o el uso de una caja de pastillas semanal o diaria a menudo se incluyen en las intervenciones de promoción de la adhesión de varios componentes y es probable un valor práctico en la mejora de la adherencia. Los sistemas de recordatorio se han documentado para

aumentar la adherencia entre el 6% y el 25% a través de otros grupos de enfermedades crónicas.

Probablemente los sistemas de recuerdo son los más beneficiosos en el tratamiento de la falta de adherencia accidental y pueden tomar varias formas, incluyendo recordatorios visuales o recordatorios auditivos. (Rachel, 2013 )

### **Mejorar la comunicación entre pacientes y proveedores**

La mejora de la calidad de la relación médico-paciente tiene el potencial para mejorar la adherencia. Las intervenciones en adultos que han incluido la interacción individual con profesionales de la salud como parte de una intervención multicomponente sugieren esto como un enfoque prometedor. Adicionalmente la importancia de la relación médico-paciente en lo que sugiere que la falta de adherencia es mayor frecuente cuando existe una discordancia entre el paciente y el médico, un fenómeno documentado.

### **Evaluación individualizada sobre los síntomas**

Proporcionar a los pacientes con recomendaciones para ajustar los medicamentos adaptados a sus perfiles de los síntomas. A pesar de que en el contexto de los estudios existentes retroalimentación fue entregado a través de sistemas automatizados, parece razonable esperar que la retroalimentación específica

sobre beneficios de ajustar regímenes de dosificación de medicamentos basados en los síntomas actuales y la importancia de la adherencia a los horarios podrían hacerse durante citas en la clínica de rutina o telefónicas de seguimiento con los pacientes. Además, la retroalimentación puede servir también para mejorar la adherencia accidental en la medida en que ofrece una oportunidad para que los proveedores para proporcionar aclaraciones sobre el régimen de dosificación de medicamentos esperado. (Rachel, 2013 )

### **Mejorar de motivación**

La incorporación de técnicas de entrevista motivacional para mejorar la adherencia como uno de los múltiples componentes de la intervención. Estrategias de entrevista motivacional tratan de ayudar a un individuo a identificar sus valores centrales / objetivos y aumentar la visión del paciente con respecto al papel de la medicación la adherencia en la consecución de sus objetivos. La entrevista motivacional es eficaz en la promoción del cambio de comportamiento en múltiples áreas, incluyendo el uso o abuso de sustancias, la prevención, la dieta y el ejercicio, así como la adherencia a la medicación en otros grupos de enfermedades crónicas. (Rachel, 2013 )

### **2.3.5. Métodos y medidas para la evaluación de la adherencia**

La adhesión se midió a través de métodos objetivos y subjetivos - medidas objetivas evaluar la ocurrencia de un comportamiento, mientras

que las medidas subjetivas evaluar el informe de un individuo de si se ha producido un comportamiento - cada uno se revisarán a continuación.

- **Las medidas objetivas de adherencia**

### **Métodos objetivos directos**

Los métodos directos incluyen observaciones de la conducta objetivo. Esto es difícil de aplicar en la investigación clínica de rutina o en la práctica, ya que requeriría observaciones en directo o grabadas durante muchas horas o días para capturar las numerosas tareas de control a medida que ocurren. Como alternativa, las grabaciones electrónicas de los comportamientos de adhesión a través de tecnologías de gestión son cada vez más accesibles y bien aceptada

### **Métodos objetivos indirectos**

Medidas objetivas indirectos de la adhesión permiten a los investigadores hacer una 'suposición educada "que una conducta se llevó a cabo sobre la base de otros eventos o datos observables que son conocidos por ser el resultado de u ocurrir en conjunto con la conducta objetivo. Un ejemplo de una medida indirecta es reclamaciones de farmacia datos que representan la historia de llenado de recetas en un determinado período de tiempo para determinar la velocidad a la que se utilizan medicamentos.

## **Medidas de cumplimiento subjetivos**

Las medidas subjetivas de la diabetes incluyen la adhesión cuestionarios juventud-, de padres y el proveedor-informe, entrevistas estructuradas y cuadernos o diarios. El uso de métodos subjetivos, el reportero clasifica sus impresiones o recuerdos de los comportamientos de adhesión pasados o habituales.

## **Cuestionarios**

Cuestionarios de auto-reporte de la adherencia son por lo general los inventarios de comportamientos de gestión específicas en las que los reporteros de tarifas ejecutan cada comportamiento durante un período específico de tiempo. La longitud, nivel de detalle, el período y el formato de las preguntas y respuestas de memoria pueden variar dependiendo de la finalidad del cuestionario.

## **El informe del profesional**

De vez en cuando en los estudios, se les puede pedir a los proveedores de salud estimar o evaluar la adherencia en los pacientes que a través de un cuestionario o una pregunta de un solo punto. Sin embargo, las estimaciones de proveedores de la adherencia tienden a ser inexacto, en ambas direcciones de sobre y subestimaciones.

## **Test Morisky Green**

Para facilitar la valoración del cumplimiento, se dispone de una serie de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se le pregunta al enfermo sobre su cumplimiento. Estos procedimientos entre los cuales está el test de Morisky Green-Levine el cuál se utilizará en este estudio son métodos muy fiables si el paciente se confiesa mal cumplidor y, por tanto, poseen un alto valor predictivo positivo. No obstante, al comparar este método con otros más exactos, se observa que hay un número importante de enfermos que mienten cuando dicen que toman toda la medicación.

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor.

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes. Desde que el test fue introducido 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 paciente 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. (García E. , 2003). Las preguntas que se aplica son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. ¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. ¿Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea no, y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No.

La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

El tratamiento de las enfermedades crónicas exige cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia al tratamiento farmacológico,

lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia. (García E. , 2003)

No seguir las recomendaciones de los profesionales de la salud puede tener las siguientes implicaciones:

- Dificultades en el control de la enfermedad, ya que médicos o enfermeros pueden creer que el paciente, aunque aplica los medicamentos, no consigue un buen resultado. Para conseguirlo, aumentarán la complejidad del tratamiento y, al mismo tiempo, el riesgo de aparición de efectos secundarios y el cansancio del paciente.
- Falta o disminución de la eficacia esperada, que puede derivar en recaídas e insatisfacción del paciente.
- Malgasto de recursos del sistema sanitario está pagando unos medicamentos que en realidad no toma o que toma de forma incorrecta, y que no pueden proporcionar la eficacia esperada.

Este test es breve y fácil de aplicar y su uso está validado porque ha sido aplicado en varios estudios. Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento y presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión y es económico. (Asociación de diabéticos de Chile, 2016)

### **2.3.6. Esfera psicológica después del terremoto**

La sintomatología ansiosa y psicossomática inespecífica relacionada con el estrés es una de las consecuencias más consistentemente observadas luego de situaciones de desastre. Entre éstas, destacan las alteraciones del sueño. Los denominados síntomas y trastorno de estrés postraumático, como se analiza posteriormente en detalle, son otras de las consecuencias frecuentemente observadas. Otros trastornos de ansiedad propiamente, como los trastornos de angustia.

Se ha observado una alta comorbilidad en la población afectada por desastres entre los trastornos depresivos con el trastorno de estrés postraumático; esta comorbilidad ha mostrado ser un factor asociado a una menor recuperación de este último.

Dentro de los efectos de los desastres es relevante destacar que las consecuencias de éstos en la vida de las personas pueden ser de largo alcance. Ciertamente, algunos de los efectos más dramáticos de los desastres son inmediatos, particularmente la muerte, daño y destrucción que generan. De hecho, la principal consecuencia sobre la salud mental de las poblaciones está dada por las pérdidas de seres queridos que éstos implican. Sin embargo, el efecto de los desastres no es sólo inmediato, y es en cierto modo un error considerarlos eventos específicos.

De la situación de desastre se derivan una serie de consecuencias que se pueden prolongar en el tiempo, complejizando la visión de los desastres como eventos agudos. Entre estas consecuencias, está la pérdida del hogar y la relocalización más o menos permanente de las personas en nuevos contextos, las pérdidas económicas y la pérdida del trabajo. El severo impacto que estas consecuencias pueden tener en el bienestar de las personas. (Cova, 2010)

#### **2.4. Impacto del terremoto en salud pública**

Los desastres naturales - terremotos, ciclones tropicales, inundaciones y erupciones volcánicas han segado aproximadamente 3 millones de vidas en el mundo durante los últimos 20 años; han afectado adversamente, por lo menos, a 800 millones de personas adicionales, y han ocasionado pérdidas por más de 50.000 millones de dólares en daños a la propiedad.

Un desastre de grandes proporciones ocurre casi diariamente en el mundo y uno natural, que requiere apoyo internacional para las poblaciones afectadas, se presenta semanalmente.

Al enfrentar cada nuevo evento, quedamos con una amarga sensación de deficiencia en la organización e improvisación. Probablemente esta mirada tan crítica se debe a que "las sociedades civilizadas aceptan cada vez menos los daños que pueden ser evitados o eventuales impactos en la salud que pueden ser minimizados" (Serra I. post terremoto 1985). Cincuenta años atrás, el Dr. Alfredo

Avendaño, quien participó como interno en la atención de damnificados por el terremoto de 1960, relató en un discurso muy crítico su experiencia que "puede volverse valiosa, al juntarse y compararse con muchas otras, para dar base a un Programa de Salud Pública. (Schonhaut, 2013)

Los desastres afectan las comunidades de diversas formas. Las carreteras, las líneas telefónicas y otras formas de transporte y comunicación se destruyen frecuentemente. Los servicios públicos (es decir, el suministro de agua y los servicios de alcantarillado) y las fuentes de energía (gas o electricidad) pueden estar interrumpidas. Un número importante de víctimas puede perder su casa. Partes de la industria o de la economía de la comunidad pueden estar destruidas o dañadas. Los heridos pueden requerir cuidado médico y el daño de las fuentes de alimento y de los servicios públicos puede representar amenazas significativas para la salud pública.

Los desastres se pueden considerar como un problema de salud pública por varias razones:

- Pueden causar un número inesperado de muertes, lesiones o enfermedades en la comunidad afectada que exceden las capacidades terapéuticas de los servicios locales de salud y requerir ayuda externa;
- Pueden destruir la infraestructura local de salud como los hospitales, los cuales, además, no serán capaces de responder ante la emergencia. Los desastres pueden,

también, alterar la prestación de servicios rutinarios de salud y las actividades preventivas, con las consiguientes consecuencias a largo plazo, en términos de incremento de morbilidad y mortalidad;

- Algunos pueden tener efectos adversos sobre el medio ambiente y la población al aumentar el riesgo potencial de enfermedades transmisibles y peligros ambientales que incrementarán la morbilidad, las muertes prematuras y pueden disminuir la calidad de vida en el futuro
- Pueden afectar el comportamiento psicológico y social de las comunidades afectadas. El pánico generalizado, el trauma paralizante y el comportamiento antisocial raramente se presentan después de los grandes desastres y los sobrevivientes rápidamente se recuperan del choque inicial. Sin embargo, se puede presentar ansiedad, neurosis y depresión luego de emergencias de inicio súbito o lento;
- Algunos desastres pueden causar escasez de alimentos con severas consecuencias nutricionales, como un déficit específico de micronutrientes - deficiencia de vitamina A;
- Pueden causar grandes movimientos de población, espontáneos u organizados, a menudo hacia áreas donde los servicios de salud no pueden atender la nueva situación con el consecuente incremento de la morbilidad y la mortalidad (ver capítulo 20, 'Emergencias complejas'). El desplazamiento de grandes grupos de población también puede aumentar el riesgo de brotes de enfermedades transmisibles en las comunidades desplazadas y anfitrionas, donde los grandes

grupos de población de personas desplazadas pueden estar hacinadas y compartir condiciones insalubres o agua contaminada. Una revisión de la literatura en epidemiología de los desastres que describe numerosos desastres indica que tales epidemias son raras después de los desastres naturales (Enfermedades transmisibles y su control)

#### **2.4.1. Antecedentes del terremoto**

Desde el principio, la humanidad ha sido sometida a diversos desastres naturales, como inundaciones, huracanes, terremotos, sequías e incendios forestales. Por lo tanto, las sociedades tienen que organizarse con el fin de hacer frente a la naturaleza, proporcionar apoyo el uno al otro y para proteger a las personas más vulnerables y sus propiedades. (Nieto, 2008)

Ecuador registra una historia de 40 terremotos de intensidad igual o mayor a VIII (daño fuerte) en la escala de Medvedev Sponheuer Karnik (MSK), desde 1541, año del que data la primera catástrofe. Esta escala de intensidad macrosísmica mide cómo se sintieron los terremotos, los daños en las construcciones y los defectos en la naturaleza. Tiene 12 grados de intensidad, siendo el más bajo el uno y se expresa en números romanos para evitar el uso de decimales.

El terremoto ocurrido este 16 de abril

del 2016, a las 18:58, con una magnitud de 7,8 Mw, 20 km de profundidad y cuyo hipocentro fue en Pedernales (Manabí) tuvo una intensidad igual a VIII, es decir, daño fuerte, explicó Mario Ruiz, director del Instituto Geofísico de la Escuela Politécnica Nacional (EPN). Con esta intensidad, generalmente, hay más de 100 000 afectados y se pone a prueba la calidad de las construcciones, pues se agravan las grietas, los edificios más antiguos se derrumban parcialmente o sufren grandes daños. También se pueden apreciar ondas en suelos muy blandos, producir corrimientos de tierra y desprendimiento de rocas, etc.

Durante este período de tiempo, entre 1541 y 2016, el Ecuador ha tenido en promedio un terremoto por cada 11,9 años. La sismicidad a nivel del Ecuador es consecuencia de la convergencia entre la placa de Nazca y la placa Sudamericana. Esta interacción entre placas hace que se acumulen esfuerzos tanto entre la zona de contacto como en la parte interna de las placas continental y oceánica. Solo en el siglo pasado, Ruiz añade que ocurrieron 13 seísmos de la misma intensidad del actual (VIII), en Pichincha, Chimborazo, Cotopaxi, Imbabura, Carchi, Loja. (Quiroz, 2016)

#### **2.4.2. Mitigación de desastres en establecimientos de salud**

La necesidad de que los establecimientos de la salud estén preparados y en capacidad para actuar en caso de situaciones de emergencia es un aspecto de especial importancia en América Latina. En el pasado el impacto de sismos, huracanes e inundaciones, entre otras amenazas naturales, ha demostrado que

los hospitales y los establecimientos de la salud son vulnerables a dichos eventos, razón por la cual no siempre están en capacidad para responder adecuadamente. Dada esta relevancia de los hospitales para la recuperación de una comunidad golpeada por un sismo, puede decirse que en su ubicación, planificación, diseño, construcción, mantenimiento y operación deben considerarse múltiples aspectos, que van desde la planificación adecuada para casos de atención de desastres, hasta la instalación de equipos y elementos no estructurales diversos, pasando por los requisitos de resistencia estructural.

Es de notar que muchos de los hospitales afectados han sido diseñados de acuerdo a normas de construcción sismorresistente. Esto lleva a pensar que el diseño estructural de hospitales debe realizarse con un cuidado mucho mayor del empleado para diseños más convencionales, ya que la filosofía de la mayoría de las normas sísmicas de los países latinoamericanos busca proteger la vida de los ocupantes de las edificaciones y no asegura la continuidad de su funcionamiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

#### **2.4.3. Toma de decisiones en Desastres**

Un desastre es un evento que interrumpe el tejido social y las rutinas de una comunidad y supera la capacidad inherente de la comunidad afectada para responder a sus efectos.

- En cuanto a cualquier tipo de atención de la salud, las decisiones sobre las intervenciones en el contexto de los desastres naturales, los conflictos y otras emergencias de salud importantes deben ser guiados por la mejor evidencia posible.
- Intervenciones de salud de desastre y la toma de decisiones pueden beneficiarse de un enfoque basado en la evidencia.
- Se describe la forma revisión sistemática y la investigación metodológicamente sólida se puede construir una base de evidencia que tanto necesita.
- Hacemos esto desde el punto de vista de la ayuda Prueba, una iniciativa que tiene como objetivo mejorar el acceso a la evidencia sobre los efectos de las intervenciones, acciones y políticas antes, durante y después de los desastres y otras emergencias humanitarias, a fin de mejorar los resultados relacionados con la salud. (PLoS Med, 2014)

#### **2.4.4. Resiliencia después de un terremoto natural (terremoto)**

Los desastres naturales se producen con frecuencia en todo el mundo y afectan a grandes poblaciones. Pueden haber aumentado impactos y recuperarse de ellos es un proceso a largo plazo. La resiliencia se ha demostrado que contribuyen a la recuperación de las víctimas de desastres, y ha sido en general positiva relacionada con la salud mental de las personas y la calidad de vida. La capacidad de recuperación después de un desastre se asocia con resultados positivos, tales como una

buena salud mental, el bienestar, y una menor incidencia del trastorno de estrés postraumático. Además, a los elementos personales que debe tener cada persona para la recuperación después de un desastre natural diferentes estudios existentes exponen que los factores como los estilos de respuesta y apoyo social, ayudan a la recuperación rápida de las víctimas. (Cuiping Ni, 2008)

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

El estudio se realizó en los albergues del Cantón Jama provincia de Manabí, Ecuador.

#### **3.2. Periodo de estudio**

Octubre a diciembre 2016.

#### **3.3. Tipo de estudio**

La presente investigación corresponde a un estudio de Corte Transversal, se realizó un análisis sobre los efectos del terremoto en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas en pacientes con enfermedades crónicas.

### **3.4. Modalidad de la investigación**

Corresponde a la modalidad **exploratoria y descriptiva**, ya que se realizó con el propósito de destacar los aspectos fundamentales sobre el efecto del terremoto en las familias de los albergues del cantón Jama.

### **3.5. Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión para el proyecto son:

1. Pacientes ubicados en los albergues del cantón Jama.
2. Que correspondan a las etapas de adulto joven a adulto mayor.
3. Tener enfermedades crónicas no transmisibles.

### **3.6. Criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión para el presente estudio son:

1. No se tomará en cuenta niños y adolescentes
2. Personas con enfermedad con diagnóstico de discapacitante

### **3.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION**

La información del estudio será recolectada mediante: datos generales de basados de los albergues del cantón Jama, con lo cual se obtendrá referencias sobre las variables a medir el estudio.

#### **3.7.1. Procedimiento de intervención**

Para la recolección de datos: mediante el test de Morisky Green y encuestas realizadas, lo cual permitió evaluar los efectos causados por el terremoto en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles mediante las preguntas establecidas.

##### **3.7.1.1. Test de Morisky Green**

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Las preguntas que se aplica son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. ¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. ¿Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

### **3.7.1.2. El cuestionario**

Se aplicó el cuestionario con el propósito de medir los efectos en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, a partir del terremoto del 16 de abril del 2016, debido a que estamos interesados conocer su opinión sobre como enfrente este desastre natural y si ha presentado algún tipo de contratiempo con la enfermedad que padece

- Conocer las complicaciones de salud percibida en la encuesta a pacientes con enfermedades crónica no transmisibles y las actitudes relacionadas con la salud por causa de desastres naturales (terremoto).
- Conocer la frecuencia de utilización de los servicios de salud por los pacientes con enfermedades crónica no transmisibles albergados en refugios provisionales después de un desastre natural (terremoto).
- Analizar la relación entre el estado de salud, exacerbación de la enfermedad y las posibles complicaciones que pueden llevar la falta de adherencia terapéutica

en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles albergados en refugios temporales después de una catástrofe natural (terremoto).

### **3.8. PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

#### **Codificación**

Corresponde al primer paso en el procesamiento de datos, para lo cual se asigna un código a cada una de las alternativas de las respuestas para poder cuantificarlos y obtener los resultados, lo cual ya es parte de la tabulación.

#### **Tabulación**

Una vez recogida la información, se realizó el vaciado de los datos y se procedió a elaborar cuadros estadísticos, utilizando medios electrónicos y el programa SPSS v23.0., a través de la tabulación se puede conocer la totalidad de los datos y obtener resultados.

#### **Graficación**

Una vez obtenido los datos se utilizó el programa SPSS v23.0., para realizar los gráficos automáticamente, se seleccionó el gráfico que mejor se adapte al estudio y que facilite la lectura e interpretación.

### 3.9. Análisis e interpretación de datos

En este apartado se analizará e interpretará de manera objetiva los datos obtenidos como resultado de la aplicación del Test y las encuestas, así poder proponer soluciones al problema de estudio.

**Instrumentos:** Para la recolección de datos: mediante el test de Morisky Green y encuestas realizadas, lo cual permitió evaluar los efectos causados por el terremoto en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles mediante las preguntas establecidas.

**Plan de tabulación de datos:** Para el cálculo estadístico se utilizó la estadística inferencial con apoyo del programa Excel.

Objetivo	Hipótesis	Variables	Tabulación
Determinar los efectos del terremoto en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de complicaciones médicas en pacientes con enfermedades crónicas	El terremoto altero los cuidados y el manejo terapéutico de la población generando exacerbación y complicaciones de la salud en los pacientes con enfermedades	Manejo terapéutico Complicaciones Enfermedades crónicas	Chi cuadrado

no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.	crónicas no transmisibles de las familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.		
--	--	--	--

### 3.10. Métodos y técnicas

#### 3.9.1 Métodos

**Método Inductivo.** Para obtener conclusiones generales respecto al efecto del terremoto de las enfermedades crónicas no transmisibles.

**Método Analítico.** Porque permitió realizar un análisis detallado de la problemática.

**Método Sintético.** Permitted sintetizar la teoría científica y comprender su utilidad en el trabajo investigativo.

**Método Descriptivo.** Permitted describir los hallazgos de la investigación.

**Odds ratio.** Permitted conocer la posibilidad de ocurrencia de un evento de interés o de presencia de una exposición como fue las complicaciones por la falta de

cumplimiento terapéutico en los enfermos crónicos no transmisibles de los albergues del cantón Jama.

**Chi cuadrado.** Esta prueba de hipótesis permitió comprobar la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos. Verificando su comprobación.

### **3.11. Técnicas.**

#### **Encuesta por el investigador**

El siguiente cuestionario de salud elaborado por los investigadores surgió a partir de un análisis realizados sobre desastres naturales ocurridos en Haití, estados unidos y Nepal que sintieron la furia de la naturaleza y donde las enfermedades crónica no transmisibles pasaron a formar parte importante de la triste realidad que afrontaban pacientes debido al difícil acceso para el seguimiento y cumplimiento terapéutico de estas se evidencio la aparición de complicaciones propias de un mal manejo terapéutico por diversos desastres naturales. Así el cantón Jama uno de los más afectados por el terremoto del 16A se tomó como iniciativa y objeto de investigación a este tipo de complicaciones. Se aplicó un procedimiento directo entre el encuestador y el encuestado que padece la ECNT para obtener información sobre la población de enfermos crónicos de los albergues del cantón Jama la cual es una zona determinada afectada por el terremoto del 16A en Ecuador. Las preguntas están relacionadas con la salud tales como: Ubicación geográfica, actitud ante el desastre, enfermedad crónica que padece, salud actual, cumplimiento

terapéutico, percepción de la población ante el desastre, condición y planificación de vida, monitorización del estado de salud y de sus determinantes.

Esta encuesta consta de 26 preguntas las cuales se la divide la siguiente forma

Pregunta 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 24, 25, 26, 27 importancia de la investigación para dato estadístico que no van a ser reflejadas estadísticamente.

Pregunta 7, 8 preguntas generales de la investigación

Pregunta 9, 10, 12, 13, 20 son preguntas que aparte del test de Morisky reflejan adherencia en esta encuesta.

Pregunta 11, 14, 15, 21, 22, 23 son preguntas referentes a complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Pregunta 15, 17, 18 son preguntas de exacerbación de las enfermedades crónicas no transmisibles.

### **3.12. POBLACION Y MUESTRA**

38 personas de los albergues del Cantón Jama.

### 3.13. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Adherencia al tratamiento	La cooperación voluntaria del paciente en la toma de drogas o medicamentos según las indicaciones. Esto incluye el tiempo, la dosis, y la frecuencia	Cooperación Voluntaria	1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?  2. ¿Toma la medicación a la hora indicada? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?  4.-Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?	SI  NO	Cuantitativo nominal

<p>ECNT más relacionada con complicaciones</p>	<p>Usado con enfermedades para indicar las condiciones que coexisten a seguir, es decir, las enfermedades coexistentes, <b>complicaciones</b> o secuelas.</p>	<p>Condiciones coexistentes</p>	<p>1. ¿A partir del terremoto sus actividades cotidianas se han visto limitadas?</p> <p>2. ¿Al dejar de suministrar el medicamento para su enfermedad ha ocasionado complicaciones en su estado de salud?</p> <p>3. ¿Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto ocurrido el 16 de abril del 2016?</p> <p>4. ¿El problema fue grave?</p>	<p>SI NO</p>	<p>Cuantitativo nominal</p>
--	---	---------------------------------	---	------------------	-----------------------------

			5. ¿Ha recibido atención a estos problemas?		
--	--	--	---	--	--

<p>ECNT que más se exagera</p>	<p>El empeoramiento de una enfermedad con el tiempo. Este concepto se utiliza con mayor frecuencia para las enfermedades crónicas e incurables en la etapa de la enfermedad es un determinante importante de la terapia y el pronóstico.</p>	<p>Terapia y pronóstico</p>	<p>1. ¿Al dejar de suministrar el medicamento para su enfermedad ha ocasionado complicaciones?</p> <p>2. ¿A pesar del tratamiento que usted tiene para su enfermedad se ha sentido mal o ha presentado síntomas propios de su enfermedad?</p> <p>3. ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad crónica?</p>	<p>SI NO</p>	<p>Cuantitativo nominal</p>
--------------------------------	--	-----------------------------	---	------------------	-----------------------------

<p>Relación de adherencia y no adherencia con complicaciones.</p>	<p>Cumplimiento del tratamiento prescrito por el medico vs la complicación que pudiese tener</p>	<p>Tratamiento prescrito</p>	<p>1. ¿Tiene dificultad alguna para acceder a los medicamentos recetados?</p> <p>2. ¿Usted se suministraba la medicación antes del terremoto de acuerdo a la prescripción médica?</p> <p>3. ¿Se ha cambiado la medicación para su enfermedad después del terremoto?</p> <p>4. ¿En estos últimos 3 meses ha modificado la dosis de medicación que usted tomaba</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>	<p>Cuantitativo nominal</p>
---	--	------------------------------	---	---------------------	-----------------------------

			regularmente para su enfermedad? 5. ¿Qué haría usted para solucionar su problema de salud y llevar un mejor tratamiento médico?		
--	--	--	--	--	--

### **3.14. Aspectos bioéticos**

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17 es una investigación con riesgo mínimo no invasivo.

El presente estudio es considerado una investigación sin riesgo, debido a que los participantes van a ser evaluados con técnicas no invasivas como son la encuesta y el test. Los mismos que no provoca ningún tipo de daño físico, ni mental ni afecta la estructura de la familia, ni la imagen de esta con su comunidad. Pero sin embargo se solicitará el debido consentimiento informado antes de recolectar los datos de cada familia participante, así como del líder de cada comunidad

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS UNIVARIAL

Se estudiaron 38 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los Albergues del cantón Jama, periodo octubre a noviembre 2016. Todos los participantes en el estudio fueron encuestados, datos sociodemográficos, del cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas y el cuestionario de adherencia mediante el test de Morisky Green, el mismo que permitió evaluar los efectos causados por el terremoto en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

##### 4.1.1. Edad

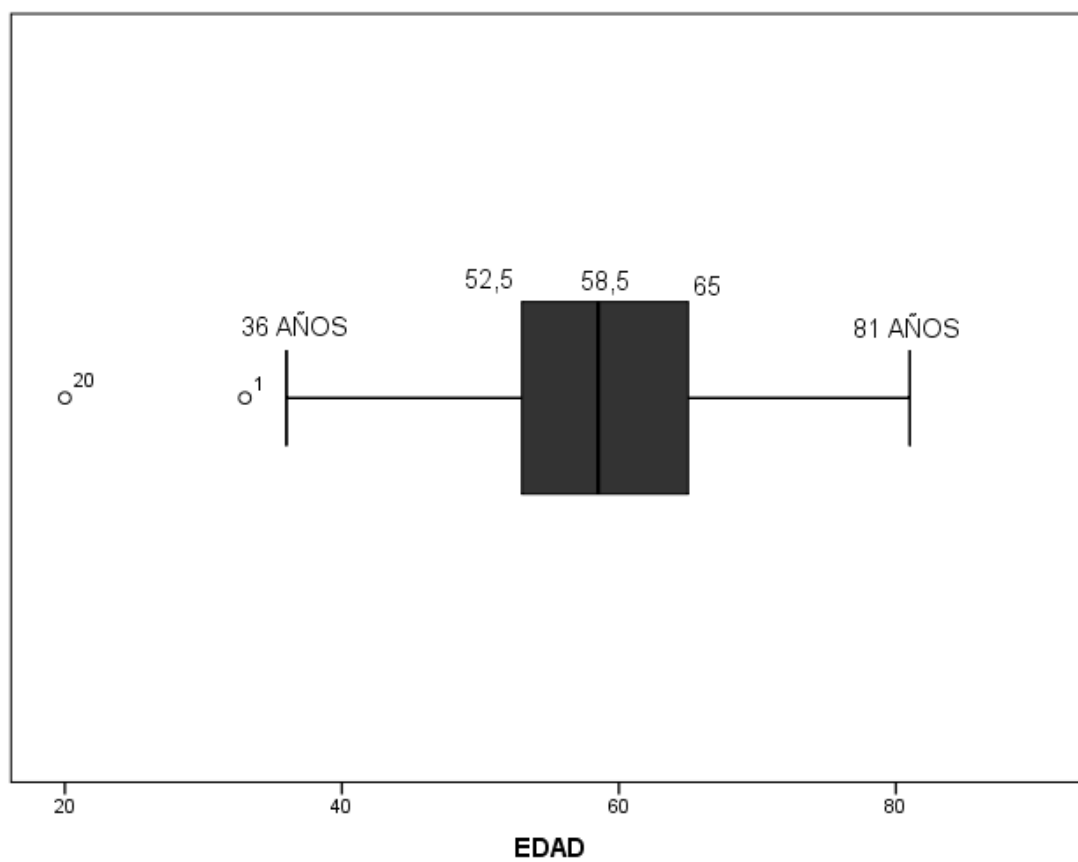
*Tabla 1 Edad*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	20-30	1	2,6	2,6	2,6
	31-40	3	7,9	7,9	10,5
	41-50	2	5,3	5,3	15,8
	51-60	16	42,1	42,1	57,9
	61-70	12	31,6	31,6	89,5
	71-80	3	7,9	7,9	97,4
	81-90	1	2,6	2,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

*Tabla 2 Tabla de Distribución de Edad*

N	Válido	38
	Perdidos	0
Media		57,95
Error estándar de la media		2,034
Mediana		58,50
Moda		51 <sup>a</sup>
Desviación estándar		12,540
Varianza		157,240
Asimetría		-,667
Error estándar de asimetría		,383
Curtosis		1,587
Error estándar de curtosis		750
Rango		,61
Mínimo		20
Máximo		81
Suma		2202
Percentiles	25	52,50
	50	58,50
	75	65,00

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

*Gráfico 1 Distribución de Edad*

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La edad de las pacientes estudiadas se encontró entre un mínimo de 20 años y un máximo de 81 años, con una mediana de 58,5 años (Gráfico 1), siendo las participantes pertenecientes al grupo de adultas jóvenes y maduras.

#### 4.1.2. Sexo

*Tabla 3 Sexo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	12	31,6	31,6	31,6
	Mujer	26	68,4	68,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El estado civil de las pacientes sometidas al presente estudio, en su gran mayoría correspondió al sexo femenino con un total de 26, seguido por el sexo masculino que fueron 12, siendo dominante en este estudio el sexo femenino.

#### 4.1.3. Estado Civil

*Tabla 4 Estado Civil*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	7	18,4	18,4	18,4
	Divorciado	5	13,2	13,2	31,6
	Viudo	3	7,9	7,9	39,5
	Unión Libre	23	60,5	60,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El estado civil de las pacientes sometidas a estudio, en su gran mayoría correspondió al estado civil de unión libre, seguida por casados, sumando estas dos un total de 30 participantes, correspondiendo el grupo con pareja estable el dominante en este estudio.

#### 4.1.4. Nivel de escolaridad

*Tabla 5 Nivel de escolaridad*

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	25	65,8	65,8	65,8
Secundaria	5	13,2	13,2	78,9
Ninguno	8	21,1	21,1	100,0
Total	38	100,0	100,0	

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto al nivel de escolaridad de los pacientes en estudio se encontró, que 25 pacientes presentan un nivel de educación primario, 5 pacientes han accedido a la educación secundaria y 8 no cuentan con ninguna formación escolar, pudimos detectar que nuestra población en su mayoría se clasifica dentro del grupo de baja escolaridad.

### 4.2. ANÁLISIS BIVARIALES

#### 4.2.1. Edad \* Sexo

*Tabla 6 Tabla cruzada EDAD SEXO*

Edad	Hombre	Mujer	
20-30	0	1	1
31-40	1	2	3
41-50	0	2	2
51-60	5	11	16
61-70	6	6	12
71-80	0	3	3
81-90	0	1	1
Total	12	26	38

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto al sexo según la edad podemos clasificar que tanto hombres como mujeres están en la cantidad más alta ya que encontramos 11 mujeres dentro del rango de 51 a 60 años y 5 hombres seguidos por 6 hombres y 6 mujeres en el rango de 61 a 70 años (Gráfico 5), observando que es el sexo femenino se encuentra en la edad adulta.

### 4.2.2. Edad \* Estado Civil

*Tabla 7 EDAD ESTADO CIVIL*

Edad	ESTADO CIVIL				Unión Libre	Total
	Casado	Divorciado	Viudo			
20-30	0	0	0		1	1
31-40	1	1	0		1	3
41-50	0	1	0		1	2
51-60	5	2	2		7	16
61-70	1	1	1		9	12
71-80	0	0	0		3	3
81-90	0	0	0		1	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>		<b>23</b>	<b>38</b>

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que el estado civil de las personas con enfermedad crónica es divorciado con un total de 9 y están dentro del rango de edad de 61 a 70 años y 7 en la edad de 51-60, mientras que unión libre con 5 dentro del rango de 51-60 (grafico 6), pudimos detectar que nuestra población en su mayoría se clasifica dentro del grupo de divorciados y unión libre.

#### 4.2.3. Edad \* Nivel de escolaridad

*TABLA 8 TABLA CRUZADA EDAD (NIVEL DE ESCOLARIDAD)*

Edad	NIVEL DE ESCOLARIDAD			Total
	Primaria	Secundaria	Ninguno	
20-30	0	1	0	1
31-40	1	2	0	3
41-50	2	0	0	2
51-60	14	1	1	16
61-70	6	1	5	12
71-80	1	0	2	3
81-90	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>38</b>

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según los resultados obtenidos se puede observar que el nivel de escolaridad según la edad es de 14 pacientes tienen el nivel de la primaria y están dentro del rango de edad de 51-60 años seguido por 6 en la edad de 61- 70 años y 5 no tienen ninguna formación académica y son de 61-70 años, pudiendo detectar existe un alto número de baja escolaridad y están dentro de la edad de 61-70 años.

#### 4.2.4. Edad \* Estado civil

*TABLA 9 TABLA CRUZADA SEXO\*ESTADO CIVIL*

Sexo	ESTADO CIVIL				Total
	Casado	Divorciado	Viudo	Unión Libre	
Hombre	3	1	1	7	12
Mujer	4	4	2	16	26
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>38</b>

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto al estado civil por sexo podemos observar que 16 mujeres y 7 hombres manifiestan que llevan el estado civil Unión libre mientras que 4 mujeres y 7 hombres son divorciados, 4 mujeres y 3 hombres casados, detectando que en su mayoría mantienen su estado civil en unión libre.

### 4.2.5. Sexo \* Nivel de Escolaridad

**TABLA 10 TABLA CRUZADA SEXO\*NIVEL DE ESCOLARIDAD**

Sexo	NIVEL DE ESCOLARIDAD			Total
	Primaria	Secundaria	Ninguno	
Hombre	7	1	4	12
Mujer	18	4	4	26
Total	25	5	8	38

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de encuestados manifestaron que 18 mujeres y 7 hombres cuentan con un nivel de escolaridad de primaria, 4 hombre y 4 mujeres ninguno y 4 mujeres y 1 hombre formación secundaria, detectando que el mayor grado de falta de escolaridad es en mujeres.

#### 4.2.6. Edad \* Sexo

*TABLA 11 TABLA CRUZADA EDAD \* SEXO*

Edad	SEXO		
	Hombre	Mujer	Total
< 59 AÑOS	6	15	21
> 59 AÑOS	6	11	17
Total	12	26	38

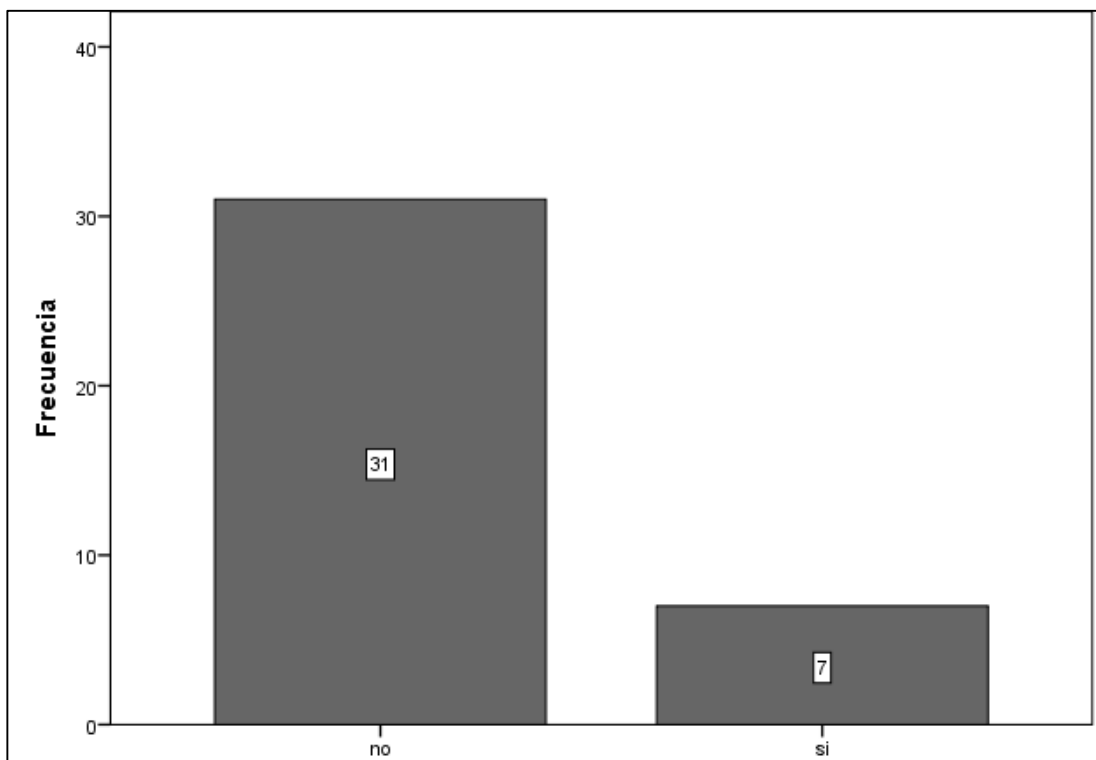
#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto al sexo por edades podemos observar que existen 15 mujeres y 6 hombres dentro del rango > de 59 años mientras que 11 mujeres y 6 hombres están dentro de los < de 59 años, detectando que la población mayoritaria está dentro de las mujeres menores de 59 años con las enfermedades crónicas.

#### 4.2.7. Adherencia al Tratamiento

*TABLA 12 Adherencia al tratamiento*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	31	81,6	81,6	81,6
si	7	18,4	18,4	100,0
Total	38	100,0	100,0	

*Gráfico 2 Adherencia al tratamiento*

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Según los análisis realizados (Gráfico 2) se puede observar que 31 de los pacientes con enfermedades crónicas no tuvieron adherencia al tratamiento posterior al terremoto del 16 de abril del 2016, mientras que tan solo 7 manifestaron que si mantuvieron adherencia al tratamiento.

#### 4.2.8. Edad \* Adherencia al tratamiento

**TABLA 13 TABLA CRUZADA EDAD (AGRUPADO)\*ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Odds ratio para edad/adherencia tratamiento	Valor	Intervalo de confianza de 95%		Test Chi cuadrado
		inferior	Superior	
	1,098	0,210	5,750	0,912

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al realizar el análisis estadístico entre las variables edad y adherencia al tratamiento (Tabla 12), nos indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes con enfermedades crónica de los albergues de Jama en la adherencia al tratamiento, con una p de 0,912 con intervalo de confianza inferior de 0.210 y superior de 5.750. El OR determina la edad no es un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento

#### 4.2.9. Edad \* Complicaciones

**TABLA 14 EDAD \* COMPLICACIONES**

Odds ratio para edad/complicaciones	Valor	Intervalo de confianza de 95%		Test Chi cuadrado
		Inferior	Superior	
	0,348	0,076	1,603	0,167

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la Tabla 13 podemos encontrar que al realizar la correlación estadística de las variables edad y complicaciones nos indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes en relación de las complicaciones crónicas en caso de enfrentarse riesgos de la naturaleza como el terremoto, en donde claramente se observa una p de 0,167, con intervalo de confianza inferior de 0.076 y superior de 1.603

El OR determina que la edad no es un factor de riesgo ni de protección para tener alguna complicación con insignificancia estadística.

### 4.2.10. Edad \* Exacerbaciones

*TABLA 15 EDAD \*EXACERBACIONES*

	Valor	Intervalo de confianza de 95%		Test Chi cuadrado
		Inferior	superior	
Odds ratio para edad/exacerbaciones	0,692	0,189	0,189	0,578

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 14 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables Edad y Exacerbaciones que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes en relación a las exacerbaciones de las enfermedades crónicas.

En donde claramente se observa una p de 0,578, con intervalo de confianza inferior de 0.189 y superior de 0.189

El OR determina que la edad no es un factor de riesgo ni de protección para tener alguna exacerbación, con insignificancia estadística.

#### 4.2.11. Sexo \* Adherencia al tratamiento

**TABLA 16 SEXO \* ADHERENCIA**

		Intervalo de confianza de			Test Chi cuadrado
		95%			
		Valor	Inferior	Superior	
Odds ratio para	sexo/adherencia	1,190	0,196	7,234	0,850
tratamiento					

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 15 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables Sexo y Adherencia al tratamiento y el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes en relación a la adherencia al tratamiento frente al terremoto ocurrido. Donde claramente se observa una p de 0,850, con intervalo de confianza inferior de 0.196 y superior de 7.234

El OR determina que el sexo no es un factor de riesgo ni de protección para la adherencia terapéutica, con insignificancia estadística.

#### 4.2.12. Sexo \* Complicación

**TABLA 17 SEXO \* COMPLICACIÓN**

	Valor	Intervalo de confianza de		Test Chi cuadrado
		95%		
		Inferior	Superior	
Odds ratio para sexo/complicaciones	1,333	0,283	6,279	0,715

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 16 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables Sexo y complicaciones el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes en relación a las exacerbaciones del tratamiento frente al terremoto ocurrido. Donde claramente se observa una p de 0.715, con intervalo de confianza inferior de 0.283 y superior de 6.279

El OR determina que el sexo no es un factor de riesgo ni de protección para tener complicaciones, con insignificancia estadística.

#### 4.2.13. Edad \* Exacerbación

**TABLA 18 TABLA CRUZADA SEXO \* EXACERBACIÓN**

	Valor	Intervalo de confianza de 95%		Test Chi cuadrado
		inferior	Superior	
Odds ratio para sexo/exacerbación	1,714	0,412	7,139	0,457

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 17 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables Sexo y la exacerbación de las enfermedades crónicas el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes en relación a las exacerbaciones del tratamiento frente al terremoto ocurrido. Donde claramente se observa una p de 0,457 con intervalo de confianza inferior de 0.412 y superior de 7.139

El OR determina que el sexo no es un factor de riesgo ni de protección para exacerbaciones, con insignificancia estadística.

#### 4.2.14. Adherencia \*Complicación

**TABLA 19 TABLA CRUZADA ADHERENCIA \*COMPLICACIÓN**

	Valor	Intervalo de confianza de		Test Chi cuadrado
		95%		
		inferior	Superior	
Odds ratio para adherencia/complicación	0,978	0,159	5,998	0,981

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 18 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables adherencia del tratamiento y complicación en las enfermedades crónicas el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la adherencia del tratamiento en relación a las complicaciones de las enfermedades crónicas. Donde claramente se observa una p de 0,981, con intervalo de confianza inferior de 0.159 y superior de 5.998

El OR 0,978 determina que la adherencia es un factor de riesgo para una complicación, con insignificancia estadística.

#### 4.2.15. Adherencia \* Exacerbación

**TABLA 20 TABLA CRUZADA ADHERENCIA CON EXACERBACIÓN**

	Valor	Intervalo de confianza de 95%		Test Chi cuadrado
		Inferior	Superior	
Odds ratio para adherencia/exacerbación tratamiento	0,486	0,081	2,897	0,422

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 19 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables adherencia del tratamiento y exacerbación en las enfermedades crónicas el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las variables en estudio. Donde claramente se observa una p de 0,422, con intervalo de confianza inferior de 0.081 y superior de 2.897

El OR de 0,422 determina que la adherencia no es un factor de riesgo ni de protección para tener una exacerbación, con insignificancia estadística.

#### 4.2.16. complicación \* Exacerbación

*TABLA 21 TABLA CRUZADA COMPLICACIÓN CON EXACERBACIÓN*

	Valor	Intervalo de confianza de		Test Chi cuadrado
		inferior	Superior	
Odds ratio para complicación/exacerbación	1,212	0,295	4,982	0,790

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 20 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables: complicaciones de las enfermedades crónicas y la exacerbación, el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las variables en estudio. Donde claramente se observa una p de 0,790, con intervalo de confianza inferior de 0.295 y superior de 4.982

Mientras que el OR determina que las complicaciones no es un factor de que cause exacerbaciones en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas causaron el 63% de todas las muertes en todo el mundo ocasionando graves problemas de salud pública, en el mundo. La prevalencia de las enfermedades crónicas es más elevada en grupo de más edad dentro de ellos tenemos los de más prevalencia la hipertensión, la diabetes mellitus. (Yapei, 2013)

La adherencia se define por la OMS como "el grado en que el comportamiento de una persona toma la medicación, seguir una dieta, y / o la ejecución de los cambios de estilo de vida de acuerdo a las recomendaciones acordadas de un proveedor de cuidado de la salud". (Saman, 2007)

Los terremotos son los desastres naturales que afectan a la salud y la sociedad. Durante las últimas dos décadas por sí solos, los terremotos han causado cerca de un millón de muertes en todo el mundo. Otras consecuencias graves de terremotos incluyen lesiones, pérdida de bienes y medios de vida, así como la interrupción de la infraestructura y las funciones sociales y el cumplimiento de los tratamientos. (Henny Rydberg, 2015)

Los datos recolectados en la presente investigación proponen conocer el efecto del terremoto del 16 de abril en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las

complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón jama, los resultados son:

## **ADHERENCIA**

Según los análisis realizados (Gráfico 2) se puede observar que 31 de los pacientes con enfermedades crónicas no tuvieron adherencia al tratamiento posterior al terremoto del 16 de abril del 2016, mientras que tan solo 7 manifestaron que si mantuvieron adherencia al tratamiento.

Se pudo encontrar que al realizar el análisis estadístico de las variables edad y complicaciones nos indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes en relación de las complicaciones crónicas en caso de enfrentarse riesgos de la naturaleza como el terremoto, en donde claramente se observa una P de 0,167, con intervalo de confianza inferior de 0.076 y superior de 1.603

Se observó los resultados de la correlación estadística entre las variables adherencia del tratamiento y exacerbación en las enfermedades crónicas el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las variables en estudio. Donde claramente se observa una P de 0,422, con intervalo de confianza inferior de 0.081 y superior de 2.897. El OR de 0,422 determina

que la adherencia no es un factor de riesgo ni de protección para tener una exacerbación, con insignificancia estadística. El OR determina que la edad no es un factor de riesgo ni de protección para tener alguna complicación con insignificancia estadística.

En la tabla 20 se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables: complicaciones de las enfermedades crónicas y la exacerbación, el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las variables en estudio. Donde claramente se observa una p de 0,790, con intervalo de confianza inferior de 0.295 y superior de 4.982. Mientras que el OR determina que las complicaciones no es un factor de que cause exacerbaciones en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

## **COMPLICACIONES**

Al realizar el análisis estadístico entre las variables edad y adherencia al tratamiento (Tabla 12), nos indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes con enfermedades crónica de los albergues de Jama en la adherencia al tratamiento, con una p de 0,912 con intervalo de confianza inferior de 0.210 y superior de 5.750. El OR determina la edad no es un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento.

Se pudo encontrar que al realizar la correlación estadística de las variables edad y complicaciones nos indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes en relación de las complicaciones crónicas en caso de enfrentarse riesgos de la naturaleza como el terremoto, en donde claramente se observa una p de 0,167, con intervalo de confianza inferior de 0.076 y superior de 1.603. El OR determina que la edad no es un factor de riesgo ni de protección para tener alguna complicación con insignificancia estadística.

Se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables Sexo y Adherencia al tratamiento y el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes en relación a las exacerbaciones del tratamiento frente al terremoto ocurrido. Donde claramente se observa una p de 0.715, con intervalo de confianza inferior de 0.283 y superior de 6.279.

Se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables Sexo y la exacerbación de las enfermedades crónicas el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes en relación a las exacerbaciones del tratamiento frente al terremoto ocurrido. Donde claramente se observa una p de 0,457 con intervalo de confianza inferior de 0.412 y superior de 7.139. El OR determina que el sexo no es un factor de riesgo ni de protección para exacerbaciones, con insignificancia estadística.

Se observa los resultados de la correlación estadística entre las variables adherencia del tratamiento y complicación en las enfermedades

crónicas el mismo demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la adherencia del tratamiento en relación a las complicaciones de las enfermedades crónicas. Donde claramente se observa una p de 0,981, con intervalo de confianza inferior de 0.159 y superior de 5.998. El OR 0,978 determina que la adherencia no es un factor de riesgo ni de protección para una complicación, con insignificancia estadística.

## CONCLUSIONES

- Según el estudio realizado por el tiempo transcurrido del desastre no se logró determinar la causa primordial para que se de los cambios en el plan terapéutico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.
- De acuerdo a los estudios realizados la enfermedad crónica no transmisible que más relación con complicaciones médicas en los pacientes pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016 fueron la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. (anexo 6)
- Según los resultados de la investigación las enfermedades crónicas no transmisible que presenta mayor exacerbación en los pacientes afectados por el terremoto del

16A en los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016 es la Diabetes mellitus y enfermedades e hipertensión.

- Según el análisis realizado se pudo verificar que el OR es de 0,978 determinando que la adherencia no es un factor protector ni de riesgo para que allá complicaciones en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles afectados por un terremoto, por ende se puede decir que la adherencia terapéutica no influye directamente en el apareamiento de complicaciones en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles afectados por el terremoto del 16A en los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

## RECOMENDACIONES

- Se debe realizar una socialización para minimizar el desconocimiento de la importancia de seguir y cumplir con el tratamiento terapéutico de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.
- Intervenir mediante estrategias de prevención y cuidado en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles que más relación tuvieron con complicaciones médicas en los pacientes pertenecientes a familias del albergue Bellavista del cantón Jama periodo abril a junio 2016.
- Fortalecer el conocimiento sobre la importancia del cuidado y el cumplimiento terapéutico para así lograr bajar el nivel de exacerbación en los pacientes afectados por el terremoto del 16A en los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.
- Tomar medidas de fortalecimiento en la educación y conocimiento en cuanto a la importancia de cumplir con el tratamiento terapéutico para bajar el porcentaje de complicaciones en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles afectados por el terremoto del 16A en los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.

## BIBLIOGRAFÍA

Cefalu WT, S. S. (2006). El huracán Katrina secuelas y su impacto en el cuidado de la diabetes: observaciones de la "zona cero": lecciones de preparación para desastres de las personas con diabetes. . New York: PubMed PMID.

Corteguera, R. &. (2002). Enfermedades emergentes en desastres naturales - FISO. 2002, de FISO . Recuperado de: <http://www.fiso-web.org/Content/files/articulos-profesionales/4449.pdf>.

Demanio, J., Jemieson, J., & Horn, R. (06 de 09 de 2013). Non-Communicable Diseases in Emergencies.

Díaz, E. (1994). Guías para la Atención de Desastres o Catástrofe. Manual de Urgencias en Medicina Interna. Asociación Colombiana de Medicina Interna. Bogotá: Acta Médica Colombiana Santafé de Bogotá.

Die Trill, M. (2000). [www.pfizer.es](http://www.pfizer.es). Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>

Escobar, M., Rozas, M., & Paccot. (2015). Modelo de atención para personas con Enfermedades crónicas. Chile. Obtenido de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/modelo-de-atencion-para-personas-con-enfermedades-cronicas-minsal-chile-2015>

Galdera. (2010). Información farmacoterapéutica de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas . Recuperado de: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/infac\\_v19\\_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf).

García, A. (8 de 07 de 2016). Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria. 13-4-2000, de Medicina de Familia. Obtenido de recuperado de: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>

García, P. A. (15 de 5 de 2000). Enfermedades emergentes en desastres naturales. 15-3-2000, de Medicina de Familia. Obtenido de Recuperado de: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>

Gonzales, A., Indave, B., Torijano, M., Morey, M., Rico, M., & Sanz, T. (2013). Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad. Obtenido de <http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/03/Estrategia-de-pacientes-cronicos-comunidad-de-madrid-ASACO-cancer-ovario-marzo-2014-texto.pdf>

Han, E. &. (2008). Salud crónica necesita inmediatamente después de los desastres naturales en los países de ingresos medios: el caso del terremoto de Sichuan. China: PubMed.

Kjellstrom, T. B. (2010). impacto en la salud pública del calentamiento global debido al cambio climático: efectos potenciales sobre las enfermedades crónicas no transmisibles. PubMed.

Noji, E. (2000). Impacto de los desastres en la salud pública - Organización Panamericana de la Salud. . Recuperado de: [http://www.paho.org/disasters/index.php?gid=1819&option=com\\_docman&task=doc\\_download](http://www.paho.org/disasters/index.php?gid=1819&option=com_docman&task=doc_download).

Noji, E. (2000). Impacto de los desastres en la salud publica. Bogota: s/n. Obtenido de <https://books.google.com.ec/>

Noji, E. (15 de 08 de 2016). Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/guiamed/emerg-hospitalarias/capitulo1generalidades5/#sthash.MGihBMsC.dpuf>

OMS, O. M. (1946). Definicion de Salud. Obtenido de <http://prof.usb.ve/yusdiaz/salud.pdf>

Oscanoa, T. J. (2011). Acceso y Usabilidad de Medicamentos: Propuesta para una definición . Peru : Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a18v29n1.pdf>.

## ANEXOS

### ANEXO 1 TEST MORISKY GREEN

**1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?**

SI ( )      NO ( )

**2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?**

SI ( )      NO ( )

**3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar su medicación?**

SI ( )      NO ( )

**4. Si alguna vez se siente mal ¿deja usted de tomarla?**

SI ( )      NO ( )

## ***ANEXO 2 LA ENCUESTA DEL INVESTIGADOR***

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**  
**Encuesta elaborada previo a la obtención del título de Medicina Familiar y Comunitaria**

**Efectos del terremoto del 16 de abril en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016.**

Buenos días/tardes/noches

Estimado.

Encuestado(a)

Le saludamos los Postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria Doctores Leonardo Arteaga Taipe y María Goretti Moreira, quienes estamos realizando el trabajo de investigación previo a la obtención de título de cuarto nivel.

El presente el cuestionario trata sobre los efectos en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, a partir del terremoto del 16 de abril del 2016, debido a que estamos interesados conocer su opinión sobre como enfrente este desastre natural y si ha presentado algún tipo de contratiempo con la enfermedad que padece.

### **Objetivos:**

- Conocer las complicaciones de salud percibida en la encuesta a pacientes con enfermedades crónica no transmisibles y las actitudes relacionadas con la salud por causa de desastres naturales (terremoto).
- Conocer la frecuencia de utilización de los servicios de salud por los pacientes con enfermedades crónica no transmisible albergados en refugios provisionales después de un desastre natural (terremoto).
- Analizar la relación entre el estado de salud, exacerbación de la enfermedad y las posibles complicaciones que pueden llevar la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles albergados en refugios temporales después de una catástrofe natural (terremoto).

Sería muy amable de contestar al siguiente cuestionario que nosotros le haremos al cual usted contestara en forma individual, le preguntaremos y a la vez explicaremos las preguntas. Si usted no nos entiende debe preguntarnos e interrumpirnos en cualquier momento:

1. ¿En qué parte de jama Vivian o viven? **“investigación”**

.....

2. ¿La vivienda que ustedes habitaban fue destruida por el terremoto del 16A?  
“**investigación**”

Sí No

3. ¿Una vez sucedido el terremoto recibió alguna orden para evacuar a algún sitio determinado? “**investigación**”

Sí No

4. ¿Dígame como son sus sentimientos acerca de su futuro? “**investigación**”

Bueno Malo

5. ¿Con respecto a usted y a los familiares que vivían en su casa antes del terremoto, como describen la situación actual en el albergue? “**investigación**”

Asustados, Enojados, Agradecidos, Deprimidos, Aliviados, Esperanzados.

6. ¿Se encuentra bien de salud el día de hoy?: “**investigación**”

Sí No

7. ¿padece alguna de estas enfermedades crónicas?: “**generales**”

HTA DM2 Asma EPOC Artritis Lupus IRA Cáncer.

8. ¿Cuál era su estado de salud, antes del terremoto?: “**generales**”

Bueno Regular Malo

9. ¿Tiene dificultad alguna para acceder a los medicamentos recetados?  
“**adherencia**”

Sí No

10. ¿Usted se suministraba la medicación antes del terremoto de acuerdo a la prescripción médica? “**adherencia**”

Sí A veces No

11. ¿A partir del terremoto sus actividades cotidianas se han visto limitadas?  
“**complicación**”

Sí No

12. ¿Se ha cambiado la medicación para su enfermedad después del terremoto?  
**“adherencia”**

Sí

No

¿Por qué?  
 .....

13. ¿En estos últimos 3 meses ha modificado la dosis de medicación que usted tomaba regularmente para su enfermedad? **“adherencia”**

Sí

No

14. ¿Conoce sobre las complicaciones que le puede suceder si no se administra la medicación para su enfermedad **“complicación”**

Sí

No

15. ¿Al dejar de suministrar el medicamento para su enfermedad ha ocasionado complicaciones? **“complicación exacerbación”**.

Sí

No

16. ¿al presentar síntomas asociados a la suspensión de su tratamiento a donde recurrió? **“investigador”**

Curandero

Médico

Vecinos

En casa

17. A pesar del tratamiento que usted tiene para su enfermedad se ha sentido mal o a presentado síntomas propios de su enfermedad. Ejemplo: **“exacerbación”**

**HTA:** aumento de la presión.

**ARTRITIS;** edema o dolor articular.

**ASMÁTICO:** crisis de asma (síntomas)

**EPOC:** tos y expectoración

**DIABETES:** hiperglicemia.

**LUPUS:** edema, dolor.

**INSUFICIENCIA RENAL:** edemas, uremia, encefalopatías,

**NEOPLASIAS:** dolor, etc.

Sí

No

18. ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad crónica? **“exacerbación”**

Sí

No



### **ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN PARA EL ESTUDIO.**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Instituto Superior de Postgrado, Facultad de la Salud Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Instituto de Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Distrito de Salud 13D10 Jama - Pedernales

---

**FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO para el estudio: “Valoración no invasiva de la influencia de la calidad de agua de consumo humano en las familias intervenidas con la ficha familiar**

**MAIS 2013**

EQUIPO DE INVESTIGACION:

NOMBRE	TITULO ACADEMICO	UNIVERSIDAD/INSTITUCION	INFORMACION
María Goretti Moreira Sánchez	Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Maria Goretti Moreira ma_go1980@hotmail.com 099-7462308
Leonardo Fabián Arteaga Taípe	Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Leonardo Fabian Arteaga leo03198507@hotmail.com 098-1129411
Dr. Mauricio Cuadrado	Médico Familiar y Comunitario	Pontificia Universidad Católica el Ecuador	Mauricio Cuadrado maufer555@yahoo.es 097-9296942
Dr. José Sola	Medico Magister en Salud Pública	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	José Sola josehsolav@puce.edu.ec 099-9514155

#### **DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:**

Deseamos invitarle a participar en un estudio de análisis de los **efectos del terremoto del 16 de abril en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016**, con el interés de obtener información sobre

el cuidado de su salud posterior a este desastre natural y ver las complicaciones que ha presentado. El propósito de este documento de consentimiento es darle a conocer la información que necesite para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el mismo. Por favor lea este documento. Puede hacer preguntas sobre el propósito del trabajo, por lo que le damos a conocer que esto es un medio no invasivo, que mantendrá toda la discreción y confidencialidad que requiere, no violenta sobre sus derechos como persona participante y cualquier aspecto sobre el trabajo y sobre este documento será aclarado cuando usted lo requiera.

#### **PROPOSITO Y BENEFICIOS:**

El presente trabajo busca registrar a través de la entrevista y encuesta como su salud se ha visto afectada luego de suscitado el terremoto del 16 de abril del presente año, donde se evaluará como esta su salud, la toma, obtención y modificaciones o cambios en el medicamento o en la dosis, sea por parte de un médico o por su propia cuenta.

Una vez obtenida la información de las personas que presenten enfermedad crónica no transmisibles se analizará la información y se dará una descripción de la realidad actual en el ámbito de estudio, sin embargo esperamos que los resultados obtenidos nos permitan identificar y dar a conocer si este grupo de personas están dentro de los más vulnerables en caso de presentarse algún tipo de desastre natural

#### **PROCEDIMIENTO:**

Si la persona con enfermedad crónica no transmisible elige participar en este estudio, nos gustaría que nos ayuden contestando el test de Morisky Green y una encuesta elaborada por los investigadores la cual fue aplicada previamente a un grupo determinado de personas. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se busca obtener la información, y cada persona con enfermedad crónica no transmisible será codificada para mantener la confidencialidad.

Este trabajo está siendo realizado por un grupo humano responsable donde constan los Estudiante de Postgrado, médicos de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, así como un Magister en Salud

Pública de la misma institución y parte del Personal que labora en el Distrito de salud 13D10, quienes han dado muestras de responsabilidad y honestidad

**LOS RIESGOS O MOLESTIAS:**

Algunas personas sentirán que proveer información para este tipo de trabajo de investigación significa violar su privacidad o inmiscuirse en sus actividades y prácticas, otras sentirán que esta información dada servirá para mejorar el manejo de su patología en caso de un desastre natural.

**CONCLUSION:**

La persona es voluntaria en decidir si desea participar en este proyecto de investigación, por lo que deberán contestar cada una de las preguntas que provienen del test antes mencionado y de la encuesta realizada por los investigadores y si desea cambiar alguna respuesta lo pueden hacer antes de finalizar toda la entrevista. La información es confidencial y serán de uso exclusivo para el proyecto y para la Universidad, y una vez tabulada toda la información será publicada en el informe final donde por ningún motivo se expondrán datos de los participantes.

Aunque el equipo de trabajo va a tomar las precauciones para guardar la confidencialidad, no se puede garantizar que algunas de las personas participantes realicen comentarios sobre lo que respondieron.

Si le quedo duda sobre el proyecto de investigación o tiene alguna pregunta sobre el trabajo nos puede contactar en las direcciones de correo electrónico o número móviles anotados en la parte superior del documento.

---

Firma de los investigadores

Nombre

Fecha

Instituto Superior de Postgrado, Facultad de la Salud Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Instituto de Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Distrito de Salud 13D10 Jama - Pedernales

---

### **DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE / LIDER COMUNITARIO**

Se nos ha explicado el estudio de los **“efectos del terremoto del 16 de abril en el cumplimiento terapéutico y el apareamiento de las complicaciones médicas, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pertenecientes a familias de los albergues del cantón Jama periodo octubre a diciembre 2016”**

Tenemos las oportunidades para hacer preguntas. Si tenemos preguntas sobre nuestros derechos como participantes en la investigación o preguntas posteriores del presente trabajo, podemos preguntar a uno de los investigadores apuntados en la parte superior del documento.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Deseamos participar voluntariamente en este trabajo.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE CON ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE:

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALBERGUE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

Doy el permiso para que los investigadores puedan tomar fotos en el momento de la realización de su trabajo de investigación.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## ANEXO 4 TABLAS ESTADISTICAS

Tabla cruzada EDAD (agrupado)\*Adherencia al tratamiento

Recuento

		Adherencia al tratamiento		Total
		si	no	
EDAD (agrupado)	< 59 AÑOS	4	17	21
	> 59 AÑOS	3	14	17
Total		7	31	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,012 <sup>a</sup>	1	,912
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,012	1	,912
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,012	1	,913
N de casos válidos	38		

Estimación de riesgo: Tabla cruzada EDAD (agrupado)\*Adherencia al tratamiento

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EDAD (agrupado) (< 59 AÑOS / > 59 AÑOS)	1,098	,210	5,750
Para cohorte Adherencia al tratamiento = si	1,079	,279	4,178
Para cohorte Adherencia al tratamiento = no	,983	,726	1,330
N de casos válidos	38		

**Edad \* Complicaciones**

Recuento

		¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad		Total
		si	no	
EDAD (agrupado)	< 59 AÑOS	13	8	21
	> 59 AÑOS	14	3	17
Total		27	11	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,910 <sup>a</sup>	1	,167
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,045	1	,307
Razón de verosimilitud	1,973	1	,160
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,860	1	,173
N de casos válidos	38		

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EDAD (agrupado) (< 59 AÑOS / > 59 AÑOS)	,348	,076	1,603
Para cohorte ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad = si	,752	,503	1,123
Para cohorte ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad = no	2,159	,675	6,905
N de casos válidos	38		

**Edad \*Exacerbaciones**

Recuento

		A pesar del tratamiento que usted tiene para su enfermedad se ha sentido mal o ha presentado síntomas de su enfermedad		Total
		si	no	
EDAD (agrupado)	< 59 AÑOS	8	13	21
	> 59 AÑOS	8	9	17
Total		16	22	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,310 <sup>a</sup>	1	,578
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,051	1	,821
Razón de verosimilitud	,310	1	,578
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,302	1	,583
N de casos válidos	38		

**Estimación de riesgo Edad (agrupado) \*Exacerbaciones**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EDAD (agrupado) (< 59 AÑOS / > 59 AÑOS)	,692	,189	2,533
Para cohorte A pesar del tratamiento que usted tiene para su enfermedad se ha sentido mal o ha presentado síntomas de su enfermedad = si	,810	,385	1,701
Para cohorte A pesar del tratamiento que usted tiene para su enfermedad se ha sentido mal o ha presentado síntomas de su enfermedad = no	1,169	,668	2,047
N de casos válidos	38		

**Sexo \* Adherencia**

Recuento

		Adherencia al tratamiento		Total
		no	si	
SEXO	Hombre	10	2	12
	Mujer	21	5	26
Total		31	7	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,036 <sup>a</sup>	1	,850
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,036	1	,849
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,035	1	,852
N de casos válidos	38		

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO (Hombre / Mujer)	1,190	,196	7,234
Para cohorte Adherencia al tratamiento = no	1,032	,753	1,414
Para cohorte Adherencia al tratamiento = si	,867	,195	3,847
N de casos válidos	38		

**Sexo \* Complicación**

Recuento

		¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad		Total
		si	no	
SEXO	Hombre	9	3	12
	Mujer	18	8	26
Total		27	11	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,133 <sup>a</sup>	1	,715
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,135	1	,713
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,129	1	,719
N de casos válidos	38		

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO (Hombre / Mujer)	1,333	,283	6,279
Para cohorte ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad = si	1,083	,715	1,641
Para cohorte ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad = no	,813	,261	2,533
N de casos válidos	38		

*Tabla cruzada Sexo \* Exacerbación*

## Recuento

		Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto del 16 A del 2016		Total
		si	No	
SEXO	Hombre	8	4	12
	Mujer	14	12	26
Total		22	16	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,554 <sup>a</sup>	1	,457
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,153	1	,696
Razón de verosimilitud	,562	1	,454
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,539	1	,463
N de casos válidos	38		

	Valor
Razón de ventajas para SEXO (Hombre / Mujer)	1,714
Para cohorte Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto del 16 A del 2016 = si	1,238
Para cohorte Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto del 16 A del 2016 = no	,722
N de casos válidos	38

**Tabla cruzada Adherencia \*Complicación**

Recuento

	Adherencia al tratamiento		Total
	no	si	
¿Cree usted que el terremoto ha si interferido con su tratamiento o ha no complicado su enfermedad	22	5	27
	9	2	11
Total	31	7	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001 <sup>a</sup>	1	,981
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,001	1	,981
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,001	1	,981
N de casos válidos	38		

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad (si / no)	,978	,159	5,998
Para cohorte Adherencia al tratamiento = no	,996	,715	1,387
Para cohorte Adherencia al tratamiento = si	1,019	,231	4,485
N de casos válidos	38		

*Tabla cruzada Adherencia con exacerbación*

Recuento

	Adherencia al tratamiento		Total
	no	si	
Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto del 16 A del 2016	17	5	22
	14	2	16
Total	31	7	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,645 <sup>a</sup>	1	,422
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,144	1	,705
Razón de verosimilitud	,668	1	,414
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,628	1	,428
N de casos válidos	38		

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto del 16 A del 2016 (si / no)	,486	,081	2,897
Para cohorte Adherencia al tratamiento = no	,883	,659	1,183
Para cohorte Adherencia al tratamiento = si	1,818	,402	8,215
N de casos válidos	38		

**Tabla cruzada Complicación con exacerbación**

Recuento

	¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad		Total
	si	No	
Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto del 16 A del 2016	16	6	22
	11	5	16
Total	27	11	38

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,071 <sup>a</sup>	1	,790
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,071	1	,790
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,069	1	,792
N de casos válidos	38		

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Ha experimentado algún problema de salud o lesiones por el terremoto del 16 A del 2016 (si / no)	1,212	,295	4,982
Para cohorte ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad = si	1,058	,697	1,607
Para cohorte ¿Cree usted que el terremoto ha interferido con su tratamiento o ha complicado su enfermedad = no	,873	,322	2,365
N de casos válidos	38		

## ANEXO 5 DATOS SPSS

EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ADHERENCIA AL TTO	A PARTIR DEL TERREMOTO SUS ACT COTIDIANAS SE HAN LIMITADO	CONOCE SOBRE COMPLICACIONES SI NO SE ADMINICTRA LA MEDICACIÓN	AL DEJAR LA MEDICACIÓN SE HA SENTIDO MAL
33	Mujer	Divorciado	Primaria	no	si	si	si
65	Mujer	Divorciado	Primaria	no	no	si	si
51	Hombre	Unión Libre	Primaria	no	no	si	si
51	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	no	si	si
79	Mujer	Unión Libre	Ninguno	no	no	si	no
58	Mujer	Viudo	Ninguno	si	no	si	si
70	Hombre	Unión Libre	Ninguno	no	si	no	si
80	Mujer	Unión Libre	Ninguno	no	si	no	si
57	Hombre	Divorciado	Primaria	no	si	si	si
59	Hombre	Unión Libre	Primaria	si	no	si	no
54	Mujer	Casado	Primaria	no	si	si	no
60	Mujer	Casado	Primaria	no	si	si	si
65	Hombre	Viudo	Primaria	no	si	si	si
36	Mujer	Unión Libre	Secundaria	no	no	no	si
56	Mujer	Viudo	Primaria	no	no	si	si
66	Mujer	Casado	Secundaria	no	si	si	no
59	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	si	si	si
64	Hombre	Unión Libre	Primaria	no	no	si	si
53	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	si	no	si
20	Mujer	Unión Libre	Secundaria	si	si	no	si
78	Mujer	Unión Libre	Primaria	si	si	no	si

57	Mujer	Casado	Primaria	no	si	no	no
40	Hombre	Casado	Secundaria	no	si	no	si
51	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	si	no	no
81	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	no	si	si
64	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	si	si	no
62	Hombre	Unión Libre	Ninguno	no	no	no	no
54	Mujer	Divorciado	Secundaria	no	si	no	si
55	Mujer	Unión Libre	Primaria	si	no	si	no
66	Hombre	Unión Libre	Ninguno	si	si	no	no
61	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	si	si	si
66	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	si	no	no
64	Hombre	Unión Libre	Ninguno	no	si	no	si
61	Mujer	Unión Libre	Ninguno	si	si	si	no
49	Mujer	Divorciado	Primaria	no	no	si	no
55	Hombre	Casado	Primaria	no	no	si	no
58	Hombre	Casado	Primaria	no	si	si	si
44	Mujer	Unión Libre	Primaria	no	no	no	no

A PESAR DEL TTO A SENTIDO MAL	CREE QUE LE TERREMOTO HA INFERIDO CON SU TTO	HA EXPERIMENTADO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD	HA RECIBIDO ATENCIÓN A ESTAS COMPLICACIONES	EDAD POR DECADAS	EDAD MEDIA
si	si	no	no	31-40	< 59 AÑOS
si	si	si	no	61-70	> 59 AÑOS
si	si	no	no	51-60	< 59 AÑOS
si	si	no	no	51-60	< 59 AÑOS
si	si	no	no	71-80	> 59 AÑOS
si	no	no	no	51-60	< 59 AÑOS
si	si	no	no	61-70	> 59 AÑOS
si	si	no	no	71-80	> 59 AÑOS
si	no	si	si	51-60	< 59 AÑOS
no	no	si	si	51-60	< 59 AÑOS
no	no	no	no	51-60	< 59 AÑOS
si	si	no	no	51-60	> 59 AÑOS
si	no	no	si	61-70	> 59 AÑOS
si	no	no	no	31-40	< 59 AÑOS
si	no	no	no	51-60	< 59 AÑOS
si	no	si	si	61-70	> 59 AÑOS
si	si	si	si	51-60	< 59 AÑOS
si	si	si	si	61-70	> 59 AÑOS
no	si	no	no	51-60	< 59 AÑOS
no	si	no	si	20-30	< 59 AÑOS
no	si	si	si	71-80	> 59 AÑOS
no	si	si	si	51-60	< 59 AÑOS
no	si	si	si	31-40	< 59 AÑOS
no	no	si	si	51-60	< 59 AÑOS

no	no	si	si	81-90	> 59 AÑOS
no	si	si	si	61-70	> 59 AÑOS
no	si	si	si	61-70	> 59 AÑOS
no	no	si	no	51-60	< 59 AÑOS
no	si	si	si	51-60	< 59 AÑOS
no	si	si	si	61-70	> 59 AÑOS
no	si	si	si	61-70	> 59 AÑOS
no	si	no	si	61-70	> 59 AÑOS
no	si	si	si	61-70	> 59 AÑOS
no	si	si	si	61-70	> 59 AÑOS
no	si	si	si	41-50	< 59 AÑOS
no	si	no	si	51-60	< 59 AÑOS
no	si	si	si	51-60	< 59 AÑOS
no	si	si	si	41-50	< 59 AÑOS

