

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE UNA
PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EN DISTINTAS ETAPAS DE LA PATOLOGÍA**

POR: CONSTANZA ARRIAGADA,
CATALINA ARAYA,
MARÍA JESÚS GUAJARDO,
SOFÍA GUTIÉRREZ,
MACARENA QUEVEDO.

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo para optar al
título profesional de Enfermería.

PROFESOR GUÍA:
DRA. ALEJANDRA CARREÑO.

Julio, 2023
SANTIAGO

INDICE

Resumen.....	3
Introducción	4
Marco teórico	6
Pregunta de investigación.....	11
Objetivo general.....	12
Objetivo específico	12
Metodología	12
Diseño del estudio y técnica de investigación	12
Universo y tipo muestreo de estudio.....	13
Estrategia de reclutamiento y selección de participantes	13
Participantes, criterios de inclusión y exclusión.....	13
Dimensiones del fenómeno de estudio.....	14
Criterios de rigurosidad.....	15
Análisis de la información	15
Limitaciones de estudio	16
Aspectos éticos del estudio	17
Análisis de resultados	18
Discusión	24
Conclusión	26
Referencias.....	27
Anexos	32

Resumen

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca (IC) en Chile es una de las principales enfermedades crónicas que afecta la calidad de vida de los usuarios. Sin embargo, existe poca evidencia de cómo el entorno biopsicosocial influye en ello, por esta razón, se decidió investigar sobre la percepción que los usuarios con IC tienen sobre su calidad de vida. **Objetivo:** Describir la percepción de la calidad de vida de los pacientes que pertenezcan al sector oriente de Santiago, sobre 45 años con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en las distintas etapas del curso de la enfermedad. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo, mediante un estudio de caso para describir la percepción de calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca que habiten en las comunas pertenecientes al Sector Oriente de la Región Metropolitana. **Resultado:** Los usuarios refieren tener una buena calidad de vida, incluso en presencia de signos y síntomas que dificulta sus actividades diarias, y se evidenció, desde una perspectiva de género, que las participantes de sexo femenino suelen tomar acción de manera inmediata ante la presencia de una nueva complicación. **Discusión:** El sector en que viven y el ingreso económico personal, favorecen de manera directa las oportunidades de atención, influyendo positivamente el transcurso de la enfermedad. **Conclusión:** A pesar de la cronicidad de la patología, los usuarios no sienten un deterioro en la calidad de vida debido a la Insuficiencia Cardíaca.

Palabras claves: Insuficiencia Cardíaca, calidad de vida, perspectiva de género, biopsicosocial, [trabajadores del área salud](#).

Comentado [ACI]: Mencionar los factores que afectan la calidad de vida según los hallazgos

1. Introducción

La siguiente investigación brindará información acerca de la percepción de la calidad de vida en personas mayores de 45 años diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y/o con factores de riesgo específicos de esta enfermedad, desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la enfermedad. Esta idea surge ya que según la Guía Clínica del Ministerio de Salud (MINSAL) de Insuficiencia Cardíaca (IC) 2015, la IC representa en la actualidad un problema de salud pública y ha sido considerada como una epidemia emergente dentro de las enfermedades cardiovasculares, debido a su prevalencia en la población y a que los costos asociados a su tratamiento repercuten sobre el sistema de salud. Por esta razón, es importante contar con información que muestre aspectos que permitan mejorar la calidad de vida de los usuarios con el fin de promover enfoques preventivos, y no solamente evitar la morbimortalidad de la enfermedad.

Comentado [AC2]: Cambiar la voz "usuario" por participante, entrevistado, etc. ellos no son usuarios de nada en particular, son participantes de una investigación

Entenderemos calidad de vida como "bienestar físico, bienestar material, bienestar social, desarrollo y actividad, bienestar emocional" (Rev España, 2010). Según algunos autores, los factores que más determinan la calidad de vida son: el ejercicio físico y un estilo de vida saludable, este último contemplando una alimentación adecuada, vivir en un entorno agradable y participar en programas de ocio y tiempo libre. En el presente estudio se indaga sobre la percepción de la calidad de vida y los factores que influyen en los usuarios para que lleven un estilo de vida saludable, identificando cómo se manifiesta la calidad de vida en las distintas etapas de la enfermedad y realizar una distinción de estos factores por género.

Comentado [AC3]: Quienes, citar

Se privilegió la perspectiva de género y curso de la enfermedad ya que la evidencia muestra diferencias entre el tiempo de diagnóstico de la patología (según hombres y mujeres), aumentando el tiempo de inicio del tratamiento y, por ende, los riesgos de sufrir complicaciones mayores que afectan la calidad de vida de las personas. Según la OMS la perspectiva de género son los "roles, características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños y las niñas y las personas con identidades no binarias." (OMS, 2018). Es importante recalcar que el género influye en la salud y bienestar

en tres distintos ámbitos: los determinantes de la salud, las conductas y las respuestas de la salud en función del género.

Por otro lado, el curso de la enfermedad se refiere a las etapas en que evoluciona la Insuficiencia Cardíaca. Se investigó cómo estas etapas intervienen en la calidad de vida ya que dichas pueden ser “inofensivas” al inicio de la enfermedad y/o progresar a una dependencia total de la persona enferma en una fase más grave.

Se investigó sobre la calidad de vida en el sector oriente de Santiago en las comunas de Peñalolén, La Reina, Lo Barnechea, Las Condes, Vitacura, Providencia y Ñuñoa. Se realizó en esas comunas en específico porque son las que tienen programas de prevención y promoción de salud para sus habitantes, grandes áreas verdes, espacios de recreación, entre otros. Las que cumplen con los criterios de calidad de vida mencionados anteriormente, siendo un buen lugar de estudio ya que de él se pueden generar recomendaciones para otros sectores de Santiago.

A continuación, se definirán los elementos claves, descripción del marco teórico identificando la problemática a resolver, el propósito de la investigación y cómo este tema influye a nivel país. En cuanto a la metodología de esta investigación es de tipo cualitativa, que presenta un diseño de estudio de caso con un muestreo teórico/opinático que pretende pesquisar la realidad de cada usuario. Además, presenta una estrategia de muestreo por bola de nieve para así tener 10 usuarios en total, a los cuales se les entregó el consentimiento informado, en caso de que acepten se siguió con la entrevista para tener información sobre la calidad de vida y cómo cree que influye en el curso de su enfermedad. Este proceso fue completamente confidencial, siempre resguardando la información personal y seguridad de la persona. Una vez completadas las 10 entrevistas, se hizo un análisis completo de la información para evaluar la relación usuario-percepción calidad de vida en base a esto se describieron los resultados obtenidos y posteriormente se realizará la discusión sobre el tema y su conclusión.

Todo lo mencionado anteriormente se profundizó en las siguientes secciones con estudios que avalan la pregunta planteada.

2. Marco teórico

Se decidió investigar sobre calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca porque, como se mencionó anteriormente, la calidad de vida es un concepto que refiere a un “bienestar físico, bienestar material, bienestar social, desarrollo y actividad, bienestar emocional” (Rev España, 2010), el cual abarca el contexto biopsicosocial y emocional de una persona, que suele estar alterado durante el curso de una enfermedad. Por lo mismo, la Insuficiencia Cardíaca, al ser una patología tan amplia, en la cual el diagnóstico incluye a personas con sintomatología leve y/o con dependencia total de otros, se convierte en una enfermedad que brinda el espacio para estudiar el entorno y la percepción de calidad de vida en este grupo de personas. Así, la experiencia personal de cada usuario, que cambia según cada contexto y etapa de la enfermedad, nos permitió estudiar y relacionar en conjunto ambos factores. Por esto mismo nos enfocamos en personas que residen en el sector Oriente de Santiago, mediante una breve entrevista con el fin de poder evaluar las diferencias de calidad de vida en las personas que padecen de Insuficiencia Cardíaca respecto a su entorno biopsicosocial, bienestar físico y entre otros aspectos que se logran destacar como edad, nivel socioeconómico y etapa pre y post pandemia.

Como se mencionó anteriormente, la Insuficiencia Cardíaca es una patología que ha ido en aumento progresivamente. Según el documento de protocolo de Insuficiencia Cardíaca esta patología se define como “síndrome complejo que resulta de cualquier anomalía estructural o funcional que comprende la eyección ventricular” (Minsal, 2018) y se caracteriza por diferentes signos y síntomas como: disnea de esfuerzo y paroxística, ortopnea, fatigabilidad, distensión venosa yugular, tercer ruido, soplos de insuficiencia valvulares, crepitaciones pulmonares, derrame pleural, hepatomegalia, palidez, cianosis.

Por otro lado, existen distintas etapas de la enfermedad donde se reconoce que la IC es progresiva y que no hay posibilidad de que se pueda regresar a etapas anteriores. Estas etapas permiten dar énfasis en la prevención de la progresión y aparición de esta.

Etapa A: riesgo de IC (pacientes que padecen Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus), sin enfermedad cardíaca estructural o sintomatología.

Etapa B: presenta enfermedad cardiaca estructural, sin síntomas o signos de IC.

Etapa C: presenta enfermedad cardiaca estructural, con síntomas o signos de IC, previos o actuales.

Etapa D: IC refractaria a tratamientos habituales, requiere intervenciones especializadas.

La incorporación de estas etapas o clasificación permite una correcta formulación de un diagnóstico.

En cuanto a la diferencia de la patología según sexo, se puede decir que existen diferentes registros que diferencian la presentación de la patología respecto a cómo es el uso de los tratamientos de los pacientes, ya que las mujeres reciben menor medida de fármacos y tratamientos invasivos con angioplastia coronaria que los hombres (Martínez, M. Gallardo, I. 2018). Por otro lado, se puede ver que los hombres tienen diferentes procesos diagnósticos frente a los mismos síntomas que las mujeres, en donde estos son más proclives a ser sometidos a pruebas complementarias como (resonancia magnética, tomografía computarizada, etc). Por lo que se diagnostican más de infarto agudo al miocardio (Martínez, M. Gallardo, I. 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha creado un “modelo de determinantes sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad (...) dado por contextos y posición social de las personas, familias y comunidades, y un determinante intermedio representado por las llamadas condiciones materiales en que transcurre la trayectoria de vida de las personas, las familias y las comunidades con el fin de guiar en la creación y ejecución de políticas públicas” (Hernández, 2017). Ejemplos de determinantes sociales son: edad, género (femenino y masculino), nivel socioeconómico de los entrevistados, asociado a esto está el acceso a adquirir sus fármacos y la adherencia que presenten al tratamiento. Además, como determinante se encuentra la etapa pre y post pandemia, ya que influyó significativamente en los entrevistados, debido a la economía y por el poco contacto con otras personas y el medio ambiente, causa que afectó en el tratamiento del usuario (Martínez-Taboas, 2020) Otro aspecto a destacar es la adherencia farmacológica que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se trata de “el grado en que el comportamiento de una persona de tomar el medicamento, seguir un régimen

alimentario y ejecutar cambios del modo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria". (OMS, 2003). Es de suma importancia ya que esta va de la mano con distintos factores que pueden alterar la adherencia al tratamiento las cuales son; factores socioeconómicos, relaciones con el equipo o el sistema de salud respecto a los controles habituales del paciente, el conocimiento de la enfermedad y el tratamiento.

"La falta de adherencia o su baja presentación priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar." (Ramos. L. B. 2015). Es por esto mismo que para determinar la calidad de vida de los pacientes en nuestra investigación es un factor que nos ayuda a ver en qué otros aspectos influyen la baja adherencia ya que al no tener un buen manejo del tratamiento los resultados del progreso de la enfermedad se verán desfavorables.

Además, existen factores de riesgo asociados a esta patología en que el desempeño de la persona va disminuyendo paulatinamente, pues lo que más destaca la Fundación Española del corazón es que la IC es el "cansancio anormal por esfuerzos que antes no lo causaban ya que la sangre no llega adecuadamente a los músculos y se provoca una situación de fatiga muscular y dificultad respiratoria" (Beltrán, P, S.F). Lo anterior, requiere control periódico con el personal de salud, pero según el **INE**, uno de los factores que más destacan en relación al cuidado de salud del individuo es: El ingreso familiar y el porcentaje de éste que se invierte en salud y chequeos anuales. De esta forma, el nivel socioeconómico influye directamente en el bienestar social y de desarrollo, ambos considerados como factores que definen, en parte, el concepto de calidad de vida. Por tanto, existe una relación directa entre ésta y el ingreso económico.

Un estudio elaborado por la Cámara Chilena de la Construcción y el Instituto de Estudios Urbanos UC, el cual se realizó basándose en un análisis de Índice de Calidad Urbana (ICVU) del año 2016, el cual se enfoca en medir las ciudades de Chile según variables que reflejan la provisión de bienes y servicios a lo largo del país. En este estudio se logró concluir que las comunas de la Región Metropolitana del Sector Oriente se encuentran dentro de las comunas

Comentado [AC4]: ¿?;

con mejor calidad de vida en el año 2021, en las que destacan: Vitacura en el primer puesto, seguida de Providencia y Las Condes como top 3 de las comunas con mejor índice de calidad de vida urbana. Este índice se enfoca en medir un conjunto de variables las cuales son; Vivienda y Entorno, Salud y Medio Ambiente, Condiciones Socioculturales, Ambiente de Negocios, Condición Laboral y Conectividad y Movilidad. Gracias a esto, se puede analizar si la calidad de vida de las personas con mejor índice de calidad de vida urbana influye en su calidad de vida respecto a su estado de salud con la patología de Insuficiencia Cardíaca.

Según una investigación llevada a cabo en un Hospital Universitario en **Brasil**, hace referencia que es necesario una asistencia efectiva a la población para un mejor afrontamiento de adecuados comportamientos con el propósito de concientizar la importancia de aumentar la adherencia y así evitar el agravamiento de la sintomatología, es por esto que este artículo nos menciona lo importante que es el “conocer las concepciones de individuos con Insuficiencia Cardíaca acerca de conceptos importantes, como calidad de vida y autocuidado, es de fundamental importancia para la práctica profesional del equipo de salud, contribuyendo, de esa forma, para una asistencia más integral y calificada”, por lo que es de vital importancia el rol que cumple el personal de enfermería en pacientes con esta patología y en la adherencia a su tratamiento. En relación a esto, en una investigación nacional realizada por la enfermera matrona Marcela Gonzáles y el instructor de enfermería Víctor Pedrero mencionan que es fundamental la implementación de intervenciones educativas y multidisciplinarias para poder generar profundos cambios en el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca. (González, M. Pedrero, V. 2013)

Comentado [AC5]: Cita??

Por otro lado, según una investigación realizada por Josep **Comín**, los pacientes con peor calidad de vida están asociados a los que presentan peor pronóstico, es decir, mayor gravedad de la enfermedad, por lo que “los pacientes con Insuficiencia Cardíaca tienen muy afectada su calidad de vida respecto a la población general española y a otras enfermedades crónicas. “Sexo femenino, edad avanzada, comorbilidad, síntomas avanzados y hospitalización reciente son factores determinantes en la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes.”

Comentado [AC6]: Cita?

(Comín-Colet, J. 2016). Esta es una de las razones por las que nos enfocamos en las diferentes etapas de la patología, además de la diferencia de género.

En cuanto al ámbito nacional según un estudio realizado por Felipe Díaz de la escuela de salud pública, la IC es una patología prevalente en Chile, donde más destacan son las mujeres, esto se asocia principalmente a su edad, mientras mayor edad mayor es el riesgo. Al ser una de las patologías más prevalentes, requiere un amplio conocimiento, para mantener informada a las personas que padecen esta patología, esto se asocia también con su calidad de vida, es por esto que nuestra investigación se basa en estos dos conceptos fundamentales.

En Chile, la población de adultos mayores ha ido incrementando rápidamente durante los últimos años. El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) ha publicado en septiembre del 2022 que las personas de 60 años y más, residentes en Chile, aumentó en un 18,1%, teniendo una proyección para el 2050 del 32% de la población. Esto es importante de mencionar ya que la Insuficiencia Cardíaca es una de las principales o más comunes patologías que tienen los adultos mayores, pues esta patología “está presente en al menos 1 de cada 10 personas mayores de 70 años a nivel mundial, siendo la primera causa de hospitalizaciones en adultos mayores y tiene una letalidad asociada a 5 años de un 57%” (Zúñiga, A. Mora, I. 2021). Así lo establece un análisis realizado el año 2021 por la doctora Alejandra Zúñiga, llamado “Insuficiencia Cardíaca ¿Cómo la enfrentamos desde APS?”, el cual hace un énfasis en que la terapia farmacológica (con Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECAS) y/o Beta bloqueadores) entregada por los centros de Atención Primaria de Salud (APS) cumplen con los objetivos que son mejorar la estadía clínica, evitar hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.

La terapia farmacológica siempre debe estar acompañada de un cambio de estilo de vida saludable, para lo cual los Cesfam (Centro de salud familiar), centros de autoayuda, ELEAM (Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores), entre otros, cuentan con actividades de recreación especiales para los adultos mayores. Sin embargo, según una publicación realizada por SENAMA, establece que la participación en organizaciones de la sociedad civil de

personas de 60 años y más es de un 35% aproximadamente, mientras que el 65% restante de adultos mayores no participa.

Según esta información queda un vacío en el conocimiento sobre qué tan efectivas son las actividades de los centros de APS para la promoción de salud de los adultos mayores y prevención de enfermedades como la Insuficiencia Cardíaca. Este puede no ser el único factor, sino que la población en este rango etario desconoce la existencia de estas actividades que favorecen y aumentan su calidad de vida, el hacer actividad física y la relación con otros. Además, existen diversos estudios sobre la calidad de vida de los pacientes con diversas patologías, prevalencia, causas y ciertas diferencias asociadas al género en la Insuficiencia Cardíaca, sin embargo no existe un estudio que relacione la calidad de vida de usuarios que vivan en el sector de buen ingreso económico de Santiago (Sector Oriente) y cómo los factores ambientales, sociales o de educación, pueden afectar en su patología dependiendo de la etapa de la IC en la que se encuentren y con una perspectiva de género. Por todo lo anterior, este estudio pretende llenar este vacío mediante el análisis del ambiente biopsicosocial de la persona y cómo este influye en su calidad de vida.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 45 años diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en las distintas etapas del transcurso de la enfermedad y que pertenezcan al sector oriente de Santiago?

4. Objetivo general

Describir la percepción de la calidad de vida de los pacientes que pertenezcan al sector oriente de Santiago, sobre 45 años con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en las distintas etapas del curso de la enfermedad.

5. Objetivos específicos

1. Reconocer la percepción de calidad de vida en la muestra de estudio según etapa de la IC. Etapa A-B, etapa C y etapa D.
2. Diferenciar la percepción de calidad de vida según una perspectiva de género.
3. Identificar la percepción de los usuarios respecto a su tratamiento farmacológico y cómo este influye sobre su calidad de vida.

6. Metodología

6.1 Diseño del estudio y técnica de investigación

El diseño de este proyecto es mediante un estudio de caso, ya que consiste en una investigación cualitativa profundizada, en la cual se obtuvieron datos relatados directamente desde los usuarios, los cuales pretenden describir una situación real basada en preguntas sobre su calidad de vida con factores de riesgo o propiamente tal con la patología de Insuficiencia Cardíaca. El diseño de este estudio se justifica ya que trata de comprender la realidad de la muestra y entender al usuario desde su propia experiencia.

La técnica de investigación que se aplicó es una entrevista individual semiestructurada, que se caracteriza por un encuentro cara a cara entre el participante y entrevistador brindando el espacio para que la conversación fluya, de esta forma la información que se obtiene es subjetiva, personal y biográfica del usuario. Cabe mencionar que se requiere de una escucha activa por parte del entrevistador, además brindar un ambiente acogedor y una actitud positiva y empática hacia el entrevistado.

De las entrevistas se realizaron 9 de forma presencial en lugares definidos por el participante como, por ejemplo; en sus hogares, en un café, en un lugar que le acomodará al entrevistado. Por otro lado, se realizó 1 de forma online también coordinada previamente con el usuario. Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente 50 minutos los cuales fueron informado en el consentimiento informado previo a la entrevista.

6.2 Universo y tipo de muestreo de estudio

Se levantó información a partir usuarios hombres y mujeres sobre 45 años que tengan diagnóstico de IC o factores de riesgo asociados a la patología, que a su vez sean atendidos en el Sector Oriente específicamente las comunas de Peñalolén, La Reina, Lo Barnechea, Las Condes, Vitacura, Providencia y Ñuñoa. Se pretende pesquisar la realidad local de cada usuario aplicando un muestreo nominado, así los participantes serán seleccionados por el grupo de investigación, obteniendo una muestra de 10 usuarios que cumplan con los criterios de inclusión.

6.3 Estrategia de reclutamiento y selección de participantes

La estrategia de reclutamiento se basa mediante la técnica bola de nieve a través de contacto directo y espontáneo con los usuarios. Se asistió a las municipalidades y Cefam de las comunas ya mencionadas para preguntar sobre personas diagnosticadas con Insuficiencia Cardíaca o personas que padezcan factores de riesgo asociados a esta, grupos de autoayuda cardiovascular o talleres para personas con problemas crónicos. Luego del reclutamiento de usuarios, se les aplicaron preguntas abiertas para saber si cumplen con los criterios de inclusión, además de mencionar que la investigación fue realizada por alumnas de pregrado de enfermería y que existe un protocolo de confidencialidad en el cual todos sus datos personales no serán expuestos ni divulgados, favoreciendo la transparencia del proceso. Una vez aceptado, la entrevistadora se puso en contacto con el participante para fijar una fecha, hora y lugar, y así dar inicio a la entrevista.

6.4 Participantes, criterios de inclusión y exclusión

La selección de los 10 participantes se debe a que este número privilegia el análisis del discurso de la persona, otorgando información de calidad y suficiente para responder a la pregunta del objetivo del estudio. Estas personas fueron elegidas según los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres y hombres mayores o igual de 45 años con diagnóstico de IC o factores de riesgo.
- Residentes de las comunas de Peñalolén, Macul, Ñuñoa, Providencia, La Reina, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea.

- Usuarios que se encuentren en etapa A-B.
- Usuarios en etapa C o D.

En cuanto a los criterios de exclusión estos son los siguientes:

1. Mujeres embarazadas con IC.
2. Consumo de drogas.
3. Usuarios pediátricos.

6.5 Dimensiones del fenómeno de estudio

El guion de las entrevistas cuenta con un total de 10 preguntas, que irán de lo más general a lo más específico. El detalle de la pauta de la entrevista es el siguiente:

1. Pregunta 1 a la 2: Pretende evaluar la percepción individual de salud y si han existido cambios o no, comparado a años anteriores.
2. Pregunta 3 a la 5: Se enfoca en actividades que realiza el individuo en su día a día. Así se podrá evaluar si existe algún cambio o limitación en las actividades que solía hacer previo a su diagnóstico y/o que actualmente hace. Estas preguntas buscan abarcar el área física del individuo.
3. Pregunta 6 a la 8: se obtendrá información sobre la salud mental y cómo se encuentra actualmente en el ámbito social considerando sentimientos como motivación, desgano, por si opta por realizar actividades solo, etc. Con estas preguntas, se podrá recolectar información en base al área emocional y cómo la patología (Insuficiencia Cardiaca) se ha visto reflejada en la calidad de vida del paciente, además realizar una distinción de géneros respecto a lo anterior (pregunta 7).
4. Pregunta 9 a la 10: Busca tener información sobre la autopercepción de su vida laboral y actividades de la vida diaria. Se hablará de los ingresos familiares y si es que se han visto disminuidos desde su diagnóstico médico, así podremos evaluar cuánto influye económicamente (considerando este aspecto como “mucho” o “poco”) en la calidad de vida del usuario.

6.6 La entrevista permitió abarcar todas las dimensiones del estudio, obteniendo información sobre los factores biopsicosociales que influyen en la calidad de vida de las personas acorde a la pregunta de investigación.

6.6 Criterios de rigurosidad

Los criterios de rigurosidad se consideran fundamentales permitiendo que la investigación sea un estudio confiable y veraz. A continuación, se describirán 5 de ellos:

1. **Credibilidad y validez:** Está basada principalmente en el consentimiento informado el cual fue leído y firmado por los participantes que aceptaron ser entrevistados.
2. **Conformabilidad y objetividad:** En esta investigación se realizaron 10 entrevistas, las cuales fueron grabadas y se encuentran respaldadas por transcripciones textuales que garantiza la veracidad de los relatos de los participantes.
3. **Relevancia:** Esto permitió que los participantes tuvieran conciencia de los factores que influyen sobre la calidad de vida con la patología que presentan, así permitiendo que rellene el vacío que existen entre la calidad de vida y la patología.

6.7 Análisis de la información

Para realizar el análisis de información se debe tener en cuenta que es un proceso flexible, iterativo y comprensivo, que inicia desde que comienza la entrevista y que pretende dar significado a fenómenos que influyan en la calidad de vida de la población de estudio. Esto se realizó a través de la narrativa del contenido, es decir, mediante el relato directo de los usuarios. Una vez establecida la hora, fecha y lugar para la entrevista, se entregó el consentimiento informado y se dio inicio a la entrevista. Los pasos fueron los siguientes:

1. **Grabación de la entrevista (con autorización del usuario).**
2. **Luego, se escucharon y transcribieron las entrevistas:** esto permitió pesquisar datos u opiniones que no se hayan registrado en ese momento.
3. **Para continuar se leyeron y organizaron los datos:** mediante enumeración del contenido, dejando comentarios, o destacando la información.

4. Para analizar la información, se realizó una tabla con distintas categorías según las dimensiones del estudio, en base a los objetivos específicos como género, etapa de la enfermedad y uso de fármacos.

Adicionalmente, describimos el ambiente de la entrevista y actitud de los participantes, por ejemplo, si uno de los entrevistados quiso fumar o tomar un café antes o durante de la entrevista. También, se debe describir si el lugar fue tranquilo, ruidoso, sucio, limpio, entre otros. De esta forma, al analizar cada una se obtuvo una comprensión completa y profunda de la información obtenida a través de las entrevistas.

6.8 Limitaciones del estudio

A lo largo de esta investigación se presentaron diversas limitaciones que dificultaron el proceso de investigación y búsqueda de información. Una de ellas fue la autopercepción del tema a investigar, ya que, cada integrante tenía mayor conocimiento sobre la patología por sobre el foco principal de la investigación que es la calidad de vida. Hubo discordancia sobre cómo abordar este tema, sin embargo, el problema se pudo resolver dando una mayor coherencia y cohesión al foco de la investigación.

El replanteamiento del sector de los usuarios a investigar dentro de los criterios de inclusión fue una segunda limitación, ya que estaba la idea de realizar la investigación en un centro de atención primaria (de otro sector de Santiago) en donde se debía tener autorización por parte del centro, la cual no fue recibida. Ante esta situación, se decidió el cambio de localización del foco de población de nuestra entrevista la cual se basó en el Sector Oriente de Santiago en las comunas de; Peñalolén, La Reina, Lo Barnechea, Las Condes, Vitacura, Providencia y Ñuñoa, lo que obtuvo un resultado favorable para la investigación.

Por otro lado, una limitación importante fue el tiempo de duración de las entrevistas, ya que estas a pesar de que fueran de preguntas abiertas, las personas entrevistadas que padecían de etapa más avanzada de la patología (C-D) se cansaban más rápido al hablar por lo que en algunos casos se tuvo que realizar la entrevista en 2 instancias diferentes para poder cumplir con el tiempo estimado de duración de la entrevista.

Otra de las limitaciones que surgieron durante el estudio fue coordinar la fecha y hora de la entrevista, ya que existieron participantes que tenían diversas cosas que hacer, por lo que el tiempo que tenían era reducido, es por esto que se aplazaba mucho las entrevistas.

Otra de las limitaciones y no menos importante es el auto reporte por parte de los usuarios en cuanto a su diagnóstico de insuficiencia cardiaca, ya que no se exigió ningún certificado que acredite la presencia de la enfermedad, por lo que sólo fue aceptada la información entregada por ellos.

Finalmente, la última limitación que surgió que se presenció en el reclutamiento de los participantes fue el compromiso de los entrevistados, ya que, al momento de contactarlos, ocurrieron efectos adversos ya sea; No contestaban el celular, problemas de salud externos como resfriados, poco interés, referían no querer participar en el estudio, entre otras situaciones que a causa de esos motivos fueron un punto fundamental en el proceso de reclutamiento de los participantes.

6.9 Aspectos éticos del estudio

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación, está resguardada por los cuatro principios de la bioética: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia.

Autonomía: Esto se ve reflejado en la investigación, ya que a los participantes se les entregó de manera previa el consentimiento informado, en el cual se explica sencillamente en qué consiste la investigación, cuánto tiempo demora realizar la entrevista, el tipo de preguntas que deberán responder, cuál es el propósito de este estudio y que son libres de retirarse de éste cuando lo deseen sin que ellos se vean afectados. Por lo que ellos tuvieron la decisión de aceptar o no la participación del estudio.

Beneficencia: Esta investigación también cumple con este principio, ya que, al levantar información sobre la calidad de vida en pacientes con IC, el entrevistador puede realizar acotaciones o replantearse cómo intervenir en las personas, por ejemplo, a través de la educación, de esta forma se brindó ayuda a los usuarios.

No maleficencia: Se puede observar en este estudio ya que es una investigación de tipo cualitativa en la que se obtuvo información a partir de testimonios relatados por los entrevistados, sin causar daño o intervenir física o emocionalmente en las personas.

Justicia: También se cumple gracias al consentimiento informado que permite resguardar los derechos y deberes de los participantes, cumpliendo con el respeto y dignidad que merece toda persona independiente de su condición o discapacidad.

Siguiendo con los aspectos éticos, al ser una investigación universitaria de pregrado, este estudio cuenta con el respaldo de la institución, a través de la autorización del comité de ética formado por profesores con experiencia respecto a investigación.

7. Análisis de resultados

De acuerdo al análisis de estos resultados en base a la metodología, se utilizó una tabla en la cual destacan los distintos objetivos de planeamiento, los cuales son: calidad de vida dependiendo de la etapa, género y percepción de los usuarios respecto a su uso farmacológico. En esta se describen las citas más relevantes de cada entrevista que puedan ser útiles para el estudio y obtener los resultados del tema de investigación.

7.1. Reconocer calidad de vida en la muestra de estudio según etapa de la IC. Etapa A-B, etapa C y etapa D.

Luego de analizar las entrevistas, se identificaron fragmentos que evidencian y responden los objetivos específicos de esta investigación. Uno de estos objetivos es la percepción de calidad de vida según su etapa de la enfermedad. Es importante aclarar que la muestra se caracterizó por incluir a hombres y mujeres adultos y adultas, sobre 45 años, que, según la clasificación de funcionalidad de Insuficiencia Cardíaca, se encuentran en las etapas A, B, C y D, las cuales se caracterizan por la evolución crónica de los síntomas de los pacientes.

Aquellos que se identifican en la primera etapa, se puede deducir que han realizado cambios en su estilo de vida, que no se identifican como “buenos” o “malos”. Si bien los usuarios saben que es un cambio a favor de su salud, no se muestran totalmente convencidos de que sólo un cambio en su estilo de vida les ayude a mejorar su situación de salud, como por ejemplo incorporar dietas hiposódicas, o realizar actividad física al menos 3 veces a la semana. Cabe destacar, que los entrevistados que se encuentran en etapas iniciales de la IC (por temas prácticos de este estudio la etapa A y B, según la clasificación de funcionalidad, se considera como solo un grupo de pacientes) se realizaron los mismo exámenes médicos (como coronariografía) en los que se evidencian otras patologías relacionadas al sistema cardiovascular como la Aterosclerosis, que se entiende como “la retención, oxidación y modificación de lípidos en forma de estrías grasas en las paredes de las arterias que posteriormente evolucionan a placas fibrosas que producen engrosamiento de la pared en la arteria afectada, disminuyendo su diámetro interno o luz de manera crónica” (Sarre-Álvarez, D. 2018). Por ejemplo, una de las entrevistadas refiere: *“Eso se pesquisó a través de un holter de presión, que salió algo alterado. Fui al médico que me mandó a hacer un examen especial del corazón para ver cómo estaban las arterias.... En ese examen me salió una pequeña alteración, por lo que el cardiólogo indicó que iniciará tratamiento para la hipertensión arterial”* (mujer, 72 años, etapa B).

Además, se evidenció que existen hábitos en el estilo de vida de las personas, de los cuales si están conscientes del daño que les genera pero que no están dispuestos a cambiarlos, como, por ejemplo, el consumo de cigarro. Es sabido, incluso por el testimonio de los usuarios que el consumo de tabaco es perjudicial para la salud, pues uno de ellos refiere *“he intentado dejar de fumar, pero no, de algo hay que morir”* (hombre, 55 años, etapa A). Hay que considerar que el cigarrillo produce un efecto de relajación, ya que contienen nicotina la cual actúa en los receptores de dopamina en el cerebro produciendo efectos placenteros, favoreciendo una sensación de relajación durante los breaks de trabajo, además de ayudar en la interacción social incidiendo favorablemente en la calidad de vida (Corvalán, M. P. 2017). Este es un factor no menor considerando que el estudio se centra en usuarios sobre los 45 años, y como señala el Informe de Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 sobre el consumo de tabaco, la población que más

uso hace de los cigarros es la población entre 45 y 64 años de edad, prevaleciendo los hombres por sobre las mujeres.

En cuanto a los pacientes que se encuentran en la etapa C y D se pudo observar que no existen mayores diferencias en la calidad de vida a pesar de que el progreso y cronicidad de la patología haya influido en su rutina diaria. *“Antes aspiraba todos los días, los pelos de los perros me molestaban un montón, pero ya no puedo, me canso. Caminar me cansa, ir a comprar a la esquina me agota. Son cosas o actividades que ya lo hago, o a lo más, solo una vez por semana. Admito que me he puesto más sedentaria”* (mujer, 61 años, etapa D) a pesar de los diferentes tratamientos y procedimientos por los cuales han pasado, se puede observar que los usuarios con síntomas como disnea, cansancio al caminar o edema de las piernas, refieren que han influenciado en su rutina diaria, no así en su calidad de vida.

Comentado [AC7]: Igual que en el artículo no se entiende bien la diferencia entre una y otra, mejorar la formulación

7.2. Diferenciar la calidad de vida según una perspectiva de género.

Al indagar sobre la perspectiva de género sobre la enfermedad y cómo los usuarios creen que influye su género en el avance de la patología, se pudo pesquisar que gran parte de ellos cree que hay una diferencia entre los hombres y mujeres, tanto en los factores de riesgo que tiene esta enfermedad, pues refieren *“los hombres comemos más, más grasas, más carnes. Tomamos más alcohol. Me imagino que todas estas situaciones generan que los hombres tengamos más probabilidades de sufrir algo cardíaco. Además, lo que he leído o conversado con amigos médicos es que la enfermedad cardíaca es más común en hombres especialmente en la edad en que a mí me dio un ataque al corazón”* (hombre, 72 años, etapa C). También, se puede notar una diferencia en cuanto a los roles que “deben” cumplir según su sexo, por ejemplo, uno de los entrevistados adulto, hombre de 72 años menciona *“me tuve que aguantar el dolor, fue en la madrugada y no quería despertar ni asustar a mi señora entonces me lo aguante, por eso es que la operación fue más grande”*, optó por aguantarse el dolor opresivo del pecho para no preocupar ni despertar a su señora, por lo que nos demuestra que este hombre no quería demostrarse “débil” por lo que se dejó estar en un proceso grave de un infarto.

En esta misma línea, una de las entrevistadas refiere *“yo creo que, si influye, nosotras las mujeres tenemos muchas cosas, no solo las labores del trabajo, sino también la casa, los hijos, los colegios. Uno siempre anda corriendo para todos lados, en cambio los hombres no. Yo siento que no asumen tantas cosas como las mujeres”* (Mujer de 73 años, etapa A).

Es interesante observar como la diferencia de género influye que cada uno “asume” roles y cargas de manera personal, haciendo evidente los prejuicios sobre los “roles” de género que deben cumplir tanto los hombres como las mujeres, como, por ejemplo, que los hombres deben ser los fuertes o que las mujeres deben cumplir con labores de la casa, cuidar a los hijos o nietos además de trabajar. Estos factores estresantes influyen en la calidad de vida diferenciado por sexo, ya que las mujeres al realizar más tareas en su vida cotidiana sienten más presión por cumplir cada una de ellas, así como los hombres se sienten presionados a ser los “fuertes” y los sostenedores del hogar. Sin embargo, al analizar estas respuestas de forma separada, se puede observar que tanto hombres como mujeres sienten la misma carga que repercute de igual forma en la salud de cada uno.

A pesar de lo anterior, una minoría de las mujeres entrevistadas señala que el género no influye en el transcurso de la enfermedad, *“soy mujer y trabajé harto con cosas pesadas, hubo una época en que solo teníamos la parcela la cual nos salvó para vender y dejar algo para todo”* (mujer, 91 años, etapa B) pues refieren que cuando eran jóvenes realizaban “trabajo pesado” al igual que sus maridos. Con los años, a pesar de sentir los primeros signos y síntomas de la enfermedad, tanto ellas como otras mujeres conocidas de las entrevistadas seguían haciendo los mismos trabajos. Por lo que, a pesar de comenzar con IC seguían realizando la misma labor que los hombres y, por este motivo, [en estos testimonios](#) no habría distinción de género en esta enfermedad.

7.3. Identificar la percepción de los usuarios respecto a su tratamiento farmacológico y cómo este influye sobre su calidad de vida.

El tratamiento farmacológico es fundamental para tratar patologías crónicas como la IC y cualquier otra enfermedad de carácter crónico. Al inspeccionar sobre el uso de medicamentos y la adherencia al tratamiento de los usuarios, se pudo observar que todos los entrevistados son responsables con el cumplimiento de su terapia farmacológica, algunos de ellos refieren *“me tomo los remedios todos los días, no me gusta, pero lo hago igual sobre todo porque me considero una persona desordenada, por lo mismo trato de ser responsable y me tomo todos mis medicamentos en la mañana”* (mujer, 71 años, etapa D). También, se esperaba que los medicamentos fueran de las mismas características incluyendo: antihipertensivo, hipolipemiantes, antiagregantes plaquetarios, depletors de volumen, entre otros *“tomo 5 medicamentos en total: losartán 2 veces por día, atorvastatina, bisoprolol, omeprazol, aspirina”* (hombre, 51 años, etapa D). *“Tomo una cantidad enorme de remedios, pero ya estoy acostumbrado. Tengo un pastillero y un papel que me hizo mi hija”* (hombre, 51 años, etapa D). Además, según estas referencias, es importante destacar que los entrevistados son usuarios polifarmacia (más de cuatro medicamentos al día), por lo que, la gran mayoría de los entrevistados destacan estar disgustos por la cantidad de medicamentos que deben ingerir diariamente. Aun así, a pesar del disgusto, se observa la responsabilidad por cumplir con el tratamiento. En base a esto, se observa que la percepción de los usuarios sobre sus tratamientos farmacológicos influye favorablemente en la calidad de vida de ellos, ya que son conscientes de cómo éstos son gran parte de una muestra de mejora en su salud y patologías de base.

7.4. Otros resultados emergentes.

El consumo de cigarrillos es un factor de riesgo que tienen en común varios de los encuestados. De esta información se observó que hay diferencia entre hombres y mujeres respecto al consumo rutinario de tabaco, pues los participantes que hacen uso de este, independientemente de su sexo, admiten que les ha traído complicaciones en cuanto a los signos y síntomas que presentan relacionados a la Insuficiencia Cardíaca, pero que no ven que afecte su calidad de vida, *“Y es interesante hay que querer dejar el cigarro y yo no quería pensaba: si ya tengo el corazón tan malo, para qué me privan de las cosas que a mí me gustan. Pero eso era antes, cuando vi al broncopulmonar me dio a entender que yo tenía una adicción a la nicotina. Con eso cambié”*

totalmente mi manera de pensar, ahora estoy con parches de nicotina y otros medicamentos que me ayudan. Pase de fumar diariamente 2 cajetillas de 20 cigarros a 10 u 8 cigarros por día, que es lo que fumo actualmente.” (Mujer, 61 años, etapa D).

En cuanto al ingreso económico, si se puede destacar casi la totalidad de participantes coinciden en que ingreso económico es uno de los principales factores que influye positiva o negativamente en la calidad de vida de una persona. El ingreso económico no es parte de los objetivos específicos de este estudio, pero si fue un punto determinante que ayudo a evidenciar cómo es la calidad de vida de los usuarios entrevistados. *“Influye mucho, ósea yo en remedios mensuales tengo un promedio de X mil pesos y son de remedios que no te da el sistema público.” (mujer, 61 años, etapa D).* *“La calidad de vida baja, sobre todo cuando una se jubila. A mi gracias a dios no me ha bajado porque mis hijos tienen buenos trabajos y me ayudan con lo que necesite para complementar mi jubilación. Pero si lo noto en mis amistades, que son jubiladas igual que yo, pero por distintas razones no tienen un apoyo extra, lo noto en su calidad de vida y en la atención de salud que ellas reciben” (mujer, 71 años, etapa D).* Es por esto, que ante la pregunta *¿cree que el ingreso económico influye en la calidad de vida de las personas?* Casi el total de los participantes respondió que sí, ya que facilita el acceso a los tratamientos, medicamentos, reuniones sociales, actividades recreacionales, etc. Cabe mencionar que el ingreso económico facilita el acceso a tratamientos como instalación de marcapasos, ya que al realizarlo de manera particular los tiempos de espera se reducen significativamente, lo que se relaciona directamente con una mejoría en la calidad de vida de los usuarios.

Al comparar la rutina diaria que tenían cada uno de los entrevistados en una etapa pre y postpandemia, coincide que para la mayoría ha habido diferencias y cambios que afectan de manera negativa su salud. Al comparar entre los años 2020-2023 se ha pesquisado un cambio en la calidad de vida de los usuarios, que por consecuencia del encierro y falta de controles en salud se evidencia en que *“en estos últimos años ha habido un descenso en mi capacidad física, me canso más al caminar y hay cosas que ya no hago. Me he puesto más sedentaria, me acuesto más tarde y me levanto más tarde también” (mujer, 61 años, etapa D).* *“Me cambió la vida, estar*

encerrada fue terrible y eso que tengo la suerte de vivir en un espacio grande y sin más gente” (mujer, 91 años, etapa D).

Por último, ante la pregunta *¿cómo usted define su salud actual?*, gran parte de los usuarios respondió que a pesar de su diagnóstico al corazón y/o las patologías de base, tienen una buena salud. Esto se relaciona con que, al realizar la investigación en el sector oriente de Santiago, se detectó que factores como el espacio físico, disponibilidad de áreas verdes, acceso a movilidad, y otros, influye favorablemente en la calidad de vida de los usuarios *“siempre he vivido en esta comuna. Me gusta porque los espacios son grandes y las plazas son lindas. Respecto al CESFAM siempre me han atendido bien, sobre todo al ser FONASA”*. (hombre, 51 años, etapa B).

8. Discusión

La Insuficiencia Cardíaca es una de las patologías que más altera la vida cotidiana de las personas, pues “provoca un impacto negativo en la calidad de vida, tanto en la función física como en la función psicosocial, agravándose el deterioro con el incremento de la clase funcional del corazón” (Castro, J. Cid, L. 2013). Si bien los participantes definen, en general, que su calidad de vida es buena, si existe un deterioro en las capacidades funcionales de cada uno, viéndose reflejado en la disminución de actividades diarias, el pasar más tiempo de ocio, e incluso en cambios de mentalidad que los ha obligado a cambiar de rutina, como, por ejemplo, disminuir los días de aseo de la casa y/o redistribución de los tiempos en cuanto a los controles o trámites personales. Se debe considerar que el rango etario de los participantes inicia desde los 45 años, es decir, se estudió a adultos sin alteraciones físicas ni mentales importantes que les impida trabajar, y que, según Indicadores de subutilización de la fuerza de trabajo en Chile del INE, establece que el rango etario de mayor productividad es entre los 25 y 55 años. Esto, relacionado con el diagnóstico de una patología crónica que se caracteriza por presentar signos y síntomas que dificulta las actividades diarias (sobre todo cuando se encuentra descompensada), justifica los cambios de rutina en base a una disminución en la calidad de vida de los usuarios.

Sin embargo, al preguntar sobre algunos hábitos se pueden observar dos cosas: en primer lugar, relacionado con el consumo de cigarros, las mujeres se mostraron más receptivas a realizar cambios en el consumo de éstos en comparación con los hombres. Según la Encuesta Nacional de Salud que evalúa el consumo de tabaco en el año 2016 y 2017, la cantidad de hombres que fuman es mayor en comparación con la cantidad de mujeres que hacen uso de este. En segundo lugar, se pudo observar que todos los usuarios tienen un hábito y horarios para sus medicamentos, incluso en aquellos que solo tienen factores de riesgo o se encuentran en etapas iniciales. La polifarmacia, presente en todos los usuarios consta del uso de al menos cuatro medicamentos distintos, los cuales suelen ser: antihipertensivos de distintas familias, antiagregantes plaquetarios, y/o depletors de volumen. A medida que la cronicidad de la enfermedad progresa, no solo suelen adicionarse otros fármacos como betabloqueantes, sino también aumenta la probabilidad del paciente a ser candidato a la instalación de Marcapaso.

Según lo anterior, el acceso al tratamiento, independiente de si la persona es FONASA o ISAPRE, está influenciado por los ingresos económicos per cápita. Si bien, esta área (ingreso económico) no es parte de los objetivos específicos de este estudio, si es un área en que todos los participantes coinciden en que influye en la calidad de vida de cada uno ya que les brinda seguridad y acceso a otros tratamientos y/o medicamentos de mayor costo.

Contar con tiempo extra para realizar actividades de ocio, o no ser responsable de terceros, favorece la calidad de vida de las personas. Esto, ayuda a que los usuarios se mantengan activos aumentando la autoestima, confianza, y mantengan su independencia, siendo todos estos factores protectores de la salud mental. Cabe resaltar, que estos privilegios son favorecidos por las comunas en las cuales se realizó el estudio, ya que el sector oriente de Santiago tiene los mejores índices de calidad de vida de la Región Metropolitana, del cual forman parte las comunas de Vitacura, Las Condes y Providencia.

9. Conclusión

Esta investigación surgió con el propósito de pesquisar cómo los pacientes con Insuficiencia Cardíaca definen su calidad de vida, pudiendo pesquisar factores internos como la disposición a realizar cambios, como factores externos como el ambiente, familia e ingreso económico. Estos factores influyen en el afrontamiento de los usuarios ante una patología crónica, la cual tiene una repercusión negativa en la calidad de vida de las personas. En este sentido, se alcanzaron los objetivos de reconocer la percepción de calidad de vida en distintas etapas de la enfermedad, establecer la calidad de vida de los usuarios según una perspectiva de género y tener información de cómo su tratamiento farmacológico influye en la calidad de vida de los pacientes. Durante el proceso de la investigación, ocurrieron ciertas limitantes como el replanteamiento del sector de estudio, el reclutamiento de los usuarios, la coordinación entre entrevistador-entrevistado debido a la diferencia de tiempo que disponía cada uno, el auto reporte de los usuarios, o la subrepresentación del género masculino. A pesar de esto, los resultados fueron positivos pudiendo cumplir con los objetivos anteriormente nombrados, incluso se generó un vacío de conocimiento ya que no se logró pesquisar cómo la familia influye en los cuidados de los usuarios, si éstos participan activamente de talleres comunales de recreación y ocio, o bien, cómo en la percepción de calidad de vida en usuarios que habitan en otros sectores de Santiago. Por lo mismo surgen nuevas interrogantes como por ejemplo ¿Cómo influyen las redes de apoyo de los usuarios en el progreso de la Insuficiencia Cardíaca? O ¿Cómo usuarios de toda la Región Metropolitana definen su calidad de vida relacionado con la comuna en la cual viven?

Este estudio ayuda a evidenciar que la calidad de vida de los usuarios se altera ante el diagnóstico de una patología crónica, es por esto que el rol de enfermería en el cuidado de las personas es indispensable para dar a entender la importancia de la enfermedad y evitar su progreso. Las intervenciones deben realizarse, en primer lugar, de manera personalizada ya que el enfoque de género influye y determina el afrontamiento de los pacientes ante el diagnóstico de cada etapa, y a su vez, se debe tener en cuenta que la percepción de calidad de vida de cada usuario es un factor protector que ayuda a los usuarios a mantener una actitud positiva ante el enfrentamiento y progreso de la enfermedad.

Comentado [AC8]: Igual que en el artículo, hay una confusión entre vacío de conocimiento y nuevas preguntas

10. Referencias

Alonso, I. (2019, 17 mayo). El 50% de los pacientes con insuficiencia cardiaca no sabe que el ejercicio puede ser un tratamiento para su enfermedad. *Fundación Española del Corazón*.
<https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/3369-el-50-de-los-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-no-sabe-que-el-ejercicio-puede-ser-un-tratamiento-para-su-enfermedad.html>

Canals, B. Belloni, C. (2022, junio). Envejecimiento en Chile: diagnóstico y consulta ciudadana. *SENAMA, Ministerio de Desarrollo Social, Vol (1). 41*
<https://www.senama.gob.cl/storage/docs/LIBRO - Envejecimiento en Chile - Diagnostico y Consulta Ciudadana -web.pdf>

Comín-Colet, J. Anguita, M. Formiga, F. Almenar, L. Crespo-Leiro, M. Manzano, L. Muñiz, J. Chaves, J. De Frutos, T. Enjuanes, C. (2016, marzo). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. *Revista Española de Cardiología*, vol.69 (3), 256-271. ScienceDirect.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893215005345>

Corvalán, M. P. (2017, septiembre). *El tabaquismo: una adicción*, vol 33 (3). Scielo.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300186

Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Isapres, Gobierno de Chile. (2006, enero). *Estado De Salud De Beneficiarios Del Sistema De Salud De Chile: 2004 -2005*.
http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-1062_recurso_1.pdf

Díaz-Toro, F. Nazzari, C. Verdejo, H. (2017, junio) Incidencia y letalidad intrahospitalaria por insuficiencia cardíaca en Chile: ¿Existen diferencias por sexo?. *Revista Médica Chile*, vol (145). 703-709. Scielo.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n6/0034-9887-rmc-145-06-0703.pdf>

Fundación española del corazón. *Insuficiencia cardíaca*.

<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>

Gama, G. G. G. Pinho Landim de Moura, C. Santos, A. Bomfim da Silva, F. (2021, 1 noviembre). Calidad de vida y autocuidado: concepciones de individuos con insuficiencia cardíaca. *Index enfermería*, 29(4). Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962020000300004&script=sci_arttext&tlng=pt

González, M. Pedrero, V. (2013, mayo). Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev. Chil Cardiol*, vol. 32(2), 134-140. Scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602013000200008

Hernández, L. J. Ocampo, J. Ríos, D. S. Calderón, C. (2017, mayo- junio). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de salud pública*, 19 (3), 393. Scielo. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/>

Herrera, D. Huaracán, V. Inostroza, D. (2019, agosto). Indicadores de subutilización de la fuerza de trabajo en Chile: evidencia a partir de la Encuesta Nacional de Empleo. (46). <https://www.ine.gob.cl/inicio/documentos-de-trabajo/documento/indicadores-de-subutilizaci%C3%B3n-de-la-fuerza-de-trabajo-en-chile-evidencia-a-partir-de-la-encuesta-nacional-de-empleo>

Instituto Nacional de Estadísticas. *Adaptado de Principales resultados VIII encuesta de presupuestos familiares*. (2018, junio) [https://www.ine.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/viii-epf---\(julio-2016---junio-2017\)/presentacion-del-director-nacional-sobre-resultados-viii-epf.pdf?sfvrsn=701d6d92_2](https://www.ine.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/viii-epf---(julio-2016---junio-2017)/presentacion-del-director-nacional-sobre-resultados-viii-epf.pdf?sfvrsn=701d6d92_2)

Martínez, M. Gallardo, I. (2018, agosto). Explicaciones no atendidas sobre las brechas de género en la enfermedad cardiovascular ¿Cómo entender diferencias de género en el infarto de miocardio?. *Revista Médica Chile*. Vol (146). 921-926. Scielo.
<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v146n8/0034-9887-rmc-146-08-0921.pdf>

Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente?. *Rev Cari Psicol* [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 3 de julio de 2023];4(2):143-52. Disponible en: <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4907>

Ministerio de salud. (2015). *Guía clínica Insuficiencia Cardíaca*
https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/GUIA-CLINICA-INSUFICIENCIA-CARDIACA_web.pdf

Ministerio de desarrollo social y de familia. (2020). *Índice de hacinamiento de la vivienda Total, Chile y sus regiones*.

<https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fichaIndicador/649/1>

Ministerio de desarrollo social y familia. Observatorio social. *¿Cómo se mide la pobreza social en Chile?*. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/preguntas-frecuentes#:~:text=Los%20hogares%20que%20se%20encuentran,les%20corresponde%20en%20cada%20dimensi%C3%B3n>

Ministerio de Salud (2012, 19 de enero). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.*

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Molina, J. Rossel, V. Bravo, C. (2012, junio). Protocolo de referencia y contrareferencia Insuficiencia Cardíaca. *Dirección Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Vol (1).* 1-14.

<https://www.saludorientec.cl/websaludorientec/wp-content/uploads/2020/09/InsuficienciaCardiaca-1.pdf>

Noreña, A. Alcaraz-Moreno, N. Rojas, J. Rebolledo-Malpica, D. (2012, septiembre). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Vol 12 (3).* 263-274

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006

Novartis. (2018, 17 de abril). *Insuficiencia cardíaca se esconde tras síntomas comunes.*

<https://www.cac.novartis.com/news/media-releases/insuficiencia-cardiaca-se-esconde-tras-sintomas-comunes>

Orellana, A. (2016-2018). Índice de Calidad de Vida Urbana. *Instituto de estudios urbanos y territoriales, Universidad Católica de Chile.*

<https://estudiosurbanos.uc.cl/en/investigacion/indice-de-calidad-de-vida-urbana-icvu-2018/>

Orellana, A. Truffello, R. Moreno, D. (2021). Índice de calidad de vida urbana. *Facultad de arquitectura, diseño y estudios urbanos, Universidad Católica de Chile*

<https://estudiosurbanos.uc.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-Ejecutivo-ICVU-2021-1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018, 23 agosto). *Género y salud.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud: resumen de orientación*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279743/WHO-CED-PHE-18.10-spa.pdf>

Ramos, L. E. (2015, febrero). *La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas*. Rev Cubana Angiol Cir Vasc vol.16 no.2.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006

Rojas, F. Rodríguez, L. Rodríguez, J. (2022, septiembre). Envejecimiento en Chile: evolución, características de las personas mayores, y desafíos demográficos para la población. *Instituto Nacional de Estadísticas de Chile*, 73
https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/documentos-de-trabajo/documentos/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf?sfvrsn=b76bd496_4

Sarre-Ávarez, D. Cabrera-Jardines, R. Rodríguez-Weber, F. Díaz-Greene, E. (2018, noviembre). *Enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Revisión de las escalas de riesgo y edad cardiovascular*, vol 34 (6). Scielo.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000600010#:~:text=La%20aterosclerosis%20es%20un%20proceso,de%20las%20arterias%20que%20posteriormente

Urrutia, I. Ruiz-Tagle, J. (2019, 21 de enero). Hacinamiento y bienestar psicológico: el impacto asimétrico de las trayectorias de hacinamiento sobre la depresión. *[Postgrado. Universidad de Chile]*.
https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/175654/IUrria_TESIS.pdf?sequence=1&isAllo

[wed=y#:~:text=Se%20ha%20documentado%20que%20el,de%20eficiencia%20en%20la%20ec
onom%C4%B1a \[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007\]\(https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007\)](#)

Zúñiga, A. Mora, I. (2021, agosto). *Insuficiencia Cardíaca ¿cómo la enfrentamos desde APS?* Investigación Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/08/articulo-insuficiencia-cardiaca-medfamuc.pdf>

10. Anexos

10.1 Autoevaluación del grupo

Cambios al protocolo a lo largo del curso.

En el transcurso de la investigación, se tuvo que hacer cambios en cuanto a la pregunta y objetivos para darle un enfoque en cuanto a la calidad de vida de los pacientes con IC. En un principio lo enfocamos a la adherencia al tratamiento, pero se tomó la decisión de incluirla dentro de la calidad de vida como tal. Sumado a lo anterior se cambió los objetivos ya que como se mencionó anteriormente no estaba enfocado en lo principal que es la calidad de vida. Estos cambios surgieron debido a que en conjunto con nuestro tutor a cargo se logró definir la pregunta del estudio acorde a los intereses de cada usuario.

Nuestras fortalezas como grupo son:

- La distribución de roles dentro del grupo
- El compromiso con la investigación
- Actitud positiva frente a cambios
- Buena respuesta ante situaciones críticas
- Buena comunicación como grupo

Debilidades

- Falta organización del tiempo
- Inexperiencia en ámbitos de investigación, nos ha dificultado el tema de las fuentes de búsqueda, formas de citar.



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Enfermería

- Falta de comunicación
- Ansiedad y estrés por realizar la investigación a la par de las prácticas clínicas de otros cursos.

Aspectos a mejorar

- Comenzar el trabajo con anticipación y así revisar los trabajos con calma
- Organizar de manera más efectiva los tiempos para la investigación y para los otros cursos
- Control de la ansiedad y el estrés

10.2 Guion preguntas entrevista.

Investigación de Pregrado: Calidad de vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología

Cuestionario Preguntas Abiertas

Las siguientes preguntas se refieren a la percepción de salud actual y si existen cambios comparado con otros años

1. ¿Cómo definiría usted su salud actual? y ¿Cómo lo definiría si compara entre el año 2019 y el 2022 volviendo a la rutina normal postpandemia?
2. ¿Qué factores cree usted que influyen en la calidad de vida de una persona? ¿Por qué?

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. ¿Cómo limita su diagnóstico en la realización de actividades cotidianas que solía hacer antes? ¿Qué actividades fueron limitadas y por qué?
4. ¿Cómo se ha sentido en este último año y qué cambios ha notado?
5. ¿Quién se encarga de las tareas en la casa? y eso, ¿Cómo influye en sus controles de salud? Ej. Nivel de estrés, tiempo, ánimo, etc.

Las siguientes preguntas se refieren a problemas sobre la salud mental y en cuanto al ámbito social considerando los sentimientos

6. ¿Usted está a cargo de un tercero en su familia? (hijos o adulto mayor), ¿Cómo distribuye su tiempo para su cuidado personal? Ej. Asistir a controles de salud, actividad física, entre otras.
7. ¿Cómo cree usted que influye su género en el curso de su enfermedad?
8. ¿Usted considera que su enfermedad (o condición de salud) influye en sus actividades sociales, por ejemplo; Compartir con familia, estar amigos, etc.
Respuesta es Sí: ¿Cómo influye?
Respuesta es No: ¿Cómo participa?

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

9. ¿Qué actividad laboral desempeña? y, ¿Cómo impacta en su condición de salud (diagnóstico) con esta actividad?
10. ¿Qué influencia cree que tienen los ingresos económicos que usted dispone sobre su calidad de vida con IC?
* Si la respuesta es "nos dispone" --> nosotras indagaremos cómo le afecta esa situación.

10.3 Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE



Investigación de Pregrado: Calidad de vida en paciente con insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología

Nombre de los participantes

Investigadores: Sofía Gutiérrez, Catalina Araya, María Jesús Guajardo, Macarena Quevedo y Constanza Arriagada
Tutor responsable de la investigación/estudio: Alejandra Carreño

Introducción y objetivo

La siguiente investigación consiste en pesquisar la percepción de la calidad de vida en usuarios de la Red Asistencial del servicio Metropolitano Oriente, sobre 45 años con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca (IC) desde una perspectiva de género y en las distintas etapas de la enfermedad.

¿Quiénes pueden participar en este estudio?

Los usuarios mayores de 45 años de sexo femenino o masculino que presenten el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca o factores de riesgo como enfermedades de base (Hipertensión, Colesterol alto) u otros síntomas asociados y/o antecedentes personales de infarto al corazón, accidentes cerebro vasculares, entre otros. Por otro lado, están incluidos los usuarios que residen en la Red Asistencial Metropolitana Oriente: Peñalolen, Macul, Ñuñoa, Providencia, La Reina, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea.

Procedimientos del estudio.

El contacto con los usuarios ha sido obtenido a través de contacto directo con las personas y espontáneo con los pacientes. Si desea ser parte de este estudio, el procedimiento a seguir es realizar una entrevista en la cual se harán preguntas abiertas que abordarán los siguientes temas de calidad de vida: salud física (dolor corporal, salud general), salud mental (vitalidad, estado emocional) y situación económica (acceso a medicamentos, disponibilidad de recursos, acceso a servicio de salud, controles).¹

1. La entrevista será transcrita y analizada para la obtención de datos, además de que será de carácter anónimo.

La duración de la entrevista es de un mínimo 30 minutos y un máximo de 50 minutos.

¹ Algunas de estas preguntas son modificadas del cuestionario de calidad de vida llamado SF-36



Riesgos y beneficios.

En esta investigación no presenta riesgos asociados a su participación por ser un estudio de tesis de pregrado. En cuanto a los beneficios, se realizará una educación breve, dentro del tiempo de la entrevista sobre hábitos saludables de alimentación, realización de actividad física, hábitos como tabaco, alcohol y/o refuerzo positivo de los buenos hábitos, contribuyendo en el conocimiento de la enfermedad que podría ser fundamental para evaluar y potenciar algunos cambios en los hábitos de salud de personas que tengan Insuficiencia Cardíaca.

Costos para el participante.

Usted como participante no tendrá que aportar con ningún costo al acceder participar de esta investigación.

Participación voluntaria y confidencialidad.



Es importante recalcar que la participación de usted es absolutamente libre, voluntaria y confidencial. Si opta por no seguir siendo parte de esta investigación, se puede retirar en cualquier momento y no se utilizarán sus datos de las encuestas ya respondidas. Por otro lado, todos los datos personales utilizados serán manejados solo por nuestro equipo y será de forma anónima. Esta investigación no tendrá ninguna repercusión en su atención médica y seguimiento de su tratamiento.

Si usted decide participar en este estudio, tendrá la posibilidad de leer las preguntas, hacernos preguntas y decidir si desea contestarla o no, sin ninguna represalia o sanción. Los resultados de esta investigación serán comunicados a usted, al igual que una copia de este consentimiento informado con su firma y fecha.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pre Grado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CEC PG).

En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (carayav@udd.cl), Constanza Arriagada (coarriagadas@udd.cl), María Jesús Guajardo (maquajardob@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sogutierrezb@udd.cl), Macarena Quevedo (macquevedos@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avaldesv@udd.cl.

Está información es para usted, guárdela una vez leída.

REGISTRO DE EXPRESIÓN DE VOLUNTAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Investigación de Pregrado: Calidad de vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Calidad de vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que, en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

 Rechazo participar en este proyecto de investigación.



Nombre y Firma Participante: Luis Fernando S. Jimenez

Declaración del Investigador:
 El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante o su Representante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre del investigador que toma CI: Marcos Quiroga S.

Firma del investigador: [Firma] Fecha de la firma: 29/04/23

Autoridad institucional que autoriza: Universidad del Desarrollo

REGISTRO DE EXPRESIÓN DE VOLUNTAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Investigación de Pregrado: Calidad de vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Calidad de vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que, en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

 Rechazo participar en este proyecto de investigación.



Nombre y Firma Participante: Marcos Quiroga S.

Declaración del Investigador:
 El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante o su Representante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre del investigador que toma CI: Marcos Quiroga S.

Firma del investigador: [Firma] Fecha de la firma: 09/06/2023

Autoridad institucional que autoriza:

En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (caraya@udd.cl), Constanza Arriagada (coarriagada@udd.cl), María Jesús Guajardo (mguajardo@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sofiegutierrez@udd.cl), Macarena Quevedo (macaquevedo@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avaldes@udd.cl.

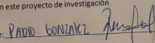
Esta información es para usted, guárdela una vez leída.



- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

Rechazo participar en este proyecto de investigación.

Nombre y Firma Participante: PADO TORREALBA 

En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (caraya@udd.cl), Constanza Arriagada (coarriagada@udd.cl), María Jesús Guajardo (mguajardo@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sofiegutierrez@udd.cl), Macarena Quevedo (macaquevedo@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avaldes@udd.cl.


Esta información es para usted, guárdela una vez leída.



- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

Rechazo participar en este proyecto de investigación.

Nombre y Firma Participante: FERNANDA ARD 

En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (caraya@udd.cl), Constanza Arriagada (coarriagada@udd.cl), María Jesús Guajardo (mguajardo@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sofiegutierrez@udd.cl), Macarena Quevedo (macaquevedo@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avaldes@udd.cl.


Esta información es para usted, guárdela una vez leída.



- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

Rechazo participar en este proyecto de investigación.

Nombre y Firma Participante: Mate Abaza 

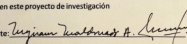
REGISTRO DE EXPRESIÓN DE VOLUNTAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Investigación de Pregrado: Calidad de vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología.

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Calidad de vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca desde una perspectiva de género y en distintas etapas de la patología".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que, en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.


Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

Rechazo participar en este proyecto de investigación.

Nombre y Firma Participante: Regina Rodríguez A. de la Cruz 

Declaración del Investigador:
 El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante o su Representante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre del Investigador que toma CI: Constanza Arriagada
 Firma del Investigador:  Fecha de la firma: 6/5/2023



En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (carayav@udd.cl), Constanza Arriagada (coarriagadas@udd.cl), María Jesús Guajardo (maguajardob@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sogutierrezb@udd.cl), Macarena Quevedo (macquevedos@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avaldesv@udd.cl.

Esta información es para usted, guárdela una vez leída.

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre y Firma Participante: Raúl Mondaca 



En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (carayav@udd.cl), Constanza Arriagada (coarriagadas@udd.cl), María Jesús Guajardo (maguajardob@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sogutierrezb@udd.cl), Macarena Quevedo (macquevedos@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avaldesv@udd.cl.

Esta información es para usted, guárdela una vez leída.

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

Acepto participar en este proyecto de investigación.

Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre y Firma Participante: Lucía Donoso Jiménez 



En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (caraya@udd.cl), Constanza Ariagada (coarriagada@udd.cl), María Jesús Guajardo (mguajardob@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sogutierrez@udd.cl), Macarena Quevedo (macquevedo@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avalde@udd.cl.

Esta información es para usted, guárdela una vez leída.

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibí una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

- Acepto participar en este proyecto de investigación.
- Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre y Firma Participante: María Angélica Valdés S.

M. Valdés



En caso de dudas y más información se puede comunicar con Catalina Araya (caraya@udd.cl), Constanza Ariagada (coarriagada@udd.cl), María Jesús Guajardo (mguajardob@udd.cl), Sofía Gutiérrez (sogutierrez@udd.cl), Macarena Quevedo (macquevedo@udd.cl) Estudiantes de Enfermería y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email avalde@udd.cl.

Esta información es para usted, guárdela una vez leída.

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Percepción de calidad de vida en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca y su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibí una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi atención médica y seguimiento del tratamiento.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

- Acepto participar en este proyecto de investigación.
- Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre y Firma Participante: *Carayá*

10.4 Carta Gantt

Nombre de actividades	marzo 2022	abril 2022	mayo 2022	junio 2022	julio 2022	agosto 2022	septiembre 2022	octubre 2022	noviembre 2022	diciembre 2022
Definir tema de investigación	x									
Formulación de pregunta de investigación	x									
Formulación metodología cualitativa		x								
Curso de buenas practicas CEC			x	x	x	x				
Formulación consentimiento informado								x		
Formulación preguntas de entrevista								x		
Comunicarse con expertos								x		
Aprobación comité de ética									x	
Reclutamiento de usuarios										x
Realización de entrevista									x	x
Nombre de actividades	marzo 2023	abril 2023	mayo 2023	junio 2023	julio 2023					
Reclutamiento usuarios	x									
Realización de entrevistas	x	x								
Análisis		x	x	x						
Entrega informe final				x						
Defensa de tesis						x				

Autor y año	Propósito	Muestra	Mediciones	Tratamiento	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos (hallazgos)
OMS. (2018, agosto)	Relación entre género y salud sanitaria, igualdad de género en salud	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Hernández, L. J. Ocampo, J. Ríos, D. S. Calderón, C. (2017, 1 de junio)	El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica



<p>Gama, G. G. G. Pinho Landim de Moura, C. Santos, A. Bomfim da Silva, F. (2021, 1 noviembre)</p>	<p>Calidad de vida y autocuidado : concepcion es de individuos con insuficiencia cardiaca.</p>	<p>La muestra fue constituida por 21 sujetos</p>	<p>El instrumento de colecta de datos fue compuesto por cuestiones relacionadas con características socioeconómicas y demográficas, datos clínicos; aspectos y concepciones acerca de la IC, calidad de vida y autocuidado. Se utilizó el Análisis de Contenido de Bardin.</p>	<p>Tratamiento clínico o cirugía cardíaca</p>	<p>En este muestreo, el 23,8% obtuvieron el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en torno de 6 a 10 años antes, pero el 47,6% nunca tuvieron la necesidad de internación hospitalaria para control de la enfermedad.</p>	<p>Se constató que individuos con IC hacen referencia a la disminución en la calidad de vida frente al diagnóstico de la enfermedad, reconocen la importancia del autocuidado y la dificultad en ponerlo en práctica.</p>
--	--	--	--	---	---	---

<p>González, M. Pedrero, V. (2013, mayo).</p>	<p>Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca.</p>	<p>La búsqueda inicial dio como resultado 99 artículos, 40 artículos fueron seleccionados para esta revisión bibliográfica por tratarse de estudios randomizados controlados, meta-análisis o revisiones sistemáticas.</p>	<p>Se consultó las bases de datos Pubmed, Cochrane library, Proquest y CINHALL entre mayo y junio del 2011, encontrándose 99 artículos de los cuales se seleccionaron 40 (estudios randomizados controlados, metaanálisis y revisiones sistemáticas) publicados en los últimos 10 años.</p>	<p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>Existe evidencia que una estrategia multidisciplinaria y holística como la efectuada por Capomolla et al., es capaz de reducir cerca de un 70% las readmisiones hospitalarias (86% de readmisiones en el grupo control versus 14% en el grupo intervención (p<0,00001).</p>	<p>Intervenciones multidisciplinarias de tipo educativo y aquellas orientadas a mejorar la condición física tienen efecto positivo en mejorar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Ello se relaciona con una disminución del riesgo de rehospitalización.</p>
---	---	--	---	----------------------------------	---	--

Comín-Colet, J. Anguita, M. Formiga, F. Almenar, L. Crespo-Leiro, M. Manzano, L. Muñiz, J. Chaves, J. De frutos, T. Enjuanes, C. (2016, marzo)	Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC.	1.037 pacientes ambulatorios consecutivos con insuficiencia cardiaca sistólica.	Estudio multicéntrico transversal de calidad de vida relacionada con la salud aplicando un cuestionario específico (<i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i>) y otro genérico (EuroQol-5D) a 1.037 pacientes ambulatorios consecutivos con insuficiencia cardiaca sistólica.	Tratamiento farmacológico	La correlación entre las puntuaciones totales de ambos cuestionarios fue muy alta (r de Pearson = 0,815; $p < 0,001$). Con regresión lineal multivariable, se observó que mayor edad (β estandarizado $a = -0,2$; $p = 0,03$), sexo femenino (β estandarizado $a = -10,3$; $p < 0,001$), peor clase funcional (β estandarizado	Los pacientes con peor calidad de vida presentaron en su mayoría datos asociados a peor pronóstico y mayor gravedad de la enfermedad. Los pacientes del estudio presentaron mayor incidencia de limitaciones en movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión cuando se realizó una comparación externa con
--	---	---	---	---------------------------	---	--



				<p>a = -20,4; p < 0,001), mayor comorbilidad según índice de Charlson (β estandarizado a = -1,2; p = 0,005) y el ingreso reciente por insuficiencia cardiaca (β estandarizado a = 6,28; p = 0,006) son factores independientes predictores de peor calidad de vida relacionada con la salud.</p>	<p>población general y con pacientes con otras afecciones crónicas.</p>
--	--	--	--	---	---



<p>López, J. Cid, L. Fernández, V. Faile, J.M. Almazán, R. 2013, Noviembre.</p>	<p>Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36.</p>	<p>Se estudió la calidad de vida en 50 pacientes (60% hombres).</p>	<p>Se diseñó un estudio de cohorte, observacional y prospectivo con los supervivientes del Grupo de Estudio EPICOURE a los que se les realizó control clínico-evolutivo y cuestionario SF-36.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Muestra inicial de 384 pacientes seleccionados en el Grupo de Estudio EPICOUR 194 pacientes fallecieron en los primeros 24 meses de seguimiento y de los supervivientes solamente acudieron al hospital a realizar el cuestionario de calidad de vida 50 pacientes (25,8%).</p>	<p>Al analizar el SF-36 se observó que los resultados fueron más bajos en la esfera física que en la esfera mental. La calidad de vida empeoraba a medida que aumentaba la clase funcional. Al comparar los pacientes con la población general para el mismo sexo y edad, los pacientes con insuficiencia cardíaca mostraron</p>
---	--	---	---	------------------	--	--



						puntuación inferior en todas las escalas.
--	--	--	--	--	--	---



Alonso, I. (2019, 17 mayo)	El 50% de los pacientes con insuficiencia cardíaca no sabe que el ejercicio puede ser un tratamiento para su enfermedad.	No aplica	No aplica	Tratamiento no farmacológico. Tratamiento con actividad física.	El 50% de los pacientes con diagnóstico de IC desconoce que la actividad física es un tratamiento para la patología según estudios realizados por Heart Failure Association.	La mitad de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca no sabe que el ejercicio es un tratamiento para la patología.
Novartis. (2018, 17 de abril).	Insuficiencia cardíaca se esconde tras síntomas comunes.	No aplica	No aplica	No aplica	1 de cada 5 personas sobre 40 años serán diagnosticadas con Insuficiencia cardíaca	Gran parte de la población en Costa Rica sobre 40 años será diagnosticada con Insuficiencia Cardíaca

Ministerio de desarrollo social y de familia. (2020).	Índice de hacinamiento o de la vivienda.	No aplica	No aplica	No aplica	3,4% de la población en 2017 califica en situación de pobreza multidimensional.	No aplica.
Urrutia, I. Ruiz-Tagle, J. (2019, 21 de enero)	Hacinamiento y bienestar psicológico: el impacto asimétrico de las trayectorias de hacinamiento o sobre la depresión.	La muestra cuenta con 10.292 individuos mayores de 18 años y es extensible a la población adulta del país.	Se construyó un índice de síntomas depresivos basado en este cuestionario. Las preguntas tienen que ser respondidas mediante un Sí o un No. Si la respuesta va en dirección depresiva se asigna un valor de 1 a	no aplica.	no aplica.	En la mayoría de los encuestados se vio afectada la salud mental por el hacinamiento.



			esa pregunta y un 0 en caso contrario			
Instituto nacional de estadística, Junio 2018	Principales resultados VIII encuesta de presupuesto s familiares,	Del total de hogares a encuestar , se logró obtener datos de 15.239.			Como resultado sustentador del hogar por sexo en el total de capitales regionales el 37,6% corresponde a las mujeres y el 62,4% corresponde a hombres	Al analizar los resultados se puede identificar que los hombres son el principal sustento económico del hogar



Fundación Española del Corazón, s/f	Definir fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la IC.	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Organización Panamericana de la Salud, 2004	Definir la adherencia a los tratamientos a largo plazo y definir una reseña de esto en enfermedades más prevalentes.	no aplica	No aplica	No aplica	no aplica	No aplica



Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. 2005, Abril	Revisión de artículos en bases de datos como PubMed que han utilizado el cuestionario SF-36 para verificar su fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio en las distintas investigaciones.	79 artículos de los cuales se utilizaron 17, los cuales describen características métricas del cuestionario.	El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de calidad de vida relacionada con salud (CVRS).	No aplica	No aplica	No aplica
--	--	--	---	-----------	-----------	-----------



Zúñiga, A. Mora, I. 2021, Agosto	Artículo en el cual se explica cómo optimizar el primer enfrentamiento de pacientes con sospecha de IC para su correcto diagnóstico desde una mirada de APS.	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
---	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Noreña, A. Alcaraz- Moreno, N. Rojas, J. Rebolledo- Malpica, D. 2012	Realizar una reflexión acerca de cómo garantizar la calidad de un estudio cualitativo.	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
--	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Rojas, F. Rodríguez, L. Rodríguez, J. (2022, septiembre)	Envejecimiento en Chile: evolución, características de las personas mayores, y desafíos demográficos para la población.	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
--	---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Canals, B. Belloni, C. 2022, Junio.	Envejecimie nto en Chile: diagnóstico y consulta ciudadana.	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
---	---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Molina, J. Rossel, V. Bravo, C. 2012, junio	Protocolo de referencia y contrareferencia Insuficiencia Cardíaca. <i>Dirección Servicio de Salud Metropolitana Oriente.</i> Vol (1). 1-14.	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
--	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Orellana, A. (2016- 2018).	Índice de Calidad de Vida Urbana. <i>Instituto de estudios urbanos y territoriales, Universidad Católica de Chile.</i>	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
----------------------------------	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Orellana, A. Truffello, R. Moreno, D. (2021).	Índice de calidad de vida urbana. <i>Facultad de arquitectura, diseño y estudios urbanos, Universidad Católica de Chile</i>	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
--	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Ramos, L. E. (2015, febrero)	<i>La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas.</i>	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	La falta de adherencia o su baja presentación priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar.
------------------------------	---	-----------	-----------	-----------	-----------	---