



Enfermería Actual de Costa Rica

ISSN: 1409-4568

Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería

Aedo Romero, Viviana; Rivas Rivero, Edith; Campillay Campillay, Maggie
Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión
y diabetes mellitus tipo II: una aproximación cualitativa.

Enfermería Actual de Costa Rica, núm. 42, 2022, Enero-Junio, pp. 70-84
Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería

DOI: [https://doi.org/10.15517/enferm. actual costa rica \(en línea\).v0i42.45422](https://doi.org/10.15517/enferm. actual costa rica (en línea).v0i42.45422)

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44872466006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNER
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Artículo Original

Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus tipo II: una aproximación cualitativa.

Viviana Aedo Romero¹, Edith Rivas Rivero², Maggie Campillay Campillay³

¹ Enfermera, Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado, Universidad La Frontera, Temuco, Chile, ORCID: 0000-0002-0484-8610

² Enfermera, Doctora en Enfermería, Universidad La Frontera, Departamento de Enfermería, Temuco, Chile, ORCID: 0000-0002-9832-4534

³ Doctora en Enfermería, Universidad de Atacama, Departamento de Enfermería, Copiapó, Chile, ORCID: 0000-0002-4054-1595

Información del artículo

Recibido: 14-01-2021

Aceptado: 12-11-2021

DOI:

10.15517/enferm. actual costa
rica (en línea).v0i42.45422

Correspondencia

Edith Rivas Rivero

Universidad La Frontera

edith.rivas@ufrontera.cl

RESUMEN

Objetivo: Explorar y describir dimensiones que afectan la adherencia terapéutica en personas mayores con hipertensión o diabetes tipo 2 en Araucanía, Chile.

Metodología: Investigación cualitativa, etnográfica y descriptiva, que se aborda con análisis de contenido según Bardin. Corresponde a una primera fase de un estudio exploratorio, en la que se realizan dos grupos focales, con participación de 12 personas mayores de 70 años con hipertensión, diabetes tipo 2 o ambas.

Resultados: Se describen trece categorías emergentes, tres in vivo (ser carga para otras personas, obtención de ayuda a partir del celular y vida empobrecida) y diez teóricas (edadismo, aislamiento y soledad, cultura popular para control de la patología, estructura familiar matriarcal, modelo biomédico arraigado, infravaloración del equipo no médico, paradoja de las expectativas no cumplidas, importancia de la participación social, el autocuidado, adherencia incompleta y fragmentada y riesgo de descompensación).

Conclusión: La categoría ageísmo, aislamiento y soledad subyace a un mayor riesgo cardiovascular, por la dificultad que tienen las personas que sufren soledad para adherirse al tratamiento. La relación de ayuda se describe débilmente, prevaleciendo el paternalismo biomédico. Se requiere fortalecer estrategias participativas en el programa cardiovascular y actividades a partir de las necesidades de personas mayores.

Palabras claves: Ageísmo; Anciano; Cumplimiento-y-Adherencia-al-Tratamiento; Diabetes-Mellitus; Hipertensión; Paternalismo.



ABSTRACT

Therapeutic adherence in elderly citizens with high blood pressure and type 2 diabetes: A qualitative approach

Aim: To explore and describe the dimensions that affect the therapeutic adherence of elderly patients with high blood pressure and/or type 2 diabetes in Araucanía, Chile.

Methods: This was a qualitative, ethnographic, and descriptive research that addressed its content analysis following Bardin. It corresponds to the first phase of an exploratory study in which two focus groups are carried out; the participants were 12 people over 70 years of age with hypertension and/or type 2 diabetes.

Results: Thirteen emerging categories are described: three are in vivo (being a burden for others, getting help using the cellphone, and impoverished life), and ten are theoretical (ageism, isolation and loneliness, popular culture to control the pathology, matriarchal family structure, deep-rooted biomedical model, underestimation of the non-medical team, unfulfilled expectations paradox, importance of social participation, self-care, incomplete and fragmented adherence, and risk of decompensation).

Conclusion: The ageism, isolation and loneliness categories present a greater cardiovascular risk due to the difficulty that people who suffer loneliness have to adhere to the treatment. The aid relationship is weakly described, and the biomedical paternalism prevails. It is necessary to strengthen participatory strategies in the cardiovascular program, and activities based on the needs of the elderly.

Keywords: Ageism; Aged; Treatment-Adherence-and-Compliance; Diabetes-Mellitus; Hypertension; Paternalism.

RESUMO

Aderência terapêutica em cidadãos idosos com pressão alta e diabetes tipo 2: Uma abordagem qualitativa

Objetivo: Explorar e descrever as dimensões que afetam a adesão terapêutica em idosos hipertensos e diabéticos tipo 2, Araucanía, Chile.

Metodologia: Pesquisa qualitativa etnográfica, descritiva, abordada com a análise de conteúdo segundo Bardin. Corresponde à primeira fase de um estudo exploratório, no qual são realizados dois grupos focais, com a participação de 12 pessoas com mais de 70 anos com hipertensão, diabetes tipo 2 ou ambos.

Resultados: Treze categorias emergentes são descritas, três in vivo; ser um fardo para os outros, obtendo ajuda do celular e da vida empobrecida, e dez



teóricos; ageismo, aislamiento e solidão, cultura popular para o controle da patologia, estrutura familiar matriarcal, modelo biomédico arraigado, subestimação da equipe não médica, paradoxo das expectativas não atendidas, importância da participação social, autocuidado, adesão incompleta e fragmentada e descompensação de risco.

Conclusão: A categoria idade, isolamento e solidão está subjacente a um maior risco cardiovascular, devido à dificuldade que as pessoas que sofrem de solidão têm para aderir ao tratamento. A relação de ajuda é mal descrita, prevalecendo o paternalismo biomédico. É necessário fortalecer estratégias participativas no programa cardiovascular e atividades baseadas nas necessidades dos idosos.

Palavras chave: Ageismo; Idoso; Cooperação-e-Adesão-ao-Tratamento; Diabetes-Mellitus; Hipertensão; Paternalismo

INTRODUCCIÓN

El aumento de patologías crónicas no transmisibles a nivel mundial es el principal desafío para el sector sanitario, ya que son enfermedades de larga duración causantes de muertes, discapacidad y alto costo para el sistema¹. Las más comunes son la hipertensión (HTA) y diabetes tipo 2 (DM2), de tendencia creciente como problema de salud pública y agravado por el incremento de la expectativa de vida de la población, dado que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad².

En este contexto epidemiológico, la situación de cronicidad se complejiza por el descenso fisiológico de capacidades físicas, mentales y sociales de las personas mayores, que, además, afecta la adherencia terapéutica^{3,4}. Una persona mayor se define en términos de edad cronológica a partir de los 60 años³. Al respecto, se ha reportado que el control de hipertensión en personas mayores es más deficiente que entre población adulta joven⁵, lo que conlleva a mayor riesgo de complicaciones y eventos cardiovasculares⁶. Mientras que personas mayores con diabetes 2 se han reportado con mayor riesgo por seguimiento inadecuado o falta de adherencia al tratamiento⁷.

En Chile, el programa cardiovascular tiene como propósito general “reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en la atención primaria, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas”⁸. Este reúne a las personas con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias y tabaquismo⁸. Al respecto, el modelo de atención para este grupo considera intervenciones para apoyar el automanejo, prevenir hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida⁹. Pero han sido ineficaces para evitar niveles importantes de descompensación y riesgo cardiovascular¹⁰.

Estudios en personas con alteraciones cardiovasculares muestran que la terapia farmacológica es fundamental para un adecuado control, por lo que la adherencia terapéutica constituye un desafío para el equipo de salud¹¹. La adherencia terapéutica se define como la conducta de la persona en relación con el tratamiento farmacológico y no farmacológico acordado con su médico y equipo de salud¹². La prevalencia de incumplimiento terapéutico en personas mayores con enfermedad crónica llega a cifras cercanas al 50



%^{11,13}. En este sentido, estudios han descrito factores personales y contextuales que estarían influyendo en la falta de adherencia, entre los que se mencionan están situación socioeconómica, creencias, hábitos de vida, efectos secundarios provocados por los fármacos^{11,14} y déficit de información acerca de la enfermedad y tratamiento¹⁵.

Para mejorar la adhesión terapéutica se han utilizado una combinación de estrategias con variados resultados en las personas, entre los que están automedición domiciliaria de la presión arterial, combinación de fármacos en doble o triple terapia fija, educación sanitaria escrita y en grupos, calendarios recordatorios y tarjetas de control del cumplimiento o la mejora de la relación profesional en medicina-paciente¹³. Se mencionan además, mejores resultados en el sexo femenino, personas que viven en espacios urbanos, el tener una ocupación, buena actitud hacia la actividad física, control una vez al año y no consumir alcohol¹⁶⁻¹⁸, lo que incide en la disminución de complicaciones cerebrovasculares y muerte¹⁹.

La literatura revisada describe variados factores asociados a mayor adherencia terapéutica, lo que transforma al problema en un tema complejo y en un desafío mayor cuando se refiere en personas mayores. Al respecto, existe poca evidencia cualitativa en que se develen nuevos factores relacionadas con el problema. Por lo que, este estudio se abordó desde el paradigma interpretativo y metodología cualitativa, dada la necesidad de conocer el fenómeno a partir de las experiencias mismas de las personas mayores. El propósito del estudio es explorar y describir dimensiones que afectan la adherencia terapéutica en personas mayores hipertensas y diabéticas tipo 2 del programa cardiovascular de la región de la Araucanía, Chile. Esto contribuirá de forma práctica a establecer nuevas mejoras al programa

cardiovascular con énfasis en el cuidado de personas mayores.

METODOLOGÍA

Investigación que se abordó desde el paradigma interpretativo, metodología cualitativa, y de aproximación etnográfica y con orientación temática; es decir, que la investigación se centra en un aspecto específico de la cultura que se quiere abordar²⁰. La unidad de análisis fue personas mayores pertenecientes al programa cardiovascular de la región de la Araucanía, Chile. Este se caracteriza por contar con una cartera de servicios garantizada que incluye control, tratamiento farmacológico, y no farmacológico.

La muestra fue intencionada e incluyó 12 sujetos con las siguientes características: personas de 70 y más años con HTA, DM2 o ambas y adscritas al programa cardiovascular en la región de la Araucanía en Chile. Además, como criterio de inclusión se consideró que tuviesen diez o más años con diagnóstico y como criterio de exclusión no se consideraron personas dependientes.

Se logró acceder a las personas a través de quienes están a cargo del programa cardiovascular en la atención primaria de salud. Estas personas facilitaron la comunicación con posibles participantes, a quienes la investigadora principal contactó directamente, luego de recibir información y consentir participar. Se realizaron dos grupos focales, con seis participantes cada uno, y con una duración promedio de dos horas y media. Se utilizó la siguiente pregunta inicial: ¿cuáles han sido las dificultades que ha tenido para mantener la adherencia terapéutica, y seguir indicaciones del equipo de salud? Los datos se recolectaron con grabadora de voz, para luego realizar transcripción fidedigna de forma manual. Se utilizaron notas de campo para observar aspectos no verbales, que mejoró la descripción de los acontecimientos para



una mejor interpretación. Durante el levantamiento de datos, se retomó en varias oportunidades ciertas temáticas con las personas informantes, con el fin de profundizar y alcanzar saturación.

Para establecer mayor rigor se utilizaron los criterios de reporte de investigación cualitativa Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)²¹. Los aspectos que se consideraron para el análisis de contenido fueron la construcción de categorías teóricas, resultado de una triangulación entre investigadoras y bibliografía revisada, y otras *in vivo*, que se relacionan con experiencias descritas desde los mismos(as) participantes. Se consideró, además, la saturación de las categorías para buscar la categoría central, que corresponde a la categoría con capacidad de asociar todas, o la mayoría de las categorías emergentes, sobre la que se levanta la discusión²⁰.

El análisis consideró realizar una categorización emergente, la que se realizó manualmente, obteniendo una matriz de categorías iniciales. Estas fueron refinadas con la revisión bibliográfica a posteriori. Se triangularon las categorías contrastando la interpretación independiente realizada por la investigadora responsable y su tutora, que actuó como investigadora experta²⁰. El perfil de las investigadoras corresponde a una investigadora responsable dedicada a la labor asistencial y una académica, con amplia experiencia en investigación y análisis cualitativo. Se solicitó la participación de una tercera enfermera investigadora, que actuó como auditora y revisora, para disminuir el sesgo de la interpretación.

Los aspectos éticos de la investigación fueron revisados y aprobados por el Comité de ética científica de la Universidad de La Frontera (UFRO) establecido en el acta N°108/17. Se obtuvo consentimiento informado de todos los sujetos consultados. Para cumplir con la anonimización de los datos levantados, se le asignó un código a cada

grupo focal y se almacenaron en un computador de uso exclusivo de las investigadoras. Se devolvieron los resultados a las personas participantes, realizando una reunión de socialización como parte del cierre de esta primera parte del proyecto²².

RESULTADOS

Las características de las personas participantes corresponden a diez mujeres y dos hombres, con promedio de edad en mujeres de 81.7 años y en hombres de 78 años, cuatro con patología hipertensiva, tres con diabetes 2 y cinco poseían ambas patologías. Siete personas participantes eran casadas, tres viudas y dos solteras. Todas eran personas autovalentes, con buena condición física, el 66.6 % con educación básica, 16.6 % educación media completa y 16.6 % con educación superior. El total de participantes está afiliado al Fondo nacional de salud público y un 83.3 % perciben pensión básica solidaria, mientras el 16.6 % recibe una pensión por jubilación. Estas características dieron amplia diversidad a las experiencias.

Una vez analizado el contenido de las entrevistas, se identificaron trece categorías emergentes (ver Tabla 1). Se optó por mantener tres categorías *in vivo* por la sensibilidad de su contenido, que se refieren a frases textuales mencionadas por las personas mayores, y diez categorías teóricas planteadas por las investigadoras, a partir de la evidencia empírica encontrada (Tabla 1).

Categorías *in vivo*

Ser carga para otros. Es una forma de expresar la asimetría sobre la coresponsabilidad que se da culturalmente en el cuidado entre sexos, las generaciones, la comunidad y el Estado²³. Al respecto, las personas informantes expresan su malestar subjetivo de tener que depender de otras personas: [...] *mis hermanos y mis vecinos, y una señora que también vive cerca de mi casa, ella llegó*



Tabla 1

Categorías emergentes in vivo y teóricas.

Categorías <i>in vivo</i>	Categorías teóricas
Ser carga para otros	Ageísmo, aislamiento y soledad
Obtención de ayuda a partir del uso del celular	Cultura popular para control de la patología
Vida empobrecida	Estructura familiar matriarcal
	Modelo biomédico arraigado
	Infravaloración del equipo no médico
	Paradoja de las expectativas no cumplidas
	Importancia de la participación social
	El autocuidado
	Adherencia incompleta y fragmentada
	Riesgo de descompensación

caída del cielo. Yo vivo sola (A4), [...] lo malo es que uno no se muere al tiro, sigue molestando a los demás (A6), [...]no me gusta pensar que voy a andar causando molestias (A3).

Obtención de ayuda a partir del uso del celular.

Las personas informantes valoran las posibilidades que ofrece la tecnología para estar en comunicación con su red de apoyo. De acuerdo a lo mencionado, algunas personas tienen acceso a celulares, lo que favorece la comunicación para recibir ayuda, resolver situaciones de actividades de la vida diaria o imprevistas: *[...] Ese mismo día que me pasó eso que me salió sangre de narices, estaba sola, entonces al final me doy cuenta de que mi mejor amigo es el celular, yo siempre lo tengo a mano, entonces llamo un taxi si me siento mal y me voy al hospital (A5).*

Vida empobrecida. Se refiere a la mala percepción que tienen las personas mayores sobre su situación financiera, la que, según expresan, no alcanza para cubrir sus necesidades básicas, ni de salud, incurriendo en gastos de bolsillo²⁴. En este punto, las personas mayores mencionan que los escasos

recursos con que viven, los deben distribuir en dieta, adquisición de medicamentos y consultar especialistas que no provee el sistema público de salud, precarizando aún más su situación económica: *[...]Ya no dan ni ganas de comer pescados, son tan caros como la verdura (A9), [...]Yo tengo el mínimo, tengo una pensión municipal no más, así que no gano mucha plata, y ¿qué hace uno con eso? (muestra descontento, habla más fuerte) (A3).*

Categorías teóricas

Ageísmo, aislamiento y soledad. El ageísmo es un fenómeno social en que prevalece una imagen estereotipada y negativa de la vejez, provocando sentimientos de soledad, aislamiento y exclusión de las personas mayores²⁵. En el estudio, la mayoría de las personas mayores, mencionan sentirse excluidos por razones de edad, lo que les provoca malestar emocional, sentirse incomprendidas y rechazadas: *[...] nosotros nos sentimos solos (A3), [...]yo que soy sola y me siento enferma en la noche, tengo que*



llamar a los policías, uno los llama y nos van a buscar a la casa y nos llevan al hospital (A8).

Cultura popular para control de la patología. Representa creencias y prácticas sociales respecto al manejo de la patología crónica. Manifiestan confianza en medicinas alternativas y complementarias proporcionadas por familiares: [...] *Mis hijos me traen una que otra cosa que ven por ahí que dice que sirve para la diabetes (A3), [...]tomo todo lo que me dicen que es bueno para la diabetes (A6).*

Estructura familiar matriarcal. La mayoría de las participantes son mujeres, mencionando que sostienen emocionalmente a sus familias, son fuente impulsora de entusiasmo, de autocuidado y se responsabilizan del cuidado de las otras personas: [...] *A mí señorita, lo que me anima a eso es mi marido, yo no me quiero morir antes y dejarlo solo, también mis hijos y mi nieto (A3).*

Modelo biomédico arraigado. Las personas mayores aseguran que lo primordial es lo indicado por la persona profesional en medicina, cuyas indicaciones son reglas inquebrantables, respondiendo como buen paciente al paternalismo biomédico: [...] *yo sigo lo posible mi tratamiento, como me dice el doctor (A3), [...]Porque si el doctor dice cada tres meses así debe ser (A4).*

Infravaloración del equipo no médico. Al tener una imagen sobrevalorada del personal médico, se resisten a recibir atención de otras personas profesionales, al considerar que su aporte es secundario y prescindible: [...] *me mandaron a la nutricionista, y me dice: ¡No!, ahora no va a comer más, ya está bueno de cosas rojas. Y finalmente nunca me decía si íbamos bien o mal, ella ponía sus condiciones, así que no fui nunca más (A3).*

Paradoja de las expectativas no cumplidas. Mencionan que el personal médico es el pilar de la atención, pero se da la paradoja que no les brinda una atención integral: [...] *en los controles el doctor*

dice: esto es solo control no más, y para otra cosa debe volver a sacar ficha otro día, fuera de la fecha de control, porque esto es solo de la enfermedad que tenemos, y si nos duele otra cosa tiene que venir aparte, entonces mejor a veces uno se aguanta no más (A6).

Importancia de la participación social. Las personas participantes la describen como una fortaleza, es una fuente de motivación y ayuda permanente: [...] *Yo por ella estoy aquí (refiriéndose a participante A3), siempre diciéndome que yo tirara para arriba (A7).*

El autocuidado. Lo relacionan con actividades que contribuyen a conservar su salud: [...] *Yo pienso que también tiene que ver con lo que nosotros hagamos físicamente, porque no es solamente tomarse los remedios, hay que también hacer los ejercicios (A5).*

Adherencia incompleta y fragmentada. Las personas participantes han presentado complicaciones cardiovasculares o descompensaciones asociadas a una irregular adherencia terapéutica: [...] *Yo me pongo un seis, porque me tomo todas mis cosas, pero me falta comprometerme más con la alimentación (P3), [...] Yo creo que al menos con los remedios vamos bien, pero es lo único que hago (P4).*

Riesgo de descompensación. La inadecuada o incompleta adherencia terapéutica es motivo de complicaciones o descompensaciones de sus patologías crónicas. [...] *Yo he tenido que consultar, porque me sube a 225 mi presión de la nada, porque no es por lo que coma, porque yo no como con sal hace tantos años, pero si es el sistema nervioso, me preocupo de algo y se me arranca y no me obedece la pastilla. Ahora mismo tuve que comprar un remedio particular que me dijo el doctor, y con eso estoy (A6).*

DISCUSIÓN

De acuerdo con los hallazgos, el ageísmo, aislamiento y soledad subyace a una autopercepción



negativa de la vejez y afecta el proceso de adhesión terapéutica. En la literatura revisada, se menciona que la soledad puede tener un efecto negativo en personas con patología crónica y generar sentimientos de pesadumbres, preocupación y temor al sentir que pueden ser carga para otras personas, debiendo necesitar ayuda de familiares y la sociedad para sobrellevarlo^{26,27}. Si bien la vejez no es responsable de esta soledad, se ha descrito impacto negativo individual y percepción de soledad ante la presencia de enfermedad, pérdidas y representaciones sociales negativas de la vejez, que exponen un ageismo arraigado socioculturalmente. En este último aspecto, las personas participantes mencionan autoexcluirse para no ser molestia y cargas para otras personas, evidenciando que este proceso es un proceso naturalizado en la vejez. Al respecto, se describe el ageísmo como un fenómeno invisibilizado para la mayoría de la sociedad y las propias personas mayores^{25,28,29}.

Estudios longitudinales, realizados por Cacioppo y Cacioppo³⁰, describen que la soledad hace que las personas se sientan tristes y sufran deterioro de su salud psicológica y biológica. El aislamiento social provocado por la forma de vida contemporánea, en que el ageísmo es la respuesta social más común, se potencia con la baja participación social y con mayor prevalencia de comunicación a través de medios digitales, aumentando el porcentaje de personas que refieren sentirse solas³⁰. Esto se agrava cuando se trata de personas mayores, que tienen brechas para acceder a este tipo de comunicación y donde la participación familiar y social en general es cada vez menor. Por ello, sufrir de soledad en personas mayores portadoras de enfermedad crónica, debería ser considerado un factor de riesgo tan relevante como sufrir de obesidad³⁰. Según Donovan y Blazer³¹, la asociación entre soledad, aislamiento y enfermedad crónica ha sido ampliamente demostrada, sin embargo, los avances para revertir

esta situación son más bien estructurales y requieren de mayor participación de las personas mayores en la sociedad.

En Chile, la soledad en personas mayores ha sido poco estudiada, al respecto Gallardo³² reporta a través de un estudio cualitativo, una asociación entre sentirse en soledad y envejecer de forma poco saludable, siguiendo con la idea, el envejecimiento exitoso dependería de la integración social lograda por las personas mayores durante su vida. De Jong, Keating y Fast³³ al revisar la situación de soledad de personas mayores alcanzada en Canadá y contrastar sus hallazgos con otros países desarrollados, describieron que este país tiene una baja percepción de soledad, por tanto, un envejecimiento más saludable entre personas mayores. Este logro, podría estar relacionado con la existencia de fuertes redes comunitarias y de apoyo, que han sido tejidas a partir de un modelo intersectorial integral e inclusivo que favorece permanentemente la calidad de vida de las personas mayores. Contrariamente, el estudio prospectivo realizado por Jackson, Hackett y Steptoe³⁴, puso en contexto la gravedad del problema de ageismo en Inglaterra, en donde el 10 % de las personas mayores reportaron sentirse discriminadas y excluidas en la atención de salud recibida. Esto demuestra que el ageismo y la soledad asociada a este fenómeno constituyen un grave problema que requiere ser atendido a nivel global, no solo por los efectos sociales subyacentes, sino por las consecuencias negativas y daño casi irreparable a la autoestima de las personas mayores, que al sentirse discriminadas dañan su propia imagen, la de otras personas mayores y tienen serias consecuencias en su salud física y cardiovascular³⁰.

La evidencia muestra que existe una fuerte relación de las personas mayores y su profesional en medicina de cabecera, con predominio del modelo biomédico, basado en una relación paternalista. Esto se aleja del modelo de salud familiar declarado por



Chile, sustentado en el paradigma social que debiera mejorar la comunicación y entregar mayor autonomía a las personas³⁵. Las personas mayores participantes, contrariamente, mencionan la fuerte imagen, confianza ciega y credibilidad que depositan en su profesional en medicina tratante. Este aspecto, en un sentido positivo, puede favorecer la adherencia al control realizado por este profesional³⁶. Sin embargo, en sentido negativo el tratamiento se focaliza en aspectos farmacológicos, en desmedro del tratamiento no farmacológico, como dieta, actividad física u otras medidas de autocuidado, lo que es relevante para el manejo integral de la enfermedad crónica y supone un desafío para el resto del equipo profesional de salud³⁵.

La hegemonía del modelo biomédico hace dependientes a las personas del profesional en medicina y ha sido ampliamente criticado por mantener una comunicación vertical, con una limitada participación de las personas en la relación terapéutica³⁷. Estudios similares han coincidido en este punto, rechazando el paternalismo por debilitar el sistema sanitario³⁸. La sobre valoración que las personas atribuyen a este modelo, genera fuertes resistencias para cambiar a una perspectiva más integral, lo que plantea la necesidad de generar nuevas estrategias que incorporen una visión holística en la atención y que favorezca el desarrollo de mayor autonomía en las personas^{35,37}. Paradójicamente, las personas participantes mencionaron expectativas no cumplidas al tener que recurrir a servicios de urgencias luego de asistir a la consulta médica, dado que el profesional en medicina no les entrega una atención integral. La importancia de este punto radica, como lo mencionan Yap, Thirumoorthy y Kwan¹², en que evaluar integralmente a las personas es un aspecto fundamental para la sostenibilidad de los programas sanitarios y adherencia terapéutica de pacientes. En

este sentido, estudios advierten sobre la hegemonía del modelo biomédico en Chile como el de Flores y Toffolletto³⁹, quienes demostraron que los servicios más utilizados por personas mayores en la atención primaria de salud corresponden al control médico del programa cardiovascular y la vacunación, con muy poco acceso a actividades promocionales. Esto coincide con este estudio y demuestra la falta de acciones integrales y ajustadas a las necesidades de las propias personas mayores.

En esta investigación emerge, además, la cultura popular para el control de la patología, respecto del uso de terapias complementarias, dado que las personas mayores mencionan incorporar hierbas como tratamiento o alivio de dolencias; situación que ya se ha reportado en otros estudios⁴⁰. Hecho que no debiera revestir ningún problema, en la medida que su uso sea conocido por todo el equipo de salud, orientando a las personas mayores y hacia prácticas que realmente sean saludables. En este punto, juega un rol fundamental el equipo de enfermería, quien debe planificar el proceso de cuidados en conjunto con la persona y educar a partir de una visión holística del mundo^{41,42}.

Con respecto al uso de la tecnología, el celular fue considerado por las personas mayores como de gran ayuda en situaciones de urgencia, facilitando la comunicación y coordinación con otras personas. Las posibilidades de apoyo al tratamiento de la hipertensión, a través de aplicaciones utilizadas en teléfonos inteligentes, ha demostrado gran utilidad en zonas rurales en que pacientes con patologías crónicas no acceden con facilidad a la atención sanitaria, lo que constituye una ventaja para las personas mayores que lo utilicen^{43,44}. Esto puede orientar al equipo sanitario y de enfermería en estrategias de autocuidado para personas mayores, por ejemplo usar alarmas para recordar tomarse un medicamento o tener que hacer una caminata como



parte de la terapia no farmacológica, favoreciendo la adherencia terapéutica.

Una dimensión especialmente sentida para las personas participantes es la condición de pobreza en que viven, las personas manifestaron al respecto recibir pensiones precarias, lo que constituye una barrera para acceder a bienes y servicios. Al respecto, mencionan, no poder acceder a un régimen saludable por falta de recursos económicos. En correspondencia, un estudio chileno sobre adherencia al tratamiento en pacientes con DBT 2, expone igual realidad al describir que las personas mayores no poseen dinero suficiente para adquirir alimentos que les son indicados por la personas profesional en nutrición, dejando al descubierto determinantes sociales estructurales que afectan dramáticamente la salud de las personas mayores⁴⁵. Si bien esto sobrepasa las posibilidades de los equipos sanitarios, debe tenerse en consideración las posibilidades adquisitivas de este grupo para generar estrategias de cuidados más realistas.

La categoría estructura matriarcal muestra a una mujer como pilar de la familia, describe la identidad de género asignada a las mujeres, en permanente presión por el deber ser y el ser para otras personas. En este sentido, la mujer no crea conciencia de vida, de cuerpo, de trabajo y de cuidado para sí misma, sino se aprecia y califica en función de su capacidad de atender a los demás. Esto se puede describir como naturalizado en las mujeres entrevistadas, quienes a pesar de las dificultades físicas o psicológicas que implica convivir con una enfermedad crónica, asumen las labores domésticas y el cuidado de su familia⁴⁶. Al respecto, en Chile los programas de enfermedades crónicas no transmisibles no incorporan el enfoque de género en sus intervenciones⁴⁶, situación que da cuenta de la hegemonía del modelo biomédico, que prioriza la dimensión biológica por sobre la psicológica y social.

La participación social desde la perspectiva de las personas mayores es de gran importancia en lo personal, por los beneficios que les proporciona el formar parte del programa cardiovascular, favoreciendo la relación con otras personas y motivación para continuar su tratamiento. Otros estudios coinciden que participar en acciones de promoción de la salud y prevención permite mantener a la persona adulta mayor activa, con mayores niveles de conocimiento y autocuidado, asociando la dimensión participación con la mejora en la adherencia al tratamiento, considerando que requieren de acompañamiento y apoyo permanente^{47,48}.

El estudio identificó adherencia incompleta al tratamiento, ya que un grupo importante afirmó adherir a la toma de medicamentos, sin embargo, los cambios dietéticos y de estilo de vida les eran muy difíciles de asumir. Este aspecto, difiere de otros estudios en donde se menciona menor adherencia a los medicamentos debido a los efectos secundarios que estos les provocan a las personas⁴⁹. Finalmente, las personas mayores expresan preocupación por riesgo de descompensación asociada a enfermedades crónicas (no transmisibles), similar a lo mencionado por Merodio, Rivas y Martínez⁵⁰ que refieren que personas con enfermedades crónicas presentan gran distrés por preocupación frente a posibles complicaciones físicas y mentales propias de la enfermedad y edad. Esto puede estar asociado a la posibilidad de pérdida de autonomía física y mental, que es uno de los aspectos que más preocupan a las personas mayores, por la posibilidad, como se ha mencionado, de convertirse en cargas para sus familias y la sociedad²⁸.

Finalmente, la principal limitación del estudio se refiere a su nivel de alcance descriptivo, situado y participación masculina limitada.



CONCLUSIÓN

El estudio devela dimensiones psicosociales que provocan una situación de mayor riesgo en personas mayores portadoras de HTA, DBT 2 u ambas. Una de las principales variables corresponde a la categoría compuesta: ageísmo, aislamiento y soledad, en razón de que la soledad genera situaciones de déficit de autocuidado, afectando la adhesión al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El hecho de que prevalezca la relación terapéutica característica del modelo biomédico constituye una barrera para asegurar la continuidad de los cuidados, toda vez que se describen acciones no farmacológicas interdisciplinarias debilitadas. Al respecto, se requiere reforzar en el programa cardiovascular la relación de ayuda centrada en la persona, promover estrategias integrales, de participación y ajustadas a las necesidades y creencias propias de las personas mayores.

Finalmente, el estudio expone la presencia de determinantes intermedios y estructurales de la salud que afectan a las personas mayores. En sentido positivo, dimensiones como la participación activa en la sociedad, adecuadas pensiones, fortalecimiento del tejido social para el cuidado y un sistema de salud accesible son esenciales para mantener buena adherencia al tratamiento.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Celis CM, Troncoso CP, Leiva AO. ¿Cuál es el perfil de envejecimiento de la población chilena en comparación a otros países del mundo? Rev. méd. Chile [Internet]. 2019 Dic [citado el 12 de marzo de 2020]; 147(12): 1630-131. doi: 10.4067/S0034-98872019001201630
2. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Chile: INE; 2019 [citado el 10 de Junio de 2019]. Infografía de estadísticas vitales. Disponible en: <https://www.ine.cl/docs/default-source>
3. Leiva An, Troncoso CP, Martín SM, Nazar G, Concha YC, Martorell M, et al. Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Jun [citado 01 de noviembre 2020]; 148(6): 799-809. doi:10.4067/S0034-98872020000600799
4. González RR, Cardentey JG. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista Finlay [Internet]. 2018[citado el 13 de octubre de 2018]; 8 (2): 103-110. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564/1664>
5. Rosas MP, Borrayo GS, Ramírez EA, Pérez GR. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor. Recomendaciones para la práctica clínica. Revista Medicina Instituto mexicano del seguro social [Internet]. 2016 [citado 01 de octubre 2018]; 54 (1) 75-77. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161e.pdf>
6. Georgiopoulos G, Kollia Z, Katsi V, Oikonomou D, Tsioufis C, Tousoulis D. Nurse's Contribution to Alleviate Non-adherence to Hypertension Treatment. Current hypertension reports [Internet]. 2018 [citado 20 de octubre de 2020]; 20(8): 65. doi: 10.1007/s11906-018-0862-2
7. Galván IO, Álvarez CA, Gómez AG. Control metabólico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 vulnerables y no vulnerables. Aten Fam [Internet]. 2019[citado 17 de octubre de 2021];26(3):95-99. doi: 10.22201/facmed.14058871p.2019.3.70035
8. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL; 2017 [citado 18 de octubre de 2021]. Orientación Técnica del Programa Cardiovascular. Disponible en: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp->



- content/uploads/2018/05/Programa-de-salud-cardiovascular.-MINSAL-Chile-2017.pdf
9. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL; 2015 [citado el 09 de abril de 2015]. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/922/Modelo-de-atencion-para-personas-con-enfermedades-cronicas.-MINSAL-Chile-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Ministerio de salud de Chile [Internet]. Chile: MINSAL; 2018[citado 15 octubre de 2020]. Encuesta nacional de salud 2016-2017 Segunda entrega de resultados. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
11. Bello NE, Montoya PC. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 09 de enero de 2020]; 28(2): 73-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es.
12. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. Geriatrics & gerontology international [Internet]. 2016 [citado 15 de julio de 2020];16(10): 1093-101. doi: 10.1111/ggi.12616
13. Márquez EC, Márquez SR, Rodríguez EG, Baldonado AS. ¿Cómo evaluar y mejorar la adherencia en la consulta diaria? Hipertens riesgo vasc. [Internet]. 2017 [citado 13 enero de 2018];34(1): 29-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183718300618?via%3Dihub>
14. Martínez GD, Martínez LS, Lopera JV, Vargas NG. La importancia de la adherencia terapéutica. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2016 Jun [citado 09 de enero 2020]; 14(2): 107-16. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003&lng=es
15. Ramos LM. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 Dic [citado 11 de enero 2020]; 16(2): 175-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.
16. Romero SG, Parra DI, Sánchez JR, Rojas ZL. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2017 Mar [citado el 09 de junio 2020] ; 49(1): 37-44: doi: 10.18273/revsal.v49n1-2017004
17. Araújo LB, Aras JR. Association between Therapeutic Adherence and the Profile of Patients with Resistant Hypertension. Int. J. Cardiovasc. Sci. [Internet]. 2020 Abril [citado 09 de noviembre 2020]; 33(2): 121-130. doi:10.5935/2359-4802.20190077
18. Salazar PM, Rotta AR, Otiniano FC. Hipertensión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana [Internet]. 2016 [citado 01 de octubre de 2018]; 27 (0): 60-66. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
19. Osorio EB, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Revista colombiana de cardiología [Internet]. 2018 [citado 01 de octubre de 2020]; 0 (0): 1-13. doi: 10.1016/j.rccar.2017.10.006
20. Cotán A. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga [Internet].



- 2020[citado 08 de noviembre de 2021];1(1):83-103. doi: 10.24310/mgnmar.v1i1.7241
21. O'Brien BC, Bridget C, Harris IB, Beckman, JT, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research. Academic Medicine [Internet]. 2014 [citado el 18 de septiembre de 2020]; 89(9): 1245-151. Disponible en: https://www.mmcni.org/deptPages/core/downloads/QRIG/Standards_for_Reporting_Qualitative_Research__A_990451.pdf
22. Suárez FO, Gómez CR. Aspectos éticos de la investigación etnográfica en salud. El papel del comité de ética de la investigación. Persona y bioética [Internet]. 2017[citado el 25 de septiembre 2020]; 21(2): 330-43. Doi: <https://dx.doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.11>
23. Subsecretaría de Evaluación Social [Internet]. Informe final caracterización de cuidadores(as) de personas dependientes. 2015. Disponible en: <https://biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/2256/INFORME%20FINAL%20Caracterización%20de%20Cuidadoras%20de%20Personas%20Dependientes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Navarro RM, Salazar CF, Schnettler B, Denegri M. Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 [citado el 20 de octubre 2021]; 148(2):196-203. doi: 10.4067/s003498872020000200196.
25. Campillay MC, Calle AC, Rivas ER, Pavéz AL, Dubó PA, Araya FG. Ageísmo como fenómeno sociocultural invisible que afecta y excluye el cuidado de personas mayores. Acta bioeth. [Internet]. 2021 Jun [citado el 20 de octubre 2021]; 27(1): 127-135. doi: 10.4067/S1726-569X2021000100127
26. Kusaslan DA. Evaluation of the relationship between loneliness and medication adherence in patients with diabetes mellitus: A cross-sectional study. J Int Med Res. [Internet]. 2018 [citado 10 agosto de 2018]; 46(8): 3149-161. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29756487>
27. Hackett RA, Hudson JL, Chilcot J. Loneliness and type 2 diabetes incidence: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Diabetologia [Internet]. 2020 [citado el 20 de noviembre de 2020];63: 2329–38. doi: 10.1007/s00125-020-05258-6
28. Gajardo JJ. Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. Acta bioethica [Internet]. 2015 Nov [citado 31 de dic 2021]; 21(2):199-205. doi: 10.4067/S1726-569X2015000200006
29. López MG, Marín RB. Revisión teórica y empírica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013). Revista Científica General José María Córdova [Internet]. 2016 [citado el 08 de junio de 2020]; 14(17): 155-202. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-65862016000100007&lng=en&tlng=es.
30. Cacioppo JT, Cacioppo S. Loneliness in the Modern Age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL). First edition. Estados Unidos: Academic Press; c2018. Chapter Three, Advances in Experimental Social Psychology, p.127-197. doi: 10.1016/bs.aesp.2018.03.003
31. Donovan NJ, Blazer D. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry [Internet]. 2020[citado el 19 de diciembre 2020];28(12): 1233–1244. doi: 10.1016/j.jagp.2020.08.005



32. Gallardo LP. Soledad en las personas mayores chilenas: su implicancia en el envejecimiento con éxito. *Paraninfo Digital* [Internet]. 2019[citado 15 de diciembre 2020]; 13(30): 1. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e30096>
33. De Jong JG, Keating N, Fast JE. Determinants of Loneliness among Older Adults in Canada. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement* [Internet]. 2015 [citado 26 de octubre de 2020]; 34(2): 125–36. doi: 10.1017/S0714980815000070
34. Jackson SE, Hackett RA, Steptoe A. Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet Public Health* [Internet]. 2019[citado 23 de marzo de 2020]; 4(4):e200 - e208. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30035-0
35. Coronado VV, Gómez JS, Cerezo JE, Canet CF, Magallón RB. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2019 [citado el 24 de marzo de 2020]; 33(6): 554-62. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.05.008
36. Du L, Wu R, Chen X, Xu J, Ji H, Zhou L. Role of Treatment Adherence, Doctor–Patient Trust, and Communication in Predicting Treatment Effects Among Tuberculosis Patients: Difference Between Urban and Rural Areas. *Patient Preference Adherence*[Internet]. 2020[citado 02 de dic de 2020]; 14:2327-36. doi: 10.2147/PPA.S277650
37. Murgic L, Hébert PC, Sovic S, Pavlekovic G. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015. [citado el 08 dic 2020]; 16 (65):1-9. doi: 10.1186/s12910-015-0059-z
38. Lepping P, Palmstierna T, Raveesh BN. Paternalism v. autonomy – are we barking up the wrong tree? *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado el 12 de noviembre de 2020]; 209(2): 95–96. doi: 10.1192/bjp.bp.116.181032
39. Flores JA, Toffoletto M. La funcionalidad y el acceso a prestaciones de salud de personas mayores en Chile. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 11 de noviembre 2020]; 30(4):167-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400167&lng=es
40. Lopera EP. El debate político sobre las terapias alternativas y complementarias en España en la interfaz entre ciencia, política y sociedad (1979-2018). *Perspectivas de la comunicación* [Internet]. 2019[citado 28 de octubre 2020]; 12(2), 155-193. doi: 10.4067/S0718-48672019000200155
41. Gómez RM, Ulloa MC, Colunga CR, Silva NS. Usos y actitudes del personal de enfermería acerca de las terapias alternativas en un hospital pediátrico. *Rev Enferm IMSS* [internet]. 2018 [citado el 09 dic. 2020]; 26(2):115-120. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182h.pdf>
42. Véliz LR, Bianchetti AS. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2017 Junio [citado el 30 de agosto de 2020]; (32): 186-196. doi: 10.15517/revenf.v0i32.26989
43. Debon R, Bellei EA, Biduski D, Salete SV, Sant’Anna AA, Rodrigues MP, Bertolotti AD. Effects of using a mobile health application on the health conditions of patients with arterial hypertension: A pilot trial in the context of



- Brazil's Family Health Strategy. Sci Rep [Internet]. 2020 [citado dic de 2020]; 10: 6009. doi: 10.1038/s41598-020-63057-w
44. Shahid M, Mahar S, Shaikh S, Shaikh Z. Mobile phone intervention to improve diabetes care in rural areas of Pakistan: a randomized controlled trial. J Coll Physicians Surg Pak. [Internet]. 2015 [citado 15 enero 2018]; 25(3):166-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25772954>
45. Troncoso CP, Delgado DL, Rubilar CV. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública. [Internet]. 2013 [citado el 10 agosto 2018]; 22: 9-13. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>
46. Véliz LR, Bianchetti A. Enfoque de Género en la atención de salud de pacientes con enfermedades cardiovasculares en Chile. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2018 Ago [citado 13 de noviembre de 2020]; 37(2):143-145. doi: 10.4067/S0718-85602018000200143
47. Puello E, Amador C, Ortega J. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Rev Univ. Salud. [Internet]. 2017 [citado el 10 agosto 2018]; 19(2): 152-162. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00152.pdf>
48. Linju JM, Lekha TR, Boban D, Prinu J. Perceived facilitators and barriers of enrolment, participation and adherence to a family based structured lifestyle modification interventions in Kerala, India: A qualitative study [version 1; peer review: 3 approved with reservations] Wellcome Open Research [Internet]. 2019 [citado el 21 de octubre 2020];(4):131. doi: 10.12688/wellcomeopenres.15415.1
49. Kassahun A, Gashe F, Mulisa E, Rike W. Nonadherence and factors affecting adherence of diabetic patients to anti-diabetic medication in Assela General Hospital, Oromia Region, Ethiopia. J Pharm Bioallied Sci. [Internet]. 2016 [citado el 17 enero 2017]; 8(2):124-129. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27134464>
50. Merodio Z, Rivas V, Martínez A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. Horizonte Sanitario [Internet]. 2015 [citado el 15 enero 2018]; 14(1):14-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457844964003>