



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

**Facultad de Enfermería -Programa de Magíster en Enfermería**

**AUTOMANEJO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO,  
APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SU RELACIÓN CON INDICADORES DE  
IMPACTO EN PERSONAS CON MULTIMORBILIDAD**

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción  
para optar al grado académico de Magíster en Enfermería.

**POR: RICHARD ANDRÉS RIFFO PARRA**

**PROFESORA GUÍA: DRA. MARÍA ELENA LAGOS GARRIDO**

Noviembre 2025

Concepción, Chile

© 2025. Richard Andrés Riffo Parra.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Este estudio está dedicado a todas las personas con multimorbilidad que, a pesar de las dificultades propias de su condición, tienen la motivación por mejorar la gestión de su salud y participar en estudios para generar evidencia.

A todos los profesionales de la salud de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas por participar de este estudio, demostrando interés en el seguimiento de las personas con condiciones crónicas.

## **AGRADECIMIENTOS**

Expreso mis más profundos agradecimientos a mi familia y amistades, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante durante todo este proceso investigativo. Su compañía y confianza fueron fundamentales para alcanzar los resultados esperados, otorgándome la fortaleza necesaria para continuar incluso en las circunstancias más desafiantes. A mis seres queridos, mi madre, padrino y abuelo, que desde el cielo siguen acompañando mis pasos y dándome fuerzas para avanzar.

A mí docente guía, por su orientación, compromiso y dedicación a lo largo de este proceso. Su asesoramiento y valiosos aportes académicos fueron fundamentales para el logro de los objetivos propuestos, así como para el crecimiento personal y profesional.

Agradezco también a todas las profesionales e instituciones que brindaron su colaboración para hacer posible la realización de este estudio, especialmente a los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén y gestor comunal del programa de salud.

Finalmente, a todos los académicos del programa de Magíster en Enfermería por compartir su conocimiento y experiencias. Esto me permitió adquirir las herramientas conceptuales, operacionales y metodológicas para concretar este proyecto de investigación.

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1 Fundamentación del proyecto .....	1
1.2 Justificación y relevancia del estudio .....	10
1.2.1 Conveniencia de la investigación .....	11
1.2.2 Relevancia social de la investigación .....	12
1.2.3 Relevancia para la profesión de enfermería .....	13
1.2.4 Relevancia para la disciplina de enfermería .....	14
1.2.5 Relevancia para la Salud Pública .....	15
1.3 Formulación del problema de investigación .....	16
<b>II. MARCO REFERENCIAL</b> .....	18
2.1 Marco teórico .....	18
2.1.1 Modelo de Atención para Personas con Condiciones Crónicas .....	18
2.1.2 Teoría de Rango Medio del Automanejo Individual y Familiar .....	22
2.1.3 Teoría del Apoyo Social .....	29
2.1.4. Vinculación de teorías y/o modelos .....	31
<b>2.2 Marco conceptual</b> .....	32
2.2.1 Condición crónica .....	32
2.2.2 Multimorbilidad .....	32
2.2.3 Adherencia al tratamiento farmacológico .....	33
2.2.4 Indicador de impacto .....	34
<b>2.3 Marco empírico</b> .....	36
<b>III. OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES</b> .....	48
3.1 Objetivo General .....	48
3.2 Objetivos Específicos .....	48
3.3 Hipótesis .....	50
3.4 Variables .....	51
<b>IV. METODOLOGÍA</b> .....	53
4.1 Tipo de estudio y diseño .....	53
4.2 Universo .....	53

4.3 Unidad de análisis.....	53
4.4 Marco muestral .....	54
4.4.1 Muestra .....	54
4.4.2 Método y técnica de muestreo .....	54
4.4.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	55
4.3 Procedimiento y Técnicas de recolección de información.....	56
4.3.1 Descripción de instrumento recolector de datos.....	56
4.3.2 Procedimiento de recolección .....	60
4.4.3 Prueba piloto .....	62
4.4 Procesamiento y análisis de los datos .....	64
<b>V. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS .....</b>	<b>70</b>
<b>VI. RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
6.1 Análisis estadístico descriptivo caracterización sociodemográfica.....	75
6.2 Análisis estadístico descriptivo caracterización clínica. ....	77
6.3 Automanejo.....	83
6.4 Adherencia al tratamiento farmacológico .....	87
6.5 Apoyo social percibido .....	89
6.6 Análisis estadístico descriptivo variables dependientes.....	92
6.7 Análisis estadístico bivariado .....	94
5. Análisis multivariado variables dependientes e independientes.....	120
<b>VII. DISCUSIÓN.....</b>	<b>124</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>149</b>
<b>IX. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>153</b>
<b>X. REFERENCIAS.....</b>	<b>156</b>
<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>171</b>
<b>Anexo N°1.</b> Tabla de variables según objetivo y estadística. ....	171
<b>Anexo N°2.</b> Cálculo de la muestra. ....	187
<b>Anexo N°3.</b> Instrumento recolección de información.....	189
<b>Anexo N°4.</b> Solicitud de asociación colaborativa. ....	199
<b>Anexo N°5.</b> Carta de apoyo DAS Hualpén.....	202
<b>Anexo N°6.</b> Cartas de apoyo Cesfam Hualpencillo, La Floresta y Talcahuano Sur. ....	203

<b>Anexo N°7.</b> Aprobación por CEC Servicio de Salud Talcahuano .....	206
<b>Anexo N°8.</b> Consentimiento informado prueba piloto formato SST.....	207
<b>Anexo N°9.</b> Consentimiento informado formato SST.....	215
<b>Anexo N°10.</b> Autorización uso de instrumentos recolección de datos.....	223

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1.</b> Variables de estudio.....	51
<b>Tabla N°2.</b> Procesamiento y análisis de los datos.....	64
<b>Tabla N°3.</b> Características sociodemográficas de los participantes del estudio. .....	75
<b>Tabla N°4.</b> Características clínicas de los participantes del estudio.....	77
<b>Tabla N°5.</b> Análisis estadístico de fiabilidad escala Socios en Salud.....	83
<b>Tabla N°6.</b> Automanejo según escala Socios en Salud.....	84
<b>Tabla N°7.</b> Análisis descriptivo por ítems escala de automanejo Socios en Salud. .....	85
<b>Tabla N°8.</b> Análisis estadístico de fiabilidad escala Morisky Green Levine-8.....	87
<b>Tabla N°9.</b> Nivel de adherencia según escala Morisky Green Levine-8.....	88
<b>Tabla N°10.</b> Análisis estadístico de fiabilidad Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS).....	89
<b>Tabla N°11.</b> Nivel de apoyo social percibido según Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS).....	90
<b>Tabla N°12.</b> Análisis descriptivo por ítems Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS).....	91
<b>Tabla N°13.</b> Análisis descriptivo de los indicadores de impacto.....	92
<b>Tabla N°14.</b> Análisis bivariado variables sociodemográficas y automanejo.....	94
<b>Tabla N°15.</b> Análisis bivariado variables sociodemográficas y apoyo social.....	97
<b>Tabla N°16.</b> Análisis bivariado variables sociodemográficas y adherencia al tratamiento farmacológico.....	100
<b>Tabla N°17.</b> Análisis bivariado variables sociodemográficas y variable número de consulta al servicio de urgencia.....	103
<b>Tabla N°18.</b> Análisis bivariado variables sociodemográficas y autopercepción de salud agrupada.....	105
<b>Tabla N°19.</b> Análisis descriptivo comparación de medias entre automanejo y consultas a servicios de urgencias.....	108
<b>Tabla N°20.</b> Modelo de regresión logística simple entre variable independiente automanejo y dependiente de número de consultas a servicios urgencias, evento “sí consulta”.....	109
<b>Tabla N°21.</b> Análisis descriptivo comparación de medias entre automanejo y autopercepción de salud.....	110
<b>Tabla N°22.</b> Modelo de regresión logística simple entre variable independiente automanejo y dependiente de autopercepción de salud, para evento buena/excelente.....	111
<b>Tabla N°23.</b> Análisis descriptivo comparación de medias entre apoyo social y consultas a urgencias.....	112
<b>Tabla N°24.</b> Modelo de regresión logística simple entre variable independiente apoyo social y dependiente número de consultas al servicio de urgencias.....	113

<b>Tabla N°25.</b> Análisis descriptivo comparación de medias entre apoyo social y autopercepción de salud. ....	114
<b>Tabla N°26.</b> Modelo de regresión logística simple entre variable independiente apoyo social y dependiente autopercepción de salud.....	114
<b>Tabla N°27.</b> Análisis descriptivo comparación de medias entre adherencia al tratamiento farmacológico y consulta a los servicios de urgencias.....	116
<b>Tabla N°28.</b> Modelo de regresión logística simple entre variable independiente adherencia al tratamiento farmacológico y dependiente número de consultas a servicios de urgencias. ....	116
<b>Tabla N°29.</b> Análisis descriptivo comparación de medias entre adherencia al tratamiento farmacológico y autopercepción de salud. ....	118
<b>Tabla N°30.</b> Modelo de regresión logística simple entre variable independiente adherencia al tratamiento farmacológico y dependiente autopercepción de salud. ....	119
<b>Tabla N°31.</b> Análisis multivariado entre variables predictoras con variable respuesta número de consultas a servicios de urgencias.....	120
<b>Tabla N°32.</b> Análisis multivariado entre variables predictoras con variable respuesta autopercepción de salud. ....	122

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración N°1.</b> Esquema del Modelo de Cuidados Crónicos adaptado por Ministerio de Salud de Chile. ....	19
<b>Ilustración N°2.</b> Modelo de la Teoría de Rango Medio del Automanejo Individual y Familiar. ....	24
<b>Ilustración N°3.</b> Esquema de relación de conceptos teóricos. ....	31

## RESUMEN

**Introducción:** En Chile las condiciones crónicas y la multimorbilidad continúan representando un desafío de salud pública, lo que motivó la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, orientada en fortalecer el automanejo, la adherencia terapéutica y el apoyo social. **Objetivo:** Conocer el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con los indicadores de impacto, entre ellos, hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencias y autopercepción de salud en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes al programa de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024. **Método:** Estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, por conveniencia. Los instrumentos aplicados fueron: cuestionario biosociodemográfico, cuestionario de adherencia Morisky Green Levine-8, Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet y escala de automanejo Socios en Salud. **Resultados:** Participaron 80 personas, en su mayoría mujeres (62,5%) y el promedio de edad fue de 67,1 años. El nivel de automanejo fue alto (97,5%), apoyo social moderado-alto (43,8 y 43,8% respectivamente) y una adherencia al tratamiento farmacológico moderada-alta (33,8 y 43,8 respectivamente). En el análisis bivariado, el automanejo se asoció significativamente con el nivel educativo, con las consultas a los servicios de urgencias y la autopercepción de salud. Por otro lado, la adherencia al tratamiento farmacológico se asoció positivamente con el número de consultas a servicios de urgencias. Las consultas a urgencias se asociaron significativamente con el sexo. La autopercepción de salud se asoció significativamente con el sexo y el apoyo social. En el modelo multivariado, en las variables predictoras solo el apoyo social se relacionó significativamente con la autopercepción de salud. **Aspectos éticos:** Estudio con rigurosidad ética guiado por los ocho principios éticos de Ezequiel Emanuel. Contó con evaluaciones independientes por Comité Éticos Científicos.

**Palabras clave:** Automanejo; Cumplimiento de la medicación; Apoyo social; Multimorbilidad; Enfermedad crónica.

## SUMMARY

**Introduction:** In Chile, chronic conditions and multimorbidity continue to represent a public health challenge, which motivated the implementation of the comprehensive care strategy centered on people, aimed at strengthening self-management, therapeutic adherence, and social support. **Objective:** This study aimed to determine the level of self-management, adherence to pharmacological treatment, perceived social support and its relationship with impact indicators, including hospitalization due to clinical decompensation, number of attendance at emergency services and self-perception of health in users with multimorbidity categorized as high risk level G3 belonging to the Comprehensive People-Centered Care program of the Family Health Centers in the commune of Hualpén, in the year 2024. **Method:** A quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional approach was studied. The type of sampling used was non-probabilistic, for convenience. The instruments applied were: biosociodemographic questionnaire, Morisky Green Levine-8 adherence questionnaire, Zimet Multidimensional Scale of Perception of Social Support, and Partners in Health self-management scale. **Results:** A total of 80 participants participated in the study, mostly women (62.5%) and the mean age was 67.1 years. The level of self-management was high (97.5%), moderate-high social support (43.8 and 43.8% respectively) and moderate-high adherence to pharmacological treatment (33.8 and 43.8 respectively). In the bivariate analysis, self-management was significantly associated with educational level, emergency department visits, and self-perception of health. On the other hand, adherence to pharmacological treatment was positively associated with the number of visits to emergency departments. Emergency department visits were significantly associated with sex. Self-perception of health was significantly associated with sex and social support. In the multivariate model, in the predictor variables, only social support was significantly related to self-perception of health. **Ethical aspects:** Study with ethical rigor guided by the eight ethical principles of Ezequiel Emanuel. It was independently evaluated by the Scientific Ethics Committee.

**Keywords:** Self-management; Medication adherence; Social support; Multimorbidity; Chronic disease

# **I. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 Fundamentación del proyecto**

Las condiciones crónicas son procesos fisiopatológicos multifactoriales, es decir, pueden surgir a base de factores genéticos, ambientales o conductuales y suelen ser de larga duración, lenta progresión, dependientes de tratamiento y control de por vida por el equipo de salud (1). Estas provocan 41 millones de defunciones cada año, equivalente en porcentaje a un 74% del total de muertes a nivel mundial, destacando la muerte prematura, es decir, antes de los 70 años, con una cifra de 17 millones de muertes, donde la mayoría de aquellas muertes se producen en los países con bajos y medianos ingresos (1). Es importante destacar algunas de las principales condiciones crónicas, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de mortalidad en el mundo, representado por 17,9 millones de muertes al año, seguidas por 9,3 millones producidas por cánceres, 4,1 millones por enfermedades respiratorias crónicas y por último la diabetes mellitus con 2 millones de muertes (1).

Chile no se encuentra exento de esta realidad epidemiológica, según el último monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles realizada el año 2022 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se constató que el 85% de todas las muertes son producidas por

condiciones crónicas equivalente a 93.300 personas, donde el 10% de aquellas mantienen un riesgo de muerte prematura (2).

De acuerdo con lo anterior, las condiciones crónicas han sido descritas como un problema de salud pública, debido a que disminuyen la calidad de vida de las personas, además de generar un impacto negativo en la economía del país y para la situación económica personal. Según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) en el año 2022 constató que la principal causa de las defunciones son las enfermedades del sistema circulatorio, seguido por el cáncer y enfermedades del sistema respiratorio (3). El aumento de estas enfermedades estaría asociado al envejecimiento de la población, determinantes sociales de la salud y a los estilos de vida no protectores para la salud de las personas, como lo es el sobrepeso u obesidad asociado a la alimentación no saludable e inactividad física, consumo de tabaco/alcohol, entre otros (4).

Lo anterior ha traído consigo un creciente aumento de personas con multimorbilidad, la cual es definida por la OMS como “la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un individuo” (5, p.3). En base a los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, se estima que en Chile se concentran alrededor de 11 millones de adultos de 15 años o más con dos o más condiciones crónicas (representando un 70,6 % de la población). Dentro de este mismo grupo, aproximadamente 2,4 millones de personas (un 17,5%) presentan

cinco o más condiciones crónicas simultáneamente (6). En contraposición, una medición post pandemia covid 19 por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2023-2024, reportó que el 63,9% de la población de 15 años y más tenía diagnosticada al menos una enfermedad crónica y el 40,1% dos o más enfermedades, siendo un mayor autorreporte en mujeres y en la población de edad avanzada (7).

Las personas que presentan varias condiciones crónicas, en comparación con aquellas que solo tienen una, poseen un mayor riesgo de mortalidad prematura, de tener hospitalizaciones prolongadas, donde la calidad de vida disminuye considerablemente, existiendo un consumo de múltiples medicamentos (polifarmacia) y representando además un mayor impacto económico/social debido a los costos adicionales involucrados, generando un impacto negativo en la vida de las personas y sus familias (6). La situación de multimorbilidad se vuelve aún más complicada en los países de bajos y medianos ingresos debido a la presencia de varios factores que intensifican la situación. Estos factores incluyen condiciones ambientales, vulnerabilidad socioeconómica, una infraestructura social limitada y deficiente apoyo familiar para hacer frente al proceso. Todas estas circunstancias se traducen en la aparición de condiciones crónicas a edad cada vez más jóvenes (8).

Sumado a lo anterior, se tiene que el abordaje de las condiciones crónicas en la atención primaria de salud, ha sido desde la perspectiva de la enfermedad,

con un sistema reactivo, entregando cuidados fragmentados y distante de los principios de centralidad en la persona, integralidad y continuidad del cuidado impulsados desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) (8).

Con el propósito de entregar una orientación y opciones para el manejo de esta situación de salud, la OMS formuló el marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. En coherencia con lo anterior, la atención centrada en la persona es entendida como “una forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales” (9, p.2). Lo anterior también implica que las personas adquieran el apoyo y la asesoría suficiente para ser agentes activos mediante la toma de decisiones informadas y partícipes de su proceso de cuidado en salud (9).

Asimismo, en este marco se establecen cinco estrategias para dar resolución a la problemática presentada, partiendo con responsabilizar y hacer participar a las personas y a las comunidades buscando promover la autogestión de su salud, toma de decisiones compartida entre personal de salud-persona, reforzar la participación social, capacitación de cuidadores informales, llegar a las

poblaciones que no han recibido atención adecuada, entre otras intervenciones (9). Segundo, fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas, haciendo referencia a la instauración de un mecanismo humano de responsabilidad ante la comunidad que gestione todos los procesos en salud. Tercero, reorientar el modelo asistencial con el objetivo de brindar servicios de atención eficaces y eficientes por medio de modelos asistenciales con base en la innovación. Cuarto, coordinar los servicios entre los sectores y dentro de ellos, estableciendo una coordinación que se debe realizar identificando las necesidades y demandas de la población. Finalmente, es necesario que las autoridades de salud, equipos directivos y líderes comunitarios generen condiciones propicias utilizando herramientas como la planificación estratégica, fortalecimiento de la capacidad de liderazgo y la promoción de una cultura organizacional colaborativa que permitan lograr el objetivo de una transformación sostenible en la gestión e los cambios de los servicios nacionales de salud (9).

Chile no ha sido la excepción a este marco estratégico, publicando en el año 2020 el marco operativo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción de la salud, Prevención de complicaciones y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad (ECICEP). Esta estrategia tiene por objetivo “aspirar a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas con capacidad de innovación que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia, desde un sistema de salud proactivo y no reactivo.” (10, p.10).

La implementación de la ECICEP incorpora cinco ámbitos de cambio necesarios para lograr los objetivos propuestos. En primer lugar, se considera la gestión del cambio para el cuidado de personas con condiciones crónicas, requiriendo de una coordinación y participación entre los profesionales de la salud, el personal administrativo, las personas, sus familias y la comunidad. Además, se contempla la utilización de una herramienta de estratificación de la población basado en un conteo simple de condiciones ponderadas, considerando 52 condiciones o factores de riesgo que influyen en la salud de las personas, las cuales se priorizan según el impacto que tienen en la calidad de vida, prevalencia, mortalidad, morbilidad y otros factores que afectan a la población con condiciones crónicas (11). De acuerdo con lo anterior, estas condiciones y/o factores tienen designado un puntaje donde aquella sumatoria permite catalogar en niveles de complejidad, entre ellos, G0 (sin riesgo, sin condiciones crónicas), G1(riesgo leve, una condición crónica), G2 (riesgo moderado, dos a cuatro condiciones crónicas) y G3 (riesgo alto, cinco o más condiciones crónicas), siendo este último grupo recomendado para iniciar las intervenciones de la estrategia, con la integración paulatina de los demás niveles de complejidad (10).

De igual manera, se incorpora un sistema de agendamiento y registro clínico electrónico integrado donde los equipos de salud realizan una proyección de los requerimientos de agenda según el nivel de riesgo de las personas. Asimismo, el modelo promueve un cuidado integral centrado en la persona, donde el foco está dispuesto en una persona de alto riesgo y no en la enfermedad, buscando brindar

un acompañamiento continuo abordando de forma diferente a cada persona según sus necesidades y características individuales. Se realiza una valoración de todas las dimensiones de la persona, es decir, biológica, psicológica, social y espiritual en cualquier etapa del curso de vida, registrando todos los antecedentes necesarios para la planificación de los cuidados consensuados entre el personal sanitario y la persona, integrando los activos en salud de la comunidad. Finalmente, la continuidad de los cuidados debe sustentarse en una coordinación efectiva entre los profesionales de la salud que participan en la atención dentro del centro asistencial, así como también hacia los diferentes niveles de atención favoreciendo el acompañamiento en el tránsito por la red de servicios de salud (10).

Con lo anterior, se busca potenciar el automanejo de las condiciones crónicas basadas en principios y estrategias de cambio de conducta, fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico con apoyo de intervenciones de profesionales químicos farmacéuticos, llevar a cabo un seguimiento continuo e integrar nuevas redes de apoyo. El apoyo al automanejo busca empoderar a las personas en el cuidado de sus condiciones crónicas utilizando como recursos las redes en que se están relacionando, por ello este es entendido como “la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en el estilo de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones crónicas.” (10, p.49). Es en esta circunstancia donde el apoyo social es incluido dentro del proceso de

cuidado, reconociendo así la importancia de los vínculos con la comunidad, identificando desde lo macro como instituciones, juntas de vecinos, y talleres grupales, así como relaciones interpersonales más estrechas como familiares y/o amistades, que contribuyan al manejo integral de las condiciones crónicas y la multimorbilidad asociada (10).

Para dar seguimiento al desempeño de ECICEP se establecieron diversos indicadores con distintos objetivos calificadores. El indicador imput, que busca evaluar el monitoreo de la instalación de la estrategia mediante elementos esenciales para brindar servicios de calidad, considerando desde recursos clínicos hasta recursos humanos. El Indicador de prestación de servicios, utilizado para el monitoreo de la cobertura de prestaciones que otorga la estrategia, el cual integra la gestión del establecimiento de salud, competencias del equipo y el compromiso de la comunidad. Por otro lado, se establece el indicador de productos que busca el monitoreo de los factores de riesgos y protectores de las personas que reciben las intervenciones, los cuales son clasificados en: hábito tabáquico, consumo de alcohol, actividad física, compensación de la condición crónica, automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y controles de salud (10). Cabe señalar que estos indicadores deben ser evaluados por el organismo ministerial diseñador de la estrategia y/o investigadores, para develar si las intervenciones efectuadas por el equipo de salud están siendo eficaces en obtener los resultados propuestos. Por último, se encuentra el indicador de resultados el cual tiene por objetivo medir el impacto y

evaluación de la estrategia en relación con los cambios realizados, entre ellos se puede mencionar: las hospitalizaciones evitables, porcentaje de personas con multimorbilidad que asisten al servicio de urgencia por alguna condición crónica y el porcentaje de personas que evalúan su autopercepción de salud como excelente/buena y regular/mala (10).

Cabe señalar que esta estrategia se encuentra desplegada desde el año 2019 donde inicialmente se instauró como prueba piloto en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Posteriormente, en el año 2020, se publicó el marco conceptual de la estrategia, dando paso al primer marco operativo en el año 2021 con la última actualización en el 2025. La implementación de ECICEP ha ido avanzando paulatinamente a través del sistema nacional de servicios de salud (10-12).

De acuerdo con ello surge la idea de conocer el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y establecer su relación con los indicadores de impacto en los usuarios con multimorbilidad categorizado en el nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los centros de atención primaria del servicio de salud Talcahuano, en el año 2024, mediante la aplicación de instrumentos que permitan medir las variables propuestas.

## 1.2 Justificación y relevancia del estudio

La multimorbilidad, un fenómeno complejo y en constante aumento a nivel internacional, se hace especialmente evidente en Chile, donde una gran parte de la población de 15 años o más está siendo afectada por la presencia simultánea de dos o más condiciones crónicas, representado por un 71% de población según datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (6).

Existe un consenso internacional en el foco de atención centrada en las personas para la eficiencia del abordaje desde la integralidad de la multimorbilidad (6). De acuerdo con lo anterior, se formula e implementa la ECICEP para dar respuesta a esta situación, mediante la promoción de la salud, la prevención y manejo de la cronicidad de manera integral, incluyendo los recursos tanto individuales como comunitarios que posee cada persona.

Este desafío se encuentra en manos de los centros de Atención Primaria de Salud (APS), los cuales requieren de un enfoque integral y coordinado para brindar una atención de calidad, ya que la persona requiere de apoyo para enfrentar las necesidades físicas, psicológicas, sociales y de apoyo al automanejo de las personas con multimorbilidad, considerando la complejidad y diversidad de sus condiciones. Esto implica una coordinación entre todos los profesionales del área de la salud, es decir, un trabajo interprofesional, así como la incorporación de nuevas instancias de capacitación y la disposición de los profesionales a reorganizar la funciones clínicas, administrativas y comunitarias,

a modo de responder adecuadamente a las crecientes demandas de la población con multimorbilidad.

Al respecto, el profesional de enfermería tiene un rol importante en la implementación eficaz de la estrategia, esto por su capacidad en la formulación en planes de cuidados humanizados, incluyendo una exhaustiva valoración integral para detectar los recursos disponibles individuales o comunitarios, apoyo emocional y social, educación en prevención, promoción de la salud, además de una coordinación de los cuidados con el equipo y la persona que recibe atención en busca del empoderamiento en el manejo de las condiciones crónicas mejorando así la calidad de vida de esta población en contexto de cronicidad, mediante la obtención de resultados positivos en salud.

#### 1.2.1 Conveniencia de la investigación

La estrategia ECICEP lleva un período de cuatro años implementándose a lo largo de todo Chile, por lo tanto, se hace necesario conocer los avances con respecto a los objetivos establecidos en el marco operativo, entre ellos, lograr el automanejo de las condiciones crónicas, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y aumentar las redes de apoyo. Lo anterior, se debe relacionar con los indicadores de impacto, ya que reflejan si estas intervenciones han generado un cambio positivo en la salud de las personas, entre ellos, disminuyendo la asistencia a centros de urgencia, hospitalizaciones por descompensación clínica y mejorando la percepción del estado de salud (10).

Por lo anterior, la utilidad del presente estudio se basa en proporcionar una visión integral, mediante una exploración de la situación de salud de los usuarios que reciben atención y se encuentran estratificados en nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a ECICEP de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén. Es pertinente realizar el estudio en personas del grupo de riesgo alto G3 debido a que la estrategia prioriza iniciar sus intervenciones con personas que poseen 5 o más condiciones crónicas correspondientes a esta categorización y posterior a ello continuar avanzando hacia los demás niveles de complejidad (moderado, leve y sin riesgo).

Además, esta investigación propone establecer una relación entre los niveles de automanejo, la adherencia al tratamiento farmacológico y el apoyo social percibido con los indicadores de impacto, lo que permitirá conocer los resultados de la estrategia en términos de la mejora en la salud y el bienestar de la persona. Esta información podría ser considerada valiosa para que los equipos de salud y gestores comunales de ECICEP ajusten y optimicen las intervenciones mediante la revisión de planes de cuidados consensuados, adaptación de estrategias educativas y motivacionales para el cambio de conducta.

### 1.2.2 Relevancia social de la investigación

El presente estudio aporta a la sociedad debido a que se enmarca en el objetivo de desarrollo sostenible (ODS) Salud y bienestar y en los objetivos sanitarios de la década 2021-2030, en los cuales se busca mejorar la salud y

bienestar de la población, además de asegurar la calidad de la atención en salud (13,14). Cabe señalar que la sociedad chilena se encuentra inmersa en un estado epidemiológico donde las condiciones crónicas son un factor importante de impacto en la calidad de vida de las personas. De acuerdo con ello, el marco operativo de ECICEP que se encuentra activo en centros de atención primaria de salud cuenta con orientaciones para mejorar la salud de la población chilena mediante el uso de acciones que engloban tanto a la persona, la familia y comunidad. En este sentido, el automanejo de la condición crónica, sumado a una adherencia a tratamiento farmacológico y percepción positiva de apoyo social es lo que busca lograr el equipo de salud interdisciplinario para fomentar una comunidad más sana y productiva (10).

### 1.2.3 Relevancia para la profesión de enfermería

El profesional de Enfermería juega un rol importante en el cuidado de la salud de las personas, esto debido a que se encarga de realizar los controles de personas con condiciones crónicas en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), aunque este rol no se refleja en el marco operativo de la estrategia. Es responsabilidad de Enfermería brindar una atención de calidad, individualizada y holística con el fin de promover y mantener la salud de cada persona. Para ello el profesional de Enfermería mediante sus diversas aptitudes, competencias y habilidades clínicas, implementa y coordina un plan de cuidados centrado en la persona. Respecto de esto último el individuo es considerado un agente informado y activado en los cambios de conductas para potenciar su salud,

integrando así sus valores, creencias, preferencias y expectativas, además de involucrar a la familia y comunidad como fuentes que intervienen en el proceso de salud-enfermedad (15). De acuerdo con lo antes mencionado, resulta necesario conocer en qué medida las intervenciones aplicadas han logrado alcanzar resultados que permitan optimizar el bienestar de la persona, así como también utilizar la evidencia que respalde la toma de decisiones clínicas fundamentadas y basadas en un marco operativo con las directrices necesarias para mejorar la salud de la población. De acuerdo con ello, este estudio proporcionará conocimientos que permitirá integrarlo en la práctica clínica, ya sea para modificar, fortalecer o integrar nuevas estrategias que fomenten la salud de las personas y el manejo de sus condiciones crónicas. Por lo tanto, evaluar el nivel de automanejo, la adherencia a tratamiento farmacológico y el apoyo social percibido, permitirá en primera instancia conocer las fortalezas y debilidades de las conductas en salud de las personas participantes, para posteriormente generar instancias que permitan ampliar oportunidades de mejora.

#### 1.2.4 Relevancia para la disciplina de enfermería

En el ámbito de la disciplina de Enfermería, es crucial que los profesionales manejen el conocimiento necesario respaldado por la evidencia científica para asumir integralmente el cuidado de las condiciones crónicas, especialmente ante la creciente presencia de multimorbilidad, lo que eleva la complejidad de la atención. En este contexto, la disciplina es sustentada principalmente de las investigaciones que permiten ampliar el conocimiento para liderar los procesos

asistenciales y el cuidado integral entregado por el profesional de Enfermería. Por ende, esta investigación busca generar conocimiento y evidencia sobre los factores biosociodemográficos, el automanejo de las condiciones crónicas, la adherencia al tratamiento farmacológico, el apoyo social percibido y los indicadores de impacto contemplados por la estrategia ECICEP, siendo esto, conocimiento esencial para la toma de decisiones informadas y búsqueda de la mejora continua en los cuidados brindados (16).

En este sentido, investigar sobre estos elementos permitirá resaltar el papel crucial de la enfermería, asegurando que cuente con el conocimiento y las herramientas necesarias para respaldar la optimización de la atención a personas con multimorbilidad. En la actualidad, enfermería también enfrenta la necesidad de aplicar teorías y modelos científicamente fundamentados, respaldados empíricamente por su efectiva operacionalización en los procesos de cuidado, tanto en individuos saludables como en aquellos afectados por múltiples condiciones crónicas.

#### 1.2.5 Relevancia para la Salud Pública

Para la Salud Pública, esta estrategia tiene beneficios relevantes por su centro en la promoción de la salud, prevención de enfermedades o complicaciones de estas, además de brindar una atención oportuna, logrando así prevenir o controlar las condiciones crónicas y mejorar la calidad de vida de cada persona que recibe las intervenciones por el equipo de salud (10). Esto permitiría optimizar y movilizar los recursos disponibles, invirtiendo en prevención y

promoción de la salud, más que en tratar la enfermedad, reduciendo así los costos asociados a la atención sanitaria tanto para el sistema de salud como para el usuario e impactando de forma positiva en la productividad social (10). Asimismo, los hallazgos del presente estudio podrían entregar datos reveladores sobre el funcionamiento de la estrategia implementada por el Ministerio de Salud de Chile, ayudando fortalecer el plan estratégico o buscar nuevas alternativas de intervención.

### 1.3 Formulación del problema de investigación

En este contexto de multimorbilidad, asociado a un aumento sostenido de las condiciones crónicas y el interés de abordarlas desde un punto de vista integral centrado en las personas, surgen las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cuál es el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido de los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024?

¿Existe relación entre el nivel de automanejo, la adherencia al tratamiento farmacológico y el apoyo social percibido con los indicadores de impacto, entre ellos, hospitalizaciones por descompensación clínica, número de asistencia a los

servicios de urgencia y autopercepción de salud en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024?

## **II. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 Marco teórico**

La investigación se basó en teorías y modelos fundamentales para la comprensión del tema en estudio, contemplando el Modelo de Atención para Personas con Condiciones Crónicas (MAC), Teoría de Rango Medio de Automanejo Individual y Familiar (IFSMT), y la Teoría del Apoyo Social, así como la conceptualización de algunas variables que se detallan más adelante.

#### **2.1.1 Modelo de Atención para Personas con Condiciones Crónicas**

El modelo fue desarrollado por Edward Wagner y colaboradores pertenecientes al Institute for Healthcare Innovation de Seattle, Estados Unidos, en el año 1998. El propósito del modelo es entregar una nueva visión que pretende guiar al sistema de atención en salud para mejorar los resultados en las personas con condiciones crónicas. Para ello se requiere un trabajo colaborativo entre personas empoderadas e informadas con equipos de salud proactivos y capacitados para dar respuesta a las situaciones de salud emergentes (17).

**Ilustración N°1.** Esquema del Modelo de Cuidados Crónicos adaptado por Ministerio de Salud de Chile.



**Fuente:** Lange I, Campos S, Bustamante C, Alcayaga C. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. 2015 (17).

El modelo está estructurado mediante tres planos que se superponen entre sí, estos son:

A.- Sistema de Salud: incluye las organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento, es decir, sistemas o mecanismos que garantizan la cobertura de las necesidades de salud de las personas que padecen condiciones crónicas (17).

B.-Comunidad: constituido por las políticas, además de variados recursos a nivel público y privado. Estos recursos pueden estar conformados por una variedad de

actores organizativos dentro del área laboral, religiosa, educacional, social, entre otros que los centros de salud pueden vincular sus redes para potenciar la salud de las personas y el manejo de las condiciones crónicas en un entorno propicio al contexto cultural en el que se encuentran insertos (17).

C.-Interacciones del paciente con el equipo de salud: hace referencia a un proceso productivo entre la persona con conocimientos y habilidades, en conjunto con el equipo de salud capacitado para responder a las nuevas necesidades emergentes, con la finalidad de fomentar resultados clínicos de calidad (17).

Por otro lado, dentro de estos planos se pueden identificar componentes esenciales que interactúan entre ellos para otorgar una atención de calidad a las personas que padecen de condiciones crónicas.

A continuación, se describen los componentes del modelo:

-Organización para la atención de salud: debe existir un liderazgo responsable de generar entornos favorables para impactar de forma positiva en la calidad de atención otorgada a las personas con condiciones crónicas y así obtener mejores resultados en salud (17). Para la obtención de aquellos resultados es necesario que tanto las personas como el equipo de salud otorguen cumplimiento a los planes de intervención individualizados, utilizando guías clínicas basadas en la evidencia que han sido compartidas por el Ministerio de Salud.

-Rediseño de las prestaciones de servicios: es necesario contar con profesionales de la salud proactivos dispuestos a innovar en los cuidados, integrando a la persona como coautor en la planificación de su plan de cuidado, siendo primordial respetar sus creencias, experiencias y su ritmo de avance en el cumplimiento de objetivos. De igual forma, se hace necesario generar un trabajo interdisciplinario para facilitar la atención de calidad, incorporando distintos conocimientos y experticias de cada profesional para mejorar la salud de las personas (17).

-Apoyo al automanejo: se refiere a “la implementación sistemática de intervenciones educativas y de apoyo, por parte del equipo de salud para aumentar las habilidades y autoconfianza que el paciente requiere para manejar sus problemas en salud crónicos” (17, p.22). Estas intervenciones deben llevarse a cabo mediante un plan consensuado entre la persona y el profesional de salud para crear planes de cuidados centrados en las preferencias y valores de las personas, además de hacerlo participe en la toma de decisiones. Para lograr el apoyo al automanejo se hace necesario utilizar la disponibilidad de programas de capacitación respaldados por la evidencia científica y las intervenciones destinadas a potenciar en las personas sus habilidades, fomentar nuevo conocimiento, brindar apoyo psicológico/social e incrementar la autoeficacia.

-Apoyo a la toma de decisiones clínicas: dirigido a los profesionales de salud mediante el uso de guías clínicas y protocolos basados en la mejor evidencia,

además de la integración de la colaboración de especialistas relevantes. De igual forma, la toma de decisiones clínicas se lleva a cabo entre la persona y los profesionales de la salud, siendo parte fundamental de apoyo al automanejo de las condiciones crónicas (17).

-Fortalecimiento de los sistemas de información clínica: implementación de un sistema informático eficiente que permita organizar la información clínica de las personas para facilitar la coordinación de cuidados, identificación de un sector particular de riesgo con necesidades susceptibles de abordar, gestión de agenda, entre otras (17).

-Vinculación con la comunidad: es necesario que los centros de salud generen vínculos con las organizaciones y los recursos comunitarios disponibles, lo que podría mejorar la efectividad de la atención del equipo de salud (17).

### 2.1.2 Teoría de Rango Medio del Automanejo Individual y Familiar

El término de automanejo comenzó a usarse por primera vez por Thomas Creer en su libro sobre la rehabilitación de niños con enfermedades crónicas a mediados de la década de 1960, donde indica que “los pacientes son participantes activos en su propio tratamiento” (18, p.1). A través de los años, el término ha sido abordado por varias personas, generándose una variedad de marcos teóricos que ha provocado una falta de consenso en su marco conceptual, por lo que se hizo necesario desarrollar una teoría que contemple

toda la información contenida en la literatura para unificar el extenso marco teórico existente.

La teoría fue publicada en el año 2009 por Ryan y Sawin, ambas enfermeras pertenecientes al centro de ciencia del automanejo de la Universidad de Wisconsin, en Estados Unidos (19). Para el desarrollo de esta teoría las autoras realizaron una revisión de la literatura existente de los modelos propuestos hasta esa fecha a fin de mejorar la comprensión de este fenómeno del automanejo (20).

En la teoría el automanejo es definido como “un proceso mediante el cual las personas y sus familias utilizan el conocimiento, las creencias, habilidades y destrezas de autorregulación y la facilitación social para lograr resultados relacionados con la salud” (19, p.1), además de transitar por medio de todas las etapas de desarrollo de cada persona.

El automanejo es una estrategia prometedora para las condiciones crónicas, mediante la incorporación consciente de comportamientos relacionados con la salud en la vida diaria de una persona o familia. Al hacerlo, se pueden prevenir o reducir los efectos de las enfermedades, así como facilitar la gestión de complejos regímenes de una manera que sea personalmente significativa, reflejando los valores y creencias de cada persona junto a su familia. Por lo tanto, el automanejo implica asumir la responsabilidad de cuidar la propia salud, y puede llevarse a cabo en colaboración con el equipo de salud (20).

La Teoría presenta un modelo donde el automanejo es un fenómeno dinámico, complejo y que engloba tres dimensiones: contexto, proceso y resultados. Este modelo ha sido formulado en base a teorías del cambio de comportamiento en salud, teorías de autorregulación, teoría del apoyo social e investigaciones relacionadas con el automanejo de condiciones crónicas (19).

**Ilustración N°2.** Modelo de la Teoría de Rango Medio del Automanejo Individual y Familiar.



Fuente: Ryan P, Sawin K. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. 2010 (traducido por Carolina Miller) (20).

A. Dimensión de contexto: el automanejo se desenvuelve dentro de un contexto determinado que engloba factores protectores y de riesgo que son particulares de cada condición crónica, además de involucrar a la persona y su familia junto a sus características físicas y sociales. Por lo tanto, la adopción del automanejo se puede ver influenciado por varios factores, entre ellos, procesos vivenciales personales, preferencias, cultura, recursos disponibles, hábitos adquiridos por normas sociales y/o familiares, entre otros (20). A continuación, se explican los componentes de esta dimensión para su mejor comprensión:

-Condición específica: hace referencia a las características propias de cada condición crónica, ya sean fisiológicas, estructurales o funcionales. Cada condición crónica (por ejemplo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, etc) poseen su nivel de complejidad con relación a su evolución, tratamiento y estabilidad (20).

-Entorno físico y social: son aquellos factores que pueden facilitar o presentar barreras en la participación del manejo de las condiciones crónicas a nivel individual y/o familiar. Entre estos factores podemos encontrar aquellos derechos fundamentales que tiene cada persona y que puedan estar siendo vulnerados, como el acceso a los servicios de salud, educación, entorno laboral para el sustento económico y muchos más. Por otro lado, también podemos encontrar las características propias de cada cultura, interacción con organizaciones sociales, etc (20).

-Factores individuales y familiares: características propias del individuo y su familia, que pueden aumentar o disminuir la participación en el automanejo de las condiciones crónicas. Entre estas características podemos encontrar, la fuerza de unión existente entre la persona y sus familiares, el estado cognitivo a nivel personal, la alfabetización, entre otras (20).

B. Dimensión de proceso: hace referencia a los elementos o recursos necesarios para lograr el automanejo de las condiciones crónicas. El proceso del automanejo será exitoso cuando la persona maneje información fidedigna que aporte el conocimiento necesario para adoptar conductas positivas en el cuidado de las condiciones crónicas. Por otro lado, encontramos el desarrollo de habilidades de autorregulación para llevar a cabo cambios necesarios en la salud y la facilitación social como recurso primordial que influye de forma positiva en los procesos de cambios de conductas adoptando estrategias preventivas (20). A continuación, se desarrollan los componentes mencionados anteriormente:

-Conocimientos y creencias: es comprendida como la información concreta y percepciones que tiene una persona en relación con sus condiciones crónicas. Podemos encontrar tres conceptos principales que interactúan para el desarrollo del automanejo, donde podemos destacar la autoeficacia entendida como el grado de confianza que posee una persona en su capacidad de intervenir exitosamente en un determinado comportamiento ya sea en un contexto normal o estresante. También una persona puede tener una expectativa de resultado con

relación a una determinada conducta en salud, donde existe la creencia de que con esta conducta obtendrá los resultados anhelados. Finalmente podemos encontrar la congruencia de metas como un concepto que hace referencia a la capacidad que tiene una persona de solucionar los distintos grados de confusión y/o ansiedad que se pueden generar producto de requerimientos asociados a las metas en salud que han sido propuestas en el plan de intervención (20).

-Habilidades de autorregulación: son aquellas habilidades necesarias para que una persona logre el cambio de conducta de salud. Entre ellas encontramos establecer los objetivos necesarios para realizar el cambio de comportamiento, el desarrollo de un pensamiento reflexivo, autocontrol, toma de decisiones para realizar la planificación y ponerla en acción, integrar una autoevaluación de lo planificado y por último llevar a cabo la gestión de las respuestas que pueden ser físicas, emocionales y cognitivas asociadas al cambio de comportamiento experimentado (20).

-Facilitación social: actúa en los vínculos de las personas permitiendo aumentar su capacidad de cambio de comportamiento en salud, logrando los resultados esperados. Incluye tres conceptos, comenzando por la influencia social refiriéndose a la emisión de un mensaje proporcionado por una persona experta (profesionales de la salud, amigos, familiares, etc.) con conocimientos en una determinada área que motivan a realizar cambios positivos en salud. De igual forma, el apoyo social se puede entregar a través de soporte emocional,

instrumental (apoyo en material o bienes) e informativo que favorece la participación en comportamientos en salud. Finalmente, mencionar la colaboración negociada donde las experiencias u opiniones a nivel personal y colectivo pueden afectar el comportamiento y deben ser respetadas (20).

C. Dimensión de resultados: se pueden identificar resultados proximales, es decir, resultados que son percibidos en un período de tiempo corto, en cambio los resultados distales son percibidos en un período de tiempo más distante.

-Resultados proximales: se puede observar un compromiso en la adopción de conductas de automanejo de las condiciones crónicas específicas. Esto se puede ver manifestado en el manejo de los síntomas, cumplimiento de tratamiento farmacológico y logro de metas en el cuidado de la salud. Además, se puede ver reflejado en la variabilidad de los costos asociados a la atención de salud (20).

-Resultados distales: estos resultados están influenciados en parte por el logro de resultados proximales y podemos encontrar el indicador de estado de salud que realiza un seguimiento del recorrido de la condición crónica, calidad de vida o bienestar percibido y costos de la salud que pueden ser directos o indirectos (20).

Las dimensiones de contexto y proceso explicadas anteriormente se encuentran interrelacionadas entre sí para lograr el resultado final de automanejo de las condiciones crónicas, siendo un proceso dinámico que demanda tiempo,

constante reflexión y repetición de las acciones para el logro de las metas establecidas (20).

### 2.1.3 Teoría del Apoyo Social

El interés por comprender y analizar el papel del apoyo social surge en la década de los setenta, como un elemento fundamental en las investigaciones sobre salud, principalmente en relación con el manejo del estrés durante situaciones de crisis (21,22). Desde entonces que este concepto ha sido abordado por distintas personas generando una gran variedad de definiciones de carácter multidimensional, lo que ha dificultado establecer un consenso entre ellas (23). De acuerdo con lo anterior, el apoyo social según Lin, Dean y Ensel (1986) es definido como “provisiones instrumentales y/o expresiones, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (24, p.17). En base a esta definición, el apoyo social puede ser clasificado en cuantitativa estructural, haciendo referencia a la cantidad de relaciones que la persona instaure con su círculo social (apoyo social recibido) y en cualitativa funcional, entendido como la valoración subjetiva que realiza la persona con relación a los efectos que ha producido el apoyo social recibido (apoyo social percibido) (21).

El apoyo social ha demostrado tener influencia sobre la salud de las personas, demostrado por Cobb en año 1976 planteando una posición teórica de efectos principales o directos donde menciona que, aunque la persona puede o

no presentar diversos grados de estrés, será beneficiará de los efectos del apoyo social sobre su bienestar y salud, es decir, existe una relación directa entre apoyo social y salud, siendo percibido como un proceso positivo (24). Es por ello por lo que un apoyo social suficiente puede lograr entregar protección a las personas en circunstancias de cambios situacionales estresantes y afrontamiento a este mismo, como en enfermedades físicas y/o psicológicas de distinta índole, procesos hospitalarios, duelo, hasta disminuir el consumo excesivo de medicamentos y facilitar la adherencia (24).

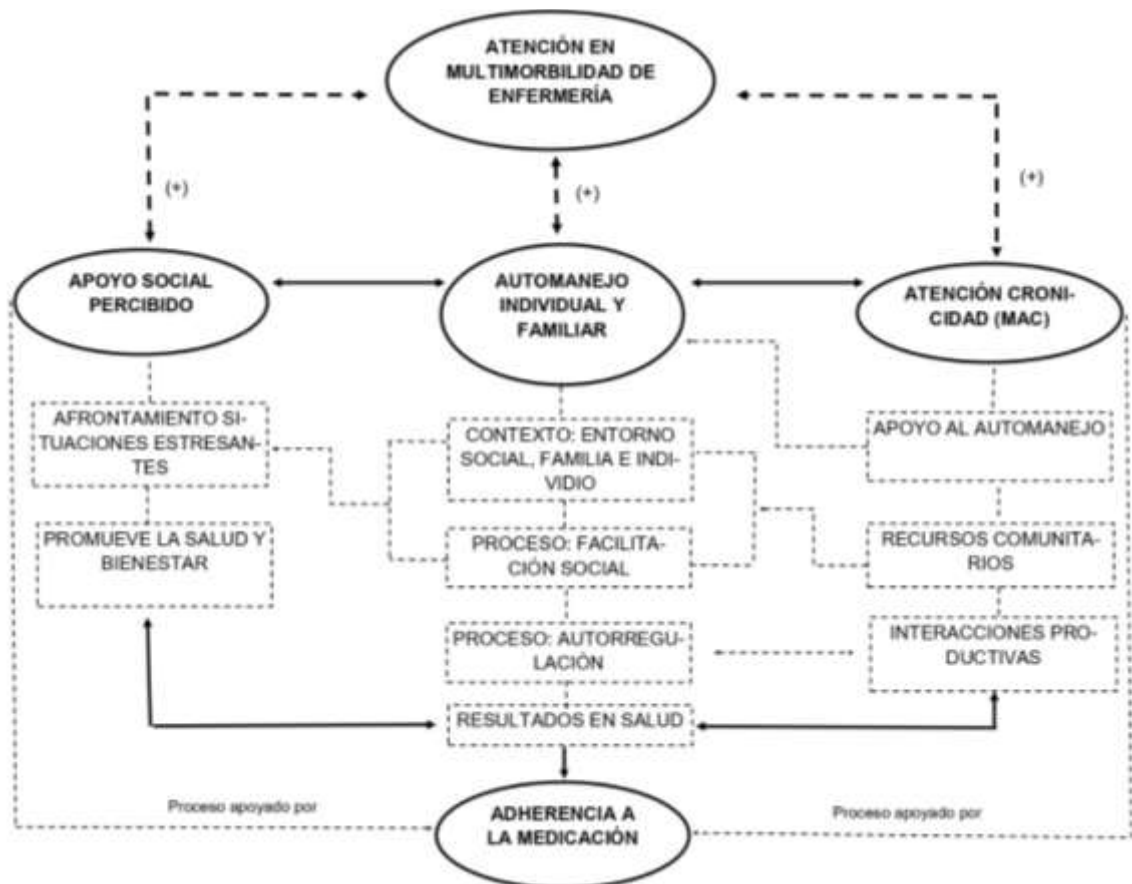
Por otro lado, encontramos los fundamentos teóricos planteados por Cohen y Wills en 1985, estableciendo que el apoyo social cumple la función de articular entre la salud y los estresores en una persona, es decir, se produce un proceso de amortiguación entre los efectos de los factores estresantes sobre la salud, además de fortalecer la autoeficacia y las conductas de resolución de conflictos (25). Este proceso de amortiguación se da a través de dos procesos fundamentales:

-La percepción de apoyo social en una persona frente a un agente estresante la conduce a reflexionar sobre la situación de estrés y a destinar sus recursos disponibles para dar respuesta con un afrontamiento correcto (26).

-La percepción de apoyo social previene que la persona interprete la situación como estresante con consecuencias perjudiciales en su proceso de enfermedad (26).

#### 2.1.4. Vinculación de teorías y/o modelos

**Ilustración N°3.** Esquema de relación de conceptos teóricos.



Fuente: Richard Riffo Parra. Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad

El esquema anterior muestra la relación teórica que se establece entre la Teoría de Apoyo Social, Teoría de Rango Medio de Automanejo Individual y Familiar, además del Modelo de Atención para Personas con Condiciones

Crónicas. Se puede evidenciar que la estructura conceptual/teórica se vincula de tal forma que cumple el objetivo de generar resultados de salud favorables para la persona con multimorbilidad.

## **2.2 Marco conceptual**

### 2.2.1 Condición crónica

Medical Subject Headings (MeSH) la define como “enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración patológica irreversible, requieren un entrenamiento especial del paciente para su rehabilitación, o se puede esperar que requieran un largo período de supervisión, observación o atención” (27, p.1). Estas pueden ser producidas por múltiples factores, entre ellos, factores genéticos, ambientales, fisiológicos y de comportamiento, así como también involucrar a los determinantes sociales de la salud (1). Dentro de las principales enfermedades crónicas encontramos las enfermedades cardiovasculares (ejemplo, hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, accidente cerebro vascular), cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (ejemplo, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y Diabetes Mellitus (1).

### 2.2.2 Multimorbilidad

Medical Subject Headings (MeSH) la define como “las complejas interacciones de varias enfermedades coexistentes” (28, p.1). Por su parte, la OMS la define de forma similar como “la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un individuo” (8, p.42). Es necesario diferenciarla de la comorbilidad la cual se refiere a “los efectos combinados de condiciones

adicionales en relación con la condición índice en un individuo” (8, p.2). La multimorbilidad ha emanado y obtenido mayor potencial en la población debido a un proceso multifactorial que involucra entre ello, un proceso acelerado del envejecimiento de la población, determinantes psicosociales, socioeconómicos y conductuales asociados a los estilos de vida inadecuados como el consumo de tabaco, ingesta excesiva de alcohol, sedentarismo y una dieta alta en sodio o azúcares (8).

### 2.2.3 Adherencia al tratamiento farmacológico

MeSH se refiere al concepto de adherencia a la medicación como la “cooperación voluntaria del paciente en la toma de fármacos o medicamentos según lo prescrito. Esto incluye el momento, la dosis y la frecuencia” (29, p.1). La adherencia al tratamiento farmacológico se encuentra contenida en otro concepto más amplio de adherencia terapéutica la cual es definida por la OMS como “el grado en que el comportamiento de una persona: toma los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (30), p.199). La adherencia a medicación puede medirse mediante cuestionarios de autoinforme, índice de posesión de medicamentos, índices biológicos (medición en sangre u orina), entre otros (30). En Chile para obtener esta información se aplica el cuestionario de Morisky-Green-Levine o el cálculo y uso de la proporción de días cubiertos (PDC) en la propuesta de ECICEP.

#### 2.2.4 Indicador de impacto

En primera instancia es necesario conocer la definición de un indicador de salud el cual es definido como las “mediciones resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos, dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud. Estos indicadores intentan describir y monitorear la situación de salud de una población” (31, p.7).

En el marco operativo ECICEP el indicador de impacto es definido como “mejorías en el estado de salud de la población a cargo y también evaluación de mejoras en eficiencia, equidad, responsabilización y resiliencia del sistema de salud” (10, p.64). Entre estos indicadores se encuentran: hospitalizaciones por descompensación clínica, tasa de asistencia a servicios de urgencia y autopercepción de salud (10).

##### 2.2.4.1 Hospitalización por descompensación clínica.

Es un “indicador directo de volumen de actividad hospitalaria” (32, p.1), asociados a la descompensación de las condiciones crónicas que tenga diagnosticada la persona en contexto de multimorbilidad. En la atención primaria de salud se establecen condiciones crónicas sensibles a ser prevenibles de hospitalización, ya que es reflejo de la atención oportuna y efectiva brindada por los profesionales de salud, siendo un indicador indirecto de la capacidad resolutoria del establecimiento que brinda sus servicios a la comunidad, con el objetivo de reducir los costos hospitalarios y mejorar la eficiencia clínica (32).

Las condiciones crónicas sensibles consideradas en ECICEP que han sido definidas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) son: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial y diabetes (10).

#### 2.2.4.2 Número de asistencia a servicios de urgencia

En el marco operativo de ECICEP este indicador se expresa desde el término tasa entendido como el “porcentaje de personas con multimorbilidad que asisten a urgencias hospitalarias por alguna de las patologías de multimorbilidad” (10, p.89). Esta definición hace referencia a una apreciación global de personas que asisten a un servicio de urgencia, para ello se debe llevar a cabo la contabilidad a nivel individual mediante una interrogante única para obtener finalmente una visión general expresada en porcentaje.

#### 2.2.4.3 Autopercepción de salud

La autopercepción de salud o salud auto percibida puede ser entendida como una representación de la valoración personal y subjetiva del estado general de salud de una persona, que surge de la interacción entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales (33,34).

En el marco operativo de ECICEP este indicador se establece como el “porcentaje de personas con evaluación de autopercepción de salud como excelente/buena y regular/mala mediante un instrumento” (10, p.89).

### **2.3 Marco empírico**

Con el fin de conocer el estado del arte con relación al problema de investigación se realizó una búsqueda en las bases de datos Web of Science, PubMed, Scopus, CINAHL en EBSCO, BVS, ScienceDirect con la siguiente estrategia de búsqueda:

A.- (Self-Management [MeSH Terms]) OR (Self-Care [MeSH Terms]) AND (Multimorbidity [MeSH Terms]) OR (Multiple Chronic Conditions [MeSH Terms]).

B.- (Medication Adherence [MeSH Terms]) AND (Multimorbidity [MeSH Terms]) OR (Multiple Chronic Conditions [MeSH Terms]).

C.- (Social Support [MeSH Terms]) AND (Multimorbidity [MeSH Terms]) OR (Multiple Chronic Conditions [MeSH Terms]).

Los criterios de inclusión o filtros aplicados fueron: idioma en español, inglés y portugués; disponibles en texto completo; publicados en los últimos 5 años. La búsqueda inicial arrojó 10702 resultados, se procedió a la aplicación de filtros obteniéndose 1530 artículos a revisar, los cuales 1217 fueron de automanejo, 116 para adherencia a la medicación y 197 en apoyo social. Estos artículos fueron cargados en el gestor de citas Rayyan para facilitar la revisión de la literatura, eliminando los duplicados dando por resultado una revisión total de 1174

artículos, donde fueron analizados por título, resumen y por lectura completa seleccionados 18 de ellos para ser integrados en el marco empírico.

Cabe destacar que se utilizó el concepto de automanejo o autocuidado siguiendo la definición dada por Ryan y Sawin, realizando el análisis de cada artículo y eliminando aquellos que no estaban orientados al automanejo, esto fue realizado para ampliar la búsqueda y considerando que el concepto de automanejo fue añadido a MeSH 37 años después del concepto de autocuidado.

A continuación, se presentan estudios que orientan esta investigación y nos permiten establecer el estado del arte con relación al automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social:

En el 2020 un estudio publicado en España tuvo por objetivo determinar la prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y establecer la relación con apoyo y contexto social en personas con multimorbilidad y polifarmacia que reciben atención en el nivel primario de salud. Este estudio fue de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, multicéntrico y con enfoque analítico. La muestra estuvo constituida por 593 personas con rango de edad entre 65 y 74 años con multimorbilidad y polifarmacia, a las cuales se les aplicó el cuestionario de Morisky Green Levine-4 categorizando en adherente o no adherente a la medicación. Los resultados mostraron un 40,8% de personas no adherentes a la medicación y un 58,2% eran adherentes. Por otro lado, para

evaluar el apoyo social percibido se utilizó el cuestionario Duke-UNC-11 Functional Social Support (DUFSS), el cual posee dos dominios, el apoyo confidencial y afectivo, donde el puntaje total oscila entre los 11 y 55 puntos, obteniendo por resultado una puntuación media de 43.7 para el resultado general, 29.9 para el dominio confidencial y 14.2 para el emocional. De lo anterior, se puede interpretar que los resultados sugieren, en general, que los participantes perciben un buen nivel de apoyo social funcional y confidencial (35).

En Lisboa durante el año 2021 fue publicado un estudio cuyo objetivo fue conocer la adherencia a la medicación e identificar sus determinantes en personas mayores con multimorbilidad y polifarmacia. Este estudio de corte transversal contempló una muestra de 245 personas con multimorbilidad igual o mayor a 65 años. La adherencia a la medicación se midió mediante la escala de adherencia al tratamiento de Delgado y colaboradores (MTA), la cual se encuentra validada en la población portuguesa. Dentro de los resultados hubo un 56,3% de personas no adherentes a la medicación, mientras que un 43,7% si lo era, destacando que solo un 2,9% de las personas lograron obtener el máximo de puntuación en la escala, representando la adherencia total (36).

Por otro lado, en Irlanda se desarrolló una revisión sistemática y metaanálisis publicada el año 2021 cuyo objetivo fue describir la falta de adherencia a la medicación en personas con multimorbilidad y sus predictores asociados. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de PubMed, EMBASE, CINAHL

y PsycINFO, dando por resultado 11073 estudios, de los cuales 178 estudios fueron incluidos para su revisión y 8 para el metaanálisis. Se consideró estudios con participantes mayores de 18 años, con dos o más condiciones crónicas y que se diera a conocer la adherencia a la medicación junto a sus predictores. Dentro de los resultados, se constató en el metaanálisis que la prevalencia de no adherencia a la medicación fue de un 42,6% para los estudios agrupados y el rango general para todos los estudios de la revisión sistemática fue de un 7,0 a 83,5%. Es importante mencionar, que el rango de personas no adherentes a la medicación varía según el método de medición, para el autoinforme se constató un 76,5%, para datos de farmacia un 69,4% y un 44,1% correspondiente al método de seguimiento electrónico (37).

Se encontró un estudio del año 2021 llevado a cabo en Finlandia cuyo objetivo fue analizar la adherencia al automanejo de las personas con multimorbilidad, así como identificar los factores que influyen en esta adherencia. Estudio con diseño exploratorio, de tipo descriptivo con corte transversal, con 124 participantes igual o mayores a 18 años con la coexistencia de dos o más afecciones crónicas. Para evaluar la adherencia al automanejo, se utilizó el autoinforme de adherencia de las personas con condiciones crónicas (ACDI), el cual posee 11 ítems que incluye adherencia a la medicación, cuidados generales, dieta, cooperación, seguimiento, responsabilidad y la disposición de la persona para llevar a cabo el cuidado, 27 ítems que evalúan factores que pueden tener consecuencias negativas para la adherencia. Los resultados mostraron que un 73,4% de los

participantes tenía una buena adherencia de automanejo, el 17,7% una adherencia adecuada y el 8,9% mala adherencia. Por otro lado, en la adherencia a la medicación, el 81,5% de los participantes tenían una buena adherencia, mientras que 14,5% y 4%, respectivamente, refirieron adherencia adecuada y deficiente (38).

En Canadá en el año 2022 se desarrolló un estudio cuyo objetivo fue conocer el apoyo social percibido para establecer su papel protector en la relación entre multimorbilidad y los síntomas depresivos. Este estudio de cohorte prospectivo basado en un estudio longitudinal de Canadá sobre el envejecimiento (CLSA) donde se incluyeron a 16729 participantes con multimorbilidad mayores a 65 años. El apoyo social percibido fue medido mediante la Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos (MOS) que consta de 19 ítems. Los resultados arrojaron que una gran mayoría de las personas que participaron del estudio poseen un buen apoyo social percibido, pero se menciona que en personas con 3 o más condiciones crónicas representaron un menor apoyo social percibido (39).

Asimismo, el 2022 en España se realizó un estudio con el objetivo de analizar la diferencia de sexo que existe con relación al apoyo social percibido en personas mayores multimórbidos con polifarmacia. Estudio de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, participaron 593 personas entre 65 y 74 años con 3 o más condiciones crónicas. El apoyo social percibido fue evaluado mediante el cuestionario Duke-UNC-11 Functional Social Support (DUFSS) en

las dimensiones de apoyo confiado y apoyo efectivo. Los resultados arrojaron una menor puntuación en el apoyo social funcional percibido en mujeres en relación con la reportada por los hombres, esto se ve representado por una puntuación de desviación estándar de 30.2 en hombres vs 28.9 en mujeres con relación al apoyo social confiado y de 14.7 vs 13.9 con el apoyo social afectivo (40).

En el año 2023 en China se publicó un estudio cuyo objetivo fue determinar el papel mediador de la autoeficacia en la asociación entre la alfabetización y la adherencia a la medicación en población con multimorbilidad. Fue un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 328 personas mayores a 60 años con multimorbilidad. La adherencia a la medicación se midió mediante la versión china de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky Green Levine-8 (C-MMAS-8), donde los resultados arrojaron un 7,6% de adherencia alta, un 16,5% adherencia moderada y un 75,9% con adherencia baja (41).

Así mismo, en China en el 2023 fue publicado un estudio cuyo objetivo contempla explorar los factores de riesgo para la deficiente adherencia a la medicación en pacientes mayores con multimorbilidad y polifarmacia. Consistió en un estudio de corte transversal multicéntrico, con una muestra de 773 personas mayores de 65 años con multimorbilidad asociada. La medición de la adherencia a la medicación se evaluó con la escala visual análoga (EVA) la cual consiste en un tipo de medida autoinformada, que constató como resultados una prevalencia de un 68% de

personas adherentes representado por un puntaje EVA mayor a 80 puntos y un 31,8% de personas no adherentes a la medicación (42).

En el 2023 un estudio publicado en Malasia tuvo por objetivo evaluar el impacto de la carga del tratamiento y la alfabetización en salud sobre la adherencia a la medicación entre los adultos mayores con múltiples afecciones crónicas. Este estudio fue de tipo prospectivo y transversal, conformado por una muestra de 346 adultos mayores de 60 años o más con un diagnóstico de dos o más condiciones crónicas. Para evaluar la adherencia a la medicación, utilizaron la Herramienta de Evaluación de Adherencia a la Medicación de Malasia (MyMAAT) validado de 12 ítems, donde se obtuvo como resultado que el 83,2% de los participantes no eran adherentes al tratamiento farmacológico (43).

En el año 2023 en Vietnam se publicó un estudio cuyo objetivo fue probar las asociaciones entre la alfabetización en salud, el apoyo social y la autoeficacia en los comportamientos de autocuidado de personas con múltiples enfermedades crónicas. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal, con una muestra que estuvo conformada por 600 adultos mayores de 18 años con diagnóstico con al menos dos o más condiciones crónicas. Para evaluar el apoyo social percibido se utilizó la Escala Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) con un puntaje que va desde 0-95, y el instrumento de autogestión de enfermedades crónicas (CD-SM) para el nivel de automanejo, con un puntaje de 30-120. Los resultados obtenidos fueron una media de 52,7 con desviación estándar de 10.4, de la cual se interpreta que los participantes percibían un nivel

bajo a moderado de apoyo social y una media de 82,1 para el nivel de automanejo que indica que los participantes tenían un nivel moderado de automanejo (44).

En Corea del Sur, en el año 2024 se publicó un estudio que tuvo por objetivo determinar el nivel de adherencia a la medicación e identificar los efectos mediadores de la depresión y el apoyo social en la relación entre quejas subjetivas de memoria y adherencia a la medicación entre adultos mayores hipertensos con multimorbilidad residentes en la comunidad. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal con una muestra que estuvo conformada por 195 adultos mayores de 65 años o más, con dos o más condiciones crónicas, incluida la hipertensión arterial. Para evaluar la adherencia a la medicación se utilizó el cuestionario Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky Green Levine de 8 ítems (MMAS-8) obteniendo como resultado una adherencia moderada con un promedio de 6,74 y con un porcentaje de 27,7% de personas no adherentes. Por otro lado, para evaluar el apoyo social percibido se utilizó la escala de Park donde puntaje total varía de 25 a 125. El resultado para esta variable fue de un puntaje promedio de 91,99, interpretado como un apoyo social percibido moderado (45). Por otro lado, en el año 2024 en Arabia Saudita, se llevó a cabo una publicación de un estudio con objetivo de evaluar la carga de la multimorbilidad y los factores que influyen en la adherencia a la medicación entre pacientes de atención primaria con multimorbilidad. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal,

con una muestra que estuvo conformada por 422 personas adultas de 18 años o más, con dos o más condiciones crónicas. Para evaluar la adherencia a la medicación se utilizó la Escala General de Adherencia a la Medicación (GMAS), la cual arrojó como resultado en su mayoría de los participantes con una adherencia parcial representado con el 69%, un 13% con adherencia buena, 13% con adherencia alta y solo un 5% con adherencia mala (46).

En el año 2024 en Taiwán se publicó un estudio con el objetivo de comprender la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión, diabetes mellitus y colesterol alto que obtienen medicamentos en farmacias comunitarias. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal con una muestra que estuvo conformada por 66 personas adultas igual o mayores a 20 años con diabetes mellitus, hipertensión arterial e hiperlipidemia. Para evaluar la adherencia a la medicación se utilizó la Escala china de no adherencia a la medicación de dos partes (C-TPMNS), obtenido por resultado un 74,2% de participantes adherentes a la medicación y un 25,8% no adherentes (47).

En el año 2024 en Etiopía se publicó un estudio que tuvo por objetivo evaluar el régimen de medicación y su impacto en la adherencia a la medicación en pacientes con multimorbilidad. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal, con una muestra que estuvo conformada por 416 adultos mayores de 18 años con diagnóstico con al menos dos o más condiciones crónicas. Para evaluar la adherencia a la medicación se utilizó la Escala de Adherencia en Enfermedades

Crónicas (ACDS), donde se obtuvo como resultado un 49,3% de participantes con baja adherencia a su medicación (48).

En el año 2024 en Corea del Sur se publicó un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en las conductas de autocuidado en personas mayores con múltiples afecciones crónicas con base en la Teoría del Autocuidado Individual y Familiar. Estudio de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, participaron 149 personas igual o mayores a 65 años con dos o más condiciones crónicas diagnosticadas. En sus variables, fue medido el automanejo mediante la escala de Socios en Salud (PIH) con puntaje que va desde 0 a 96, y el apoyo social percibido usando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Los resultados arrojaron que el apoyo social percibido tuvo un promedio de 41,36 puntos de 60 y el automanejo obtuvo un promedio de 68,26 de un total de 96 puntos (49).

En China en el año 2025 se realizó una publicación de un estudio que tuvo por objetivo evaluar los niveles de adherencia a la medicación en personas con multimorbilidad e identificar los determinantes clave que influyen en la adherencia a la medicación. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 244 personas adultas mayores de 60 años o más diagnosticadas con dos o más enfermedades físicas crónicas. Para evaluar la adherencia a la medicación se utilizó la Escala de Informe de Adherencia a la Medicación (MARS-5), la cual arrojó como resultado un 29,17% de los

participantes tuvieron un alto nivel de adherencia, un 65,41% con adherencia moderada y un 5,42% con un bajo nivel (50).

De igual modo, en China durante el mismo año 2025 se publicó otro estudio cuyo objetivo fue explorar la relación entre la alfabetización en eHealth y la adherencia a la medicación, además de aclarar el papel que juegan las creencias sobre la medicación en la relación en personas adultas mayores con multimorbilidad. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por un total de 297 adultos mayores igual o mayores a 60 años con dos o más condiciones crónicas. Para evaluar la adherencia a la medicación se utilizó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky-8 (MMAS-8), donde se obtuvo por resultado un 40,1% de participantes con adherencia baja, 43,1% de adherencia moderada y solo un 16,8% con adherencia alta (51).

En el 2025 en China se publicó un estudio que tuvo por objetivo identificar perfiles de comportamiento de autocuidado en pacientes multimórbidos y explorar cómo la carga de trabajo, la capacidad y sus interacciones influyen en estos perfiles. Estudio con diseño secuencial explicativo de métodos mixtos donde participaron 1920 personas igual o mayores a 18 años con diagnóstico de dos o más condiciones crónicas. El automanejo fue medido utilizando la escala de Socios en Salud (PIH), obteniendo por resultado mediante un análisis cuantitativo que reveló tres perfiles de comportamiento de automanejo según la dimensión donde se obtuvo mayor puntaje. De lo anterior, el perfil basado en síntomas con una media de escala de 31,48 que corresponde al 8,0% de los participantes, perfil

de compromiso pasivo con una media de 59,08 correspondiente al 29,5% y perfil de cooperación activa con una media de 78,97 que se manifiesta en un mayor porcentaje de 62,5% de los participantes (52).

A pesar de la creciente importancia de comprender los desafíos y las estrategias de automanejo en individuos que enfrentan múltiples condiciones de salud simultáneamente, la escasez de investigaciones específicas en este ámbito es evidente. Por lo tanto, surge la necesidad de dirigir esfuerzos de investigación hacia esta población particular, con el fin de desarrollar un entendimiento más completo y respaldado por evidencia científica sobre cómo las personas con multimorbilidad manejan sus condiciones crónicas.

### **III. OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES**

#### 3.1 Objetivo General

Conocer el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con los indicadores de impacto, entre ellos, hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

#### 3.2 Objetivos Específicos

OE1: Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

OE2: Describir el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel

de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

OE3: Describir los indicadores de impacto hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

OE4: Identificar la relación entre las variables sociodemográficas, automanejo, apoyo social percibido, adherencia al tratamiento farmacológico, así como con los indicadores de impacto en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

OE5: Determinar la relación del nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido con los indicadores de impacto en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

### 3.3 Hipótesis

H1: las personas con un alto nivel de automanejo se relacionan con un menor número de asistencia a servicios de urgencia, menor número de hospitalizaciones y mayor autopercepción de salud.

H2: las personas con un alto apoyo social percibido se relacionan con un menor número de asistencia a servicios de urgencia, menor número de hospitalizaciones y mayor autopercepción de salud.

H3: las personas adherentes al tratamiento farmacológico se relacionan con un menor número de asistencia a servicios de urgencia, menor número de hospitalizaciones y mayor autopercepción de salud.

### 3.4 Variables

En la siguiente tabla se presentan las variables de investigación, las cuales se encuentran conceptualizadas y operacionalizadas en anexos (Anexo N°1).

**Tabla N°1.** Variables de estudio.

<b>Variables biosociodemográficas</b>	<b>Variables independientes</b>	<b>Variables dependientes</b>
Edad	Nivel de automanejo	Número de hospitalizaciones por descompensación clínica
Sexo		
Estado civil		
Nivel educativo		
Situación laboral	Adherencia al tratamiento farmacológico	Número de asistencia a servicios de urgencias
Ingreso mensual familiar		
Número de condiciones crónicas		
Número de controles de salud anual		

Número de medicamentos indicados	Apoyo social percibido	Autopercepción de salud
Actividad física		
Consumo de tabaco		
Consumo de alcohol		

Fuente: Richard Riffo Parra. Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con los indicadores de impacto en personas con multimorbilidad.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de estudio y diseño**

Estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. El cual se caracteriza por detallar las propiedades y atributos de conceptos, fenómenos, variables o acontecimientos en un contexto específico con el objetivo de describir o caracterizar a una población específica sujeta a investigación. En este proceso, la recopilación de datos se lleva a cabo en un único momento. Después de esta etapa, se busca establecer una conexión o nivel de asociación entre dos o más variables en un entorno concreto (53).

### **4.2 Universo**

Conformado por el total de personas con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3, que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén. Este se encuentra conformado por 239 personas, distribuidas en los CESFAM Hualpencillo, Talcahuano Sur y La Floresta con al menos 6 meses en la estrategia (Fuente: ley de transparencia, Cesfam de Hualpén).

### **4.3 Unidad de análisis**

Corresponde a la persona con multimorbilidad categorizada en nivel de

riesgo alto G3, usuaria de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén.

#### 4.4 Marco muestral

##### 4.4.1 Muestra

El cálculo estimado de la muestra se realizó con el programa Epidat 3.1 y Gpower 3.0, considerando el modelo de regresión lineal múltiple para las tres variables predictoras (54,55). El tamaño de muestra considerando un 80% de aceptación arrojó una muestra de 80 personas. Con este valor se puede dar respuesta a la pregunta de investigación descriptiva para las variables respuestas (Epidat 3.1). Por otro lado, para la pregunta de investigación correlacional, utilizando un tamaño de efecto mediano ( $f^2=0,15$ ), potencia de 0.8, se necesitó una muestra de 77 personas para las variables dependientes (Gpower 3.0) (Anexo N°2).

##### 4.4.2 Método y técnica de muestreo

El muestreo fue de tipo no probabilístico y por conveniencia. Esta modalidad de muestreo se destaca por seleccionar un subconjunto de la población en el cual la elección de los elementos no se rige por la probabilidad, sino por las particularidades de la investigación. Este grupo está compuesto por casos disponibles a los cuales se tiene acceso y su importancia radica en la exhaustiva exploración de las unidades de análisis, posibilitando así la comprensión del comportamiento de las variables de interés en dicho contexto

(53). Este tipo de muestreo fue seleccionado debido a la disponibilidad de participantes en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, donde en su mayoría son categorizados en nivel de riesgo alto G3, permitiendo dar respuesta a la pregunta de investigación y objetivos planteados.

#### 4.4.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- a. Personas inscritas en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los CESFAM Hualpencillo, Talcahuano Sur y La Floresta.
- b. Personas mayores de 18 años.
- c. Personas con multimorbilidad categorizadas en nivel de riesgo alto G3 (5 o más condiciones crónicas).
- d. Con al menos 6 meses desde el ingreso al programa (Según Prochaska y Di Clemente los cambios objetivos en la conducta se realizan entre uno a seis meses) (56).

Criterios de exclusión:

- a. Personas con deterioro cognitivo diagnosticado. Estas personas pueden presentar dificultad para recordar y comunicar la información solicitada en los cuestionarios y/o escalas, lo que podría afectar la fiabilidad de los datos recopilados. Entre los diagnósticos se pueden encontrar el Alzheimer y demencia, los cuales fueron verificados por un profesional en el sistema de registro.

### 4.3 Procedimiento y Técnicas de recolección de información

#### 4.3.1 Descripción de instrumento recolector de datos

Los instrumentos aplicados para llevar a cabo la recolección de datos se detallan a continuación:

##### A.- Cuestionario biosociodemográfico.

Este instrumento fue desarrollado por el investigador y aplicado por este mismo a cada participante para obtener información sobre sus datos biosociodemográficos que permitieron caracterizar a la población en estudio, esto incluye datos como la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, ingreso mensual familiar, número de condiciones crónicas, número de controles de salud anual, número de medicamentos indicados, hospitalizaciones, asistencia a urgencia, actividad física, consumo de alcohol y tabaco. Además, se incluyó una interrogante formulada por el investigador con el propósito de conocer la autopercepción de salud, definida ¿Cómo calificaría a su estado de salud actual?, categorizada como excelente, buena, regular y mala. (Anexo N°3).

##### B.- Cuestionario de Morisky Green Levine (MMAS-8).

El cuestionario tiene por finalidad medir la adherencia al tratamiento farmacológico y fue aplicado por el investigador. En su versión original, fue elaborado y validado por Morisky D., y colaboradores, en el año 2008, detectando un coeficiente Alfa de Cronbach para los 8 ítems de 0.83 (57). En Chile, el cuestionario fue validado por Valencia F. et al., en el año 2017, donde se constató

un Alfa de Cronbach de 0.64 y se concluye como una herramienta sensible que permite identificar a personas que no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico y es útil para determinar la probabilidad de que, al detectar a alguien que sigue el régimen terapéutico, realmente cumpla con la toma de medicamentos (58).

Está conformado por siete preguntas con respuestas dicotómicas (si/no) y una octava pregunta con escala tipo Likert desde “Nunca” a “Siempre”. El puntaje puede ir entre el rango de 0 a 8 puntos. El puntaje de cada pregunta dicotómica varía entre 0 y 1, a diferencia de la pregunta 8 donde los puntajes se clasifican en 1 punto “nunca/rara vez”, 0.75 puntos “de vez en cuando”, 0.5 puntos “a veces”, 0.25 puntos “habitualmente” y 0 puntos “siempre”. Para su interpretación, los puntajes pueden agruparse en tres categorías: <6 puntos “adherencia baja”, de 6 a 7 puntos como “adherencia moderada” y 8 puntos como “adherencia alta” (Anexo N°3). Esta nueva versión original tiene beneficios en comparación con otros cuestionarios debido a su amplio uso en diversas condiciones crónicas, grupos de personas y naciones, siendo altamente utilizados en estudios de investigación (59).

C.- Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet.

La escala tiene por finalidad medir el apoyo social percibido y fue aplicada por el investigador. En su versión original, fue elaborado y validado por Zimet G., Dahlem N. y Farley G., en el año 1988, encontrando para toda la escala un

coeficiente Alfa de Cronbach de 0.85 (60). El cuestionario fue adaptado y validado en Chile por Arechabala y Miranda en el año 2002 en personas mayores. Las autoras informan que la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,86 (61).

Está conformado por 12 ítems que recogen información del apoyo social percibido por las personas en tres dimensiones: familia, amigos y otros que sean significativos. Está compuesta por una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, desde 1=casi nunca a 4=casi siempre (Anexo N°3). Posee un puntaje máximo de 48 puntos y un mínimo de 12 puntos, donde a mayor puntaje obtenido se correlaciona a mayor apoyo social percibido y viceversa (61).

D.- Cuestionario Partners in Health (Socios en Salud).

Este cuestionario es utilizado para medir el nivel de automanejo y fue aplicado por el investigador. En su versión original, fue elaborado y validado por un equipo de investigadores de la Universidad Flinders de Australia durante el año 2003, el cual tiene como objetivo evaluar el comportamiento del automanejo en personas con alguna condición crónica conformado por 12 preguntas y 4 dimensiones: conocimiento de automanejo ítems 1 y 2, alianza personal de salud/paciente 3,4,5,6; reconocimiento de los síntomas 7 y 8 y Afrontamiento 9,10, 11 y 12. La sumatoria global va en rangos de 0 a 96 puntos; con los siguientes puntajes: conocimiento de 0-16; cuidados médicos de 0-56; manejo del impacto físico, emocional y social de 0-24. Está compuesta por una escala de respuesta tipo

Likert calificando cada ítem con un puntaje de 0 a 2 “muy poco”, de 3 a 5 como “algo” y de 6 a 8 como “mucho”, donde la persona debe seleccionar el número que ella estime conveniente. La interpretación de los resultados es a mayor puntaje, mejor nivel de automanejo (62). La confiabilidad del instrumento reportó un Alpha de Cronbach de 0.82 (62).

En otra perspectiva, en América Latina, Peñarrieta y su equipo llevaron a cabo la validación de la escala Socios en Salud específicamente para la población mexicana y peruana. Este proceso arrojó resultados positivos en términos de confiabilidad, evidenciados por un alfa de Cronbach de 0,72 (63).

Esta escala original se encuentra en inglés y ha sido validada al español en diversos países de Latinoamérica, mientras que, en Chile, su uso es sugerido por parte del MINSAL (64).

Actualmente en Chile, se cuenta con el cuestionario adaptado semánticamente al español de Chile llevado a cabo por Durán D. en el año 2025. El cuestionario estuvo sometido a un comité de expertos y entrevistas cognitivas, conservando sus 12 ítems originales y por tres dimensiones, “conocimiento” (Ítems 1-2), “adherencia” (Ítems 3-8) y “Manejo de signos y síntomas” (Ítems 9-12), el cual fue utilizado en esta investigación para efectos de la recolección de datos (Anexo N°3).

#### 4.3.2 Procedimiento de recolección

Para la operacionalización del proceso de recolección de información se llevó a cabo:

- A. En primera instancia, se solicitó por medio de una carta la autorización y apoyo dirigida a director/a de la Dirección de Administración de Salud Municipal (DAS) de la comuna de Hualpén y a la autoridad máxima de los CESFAM Hualpencillo, Talcahuano Sur y La Floresta. Se presentaron las directrices de la investigación, con la finalidad de establecer una comunicación transparente y colaborativa (Anexo N°5-6).
- B. Se solicitó la evaluación del Comité Ético científico de la Facultad de Enfermería, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano (SST).
- C. Una vez obtenida la autorización de los tres Comités Ético Científico se invitó formalmente a una reunión por medio de la dirección del centro asistencial a los profesionales de la salud encargados de brindar atención en ECICEP, en la cual se informó con respecto al proyecto de investigación. Aquellos profesionales que manifestaron interés en participar durante la etapa de reclutamiento, cumplieron la función de realizar la invitación formal al estudio a las personas que asistan a control u otra actividad dentro del CESFAM.

- D. Durante la invitación por el profesional, cuando la persona aceptó participar del estudio, según la disponibilidad de espacio físico (box) en el CESFAM y tiempo del investigador, se realizó la entrevista el mismo día en que las personas tenían su control de salud. De lo contrario, en caso de una nula disponibilidad de espacio físico, el investigador se puso en contacto con la persona mediante una llamada telefónica para concertar una cita en el CESFAM, explicando la finalidad del estudio y su participación en éste. Para cada CESFAM se destinó un período de tiempo determinado, lo cual fue fijado mediante una reunión con el encargado(a) de ECICEP y disponibilidad de espacio físico para llevarlo a cabo. Es relevante mencionar que se le fue especificado a la persona que no perderá ningún beneficio en caso de entregar una negativa de participar de la investigación. Además, se explicitó que el financiamiento en relación con los costos de pasajes para asistir a la entrevista debía ser pagado de forma autónoma.
- E. Cuando la persona asistió a su cita agendada con el investigador en el CESFAM, se explicó su participación en la investigación, se aclararon dudas y se llevó a cabo el proceso de consentimiento informado, por medio de su lectura en conjunto con la persona que deseaba participar. Cuando la persona estaba de acuerdo con su participación en la investigación, se procedió a firmar el C.I en presencia del Ministro/a Fe. En caso de no aceptar participar se agradeció su tiempo y finalizó la entrevista. Posterior

a ello, se llevó a cabo el proceso de recolección de información mediante la aplicación del cuestionario conformado por cuatro partes: cuestionario biosociodemográfico, cuestionario de Morisky Green Levine-8, cuestionario “Socios para la Salud” y Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS). Los cuestionarios y/o escalas fueron aplicados por el investigador en una única oportunidad, en un box o dependencia que el CESFAM dispuso y con una duración de 30 minutos aproximadamente, incluyendo el proceso de consentimiento informado.

- F. Una vez concretado el proceso de recolección de información, posterior a ello, se dieron a conocer los agradecimientos por su participación y se otorgó la disponibilidad del investigador para responder a cualquier duda mediante los medios de comunicación especificados en el C.I.

#### 4.4.3 Prueba piloto

La prueba piloto se realizó en el período de tiempo entre el 13 de enero y el 20 de mayo del 2025 en las dependencias de los Centros de Salud Familiar de Hualpén, luego de la aprobación por parte de la directora del CESFAM y el Comité Ético Científico correspondiente. Esta se ejecutó por el investigador responsable en el período anteriormente señalado.

Su propósito fue conocer, en contacto directo con las personas, las dificultades en la implementación, la comprensión del lenguaje y el tiempo de aplicación para los cuatro instrumentos de recolección de datos. La prueba piloto

contó con proceso de consentimiento informado (ANEXO N°5) y recolección de información. Posterior a ello, se continuó con la recolección de datos según la muestra requerida.

De acuerdo con el diseño del estudio y su objetivo, esta prueba incluyó a 12 personas para el cumplimiento del propósito anteriormente mencionado (65). Para ello, los criterios de selección fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- a. Personas inscritas en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas.
- b. Personas mayores de 18 años.
- c. Personas con multimorbilidad categorizadas en nivel de riesgo alto G3 (5 o más condiciones crónicas).
- d. Con al menos 6 meses desde el ingreso al programa.

Criterios de exclusión:

- a. Personas con deterioro cognitivo diagnosticado. Estas personas pueden presentar dificultad para recordar y comunicar la información solicitada en los cuestionarios y/o escalas, lo que podría afectar la fiabilidad de los datos recopilados. Entre los diagnósticos se pueden encontrar el Alzheimer y demencia, los cuales fueron verificados por un profesional en el sistema de registro.

Las personas que participaron de esta actividad, no fueron incluidas en la muestra y resultados finales.

#### 4.4 Procesamiento y análisis de los datos

Los datos se codificaron en una planilla Excel, para su posterior análisis en el software SPSS Statistics V22. Esta plataforma ofrece un análisis estadístico avanzado, es utilizado para realizar la captura y análisis de datos para crear tablas y gráficas con data compleja (66).

**Tabla N°2.** Procesamiento y análisis de los datos.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Variables</b>	<b>Tipo de análisis/estadígrafo utilizado</b>
OE1: Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las	Variables biosociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, ingreso mensual, número de condiciones crónicas, número de controles de salud anual, número de medicamentos	Estadística descriptiva / Tablas de frecuencia y medidas de resumen de tendencia central y dispersión (media, mediana, moda, rango, varianza y desviación estándar) para las variables cuantitativas.

<p>Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>indicados, actividad física, consumo de tabaco y alcohol.</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.</p>
<p>OE2: Describir el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud</p>	<p>Variables independientes: Nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido.</p>	<p>Estadística descriptiva /Análisis previo de consistencia interna (Alfa de Cronbach). Los puntajes totales de cada escala se presentarán mediante tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, rango, varianza, desviación estándar). Para la variable adherencia al ser categórica se presentará en</p>

<p>Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>		<p>frecuencias absolutas y relativas.</p>
<p>OE3: Describir los indicadores de impacto hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en usuarios con</p>	<p>Variables dependientes: hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a servicios de urgencias y autopercepción de salud.</p>	<p>Estadística descriptiva/ Tablas de frecuencias y medidas de resumen.  -Tendencia central: media, mediana y moda.</p>

<p>multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>		<p>-Dispersión: varianza, desviación estándar y rango.</p>
<p>OE4: Identificar la relación entre las variables sociodemográficas, automanejo, apoyo social percibido, adherencia al tratamiento farmacológico, así</p>	<p>Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, ingreso mensual percibido. Variables independientes: automanejo, adherencia al</p>	<p>Análisis bivariado: -Comparación de medias. -Prueba estadística ANOVA y Chi-cuadrado de Pearson (Significancia estadística).</p>

<p>como con los indicadores de impacto en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>tratamiento farmacológico, apoyo social percibido.</p> <p>Variables dependientes: hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a servicios de urgencia y autopercepción de salud.</p>	
<p>OE5: Determinar la relación del nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo</p>	<p>Variables dependientes: hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a servicios de urgencia y autopercepción de salud.</p>	<p>El contraste de hipótesis se presentará mediante estadísticos de correlación mediante modelos de regresión lineal múltiple (Pearson</p>

<p>social percibido con los indicadores de impacto en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>Variables independientes: nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido.</p>	<p>o Spearman). Los contrastes serán significativos al 5%. Se utilizará intervalo de confianza del 95%.</p>
--	---	---

Fuente: Richard Riffo Parra. Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad.

## V. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS

La investigación científica es un proceso riguroso y ético, por lo tanto, se hizo necesario incluir los ocho principios éticos de Ezequiel J. Emanuel que rigen toda investigación que involucra a personas como sujetos de estudio y la ley 20120 promulgada en Chile en el año 2006 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana (67,68). En la presente investigación estos principios éticos son descritos a continuación:

1. Asociación colaborativa: se buscó la colaboración con la Dirección Administración Municipal de Salud de Hualpén, y con los /las directivas de cada uno de los Centros de Salud a quienes se solicitó su autorización y respaldo para llevar a cabo la investigación mediante una solicitud formal escrita. Aquella interrelación se hizo fundamental para obtener el acceso a los participantes quienes son los colaboradores fundamentales para llevar a cabo la recolección de información y la investigación propiamente tal. Se anexa carta de solicitud de apoyo a la DAS y CESFAM (Anexo N°5-6).
2. Valor social: la investigación contribuyó en caracterizar a la población con multimorbilidad categorizada como nivel de riesgo alto G3 mediante las variables biosociodemográficas, el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido, estableciendo como influyen con los indicadores de impacto. Estos resultados, permitieron

conocer el avance de la estrategia ECICEP en el desarrollo de actitudes y/o habilidades de las personas para mantener y mejorar su estado de salud en el contexto de múltiples condiciones crónicas, entregando información primordial al equipo de salud con relación a las variables consideradas para detectar el impacto que han tenido las intervenciones que contempla la estrategia ministerial. Según la calidad de los resultados obtenidos, podría generar ideas para la búsqueda de modificación o integración de nuevas intervenciones para alcanzar resultados más positivos en la salud de las personas, ayudándolas a manejar de forma proactiva sus condiciones crónicas mediante planes de cuidados sustentados en la evidencia científica.

3. Validez científica: la validez interna científica de este estudio de enfoque cuantitativo no experimental, de corte transversal y con alcance descriptivo y correlacional, se fundamenta en la rigurosidad metodológica empleada durante su diseño, ejecución y análisis, siguiendo la pauta de la metodología cuantitativa de R.H Sampieri (53). Además, se utilizarán instrumentos de recolección de datos correctamente validados y fiables, así como también una adecuada selección de la muestra.
4. Selección justa de los participantes: la selección de participantes para la conformación de la muestra se basó en la interrogante de investigación y los objetivos planteados, para ello se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión que respetan la individualidad de cada persona, otorgando así

igualdad de oportunidad de participar de la investigación de carácter voluntario durante el período de recolección de datos en los CESFAM Hualpencillo, Talcahuano Sur y La Floresta, ya que cuenta con una cantidad necesaria de personas inscritas en ECICEP. Se utilizó el muestreo de tipo no probabilístico y por conveniencia debido a la disponibilidad y facilidad de acceso a los participantes. Se incluyeron solo personas con nivel riesgo alto G3 debido a la mayor población ingresada, esto debido a que la estrategia contempla su inicio con este nivel.

5. Balance riesgo-beneficio favorable: se estimó que los riesgos asociados a la participación de las personas en el estudio fueron mínimos y estos se relacionaron fundamentalmente con la evocación de circunstancias vinculadas a la vida personal, social y familiar de los participantes que pudieron generar incomodidades durante o después de la aplicación de cada uno de los instrumentos de recolección de información. En el supuesto caso de presentarse lo anterior mencionado, se procedió a brindar la primera ayuda psicológica por parte del investigador, sin embargo, no fue necesario derivar a un profesional de la salud al interior del CESFAM, ya que de los cuatro pacientes que resultaron afectados por las interrogantes del cuestionario de apoyo social se encontraban recibiendo atención de salud mental. Sin embargo, la probabilidad y/o magnitud de los beneficios potenciales esperados se estimaron mayores que los riesgos a los cuales pudieron verse expuestos.

En relación con el manejo de la información privada de los participantes, con la finalidad de minimizar el riesgo de divulgación de la información recolectada, será resguardada y protegida bajo la responsabilidad del investigador, el cual mantendrá la información encriptada en una nube de almacenamiento electrónica (OneDrive) y en formato papel que será eliminada posterior a 15 años transcurridos.

6. Evaluación independiente: con el propósito de evitar conflictos de interés y minimizar los riesgos para los participantes, la presente investigación fue evaluada en una primera instancia por el Comité Ético Científico (CEC) de Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. Posterior a ello, debió ser evaluado por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Por último, se llevó a cabo una evaluación por parte del CEC del Servicio de Salud Talcahuano, cumpliendo por requisito obtener la aprobación de los tres comités (Anexo N°7).
7. Consentimiento Informado: este documento ético-legal (Anexo N°8-9), tuvo un papel fundamental en garantizar el respeto a la privacidad, los derechos humanos y la dignidad de los participantes en investigaciones, siendo la manifestación concreta del derecho y el reconocimiento de la autonomía de un individuo en el ámbito de la investigación en salud (69). Se incluyeron en el estudio a todos los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, aceptando libre y voluntariamente su participación,

cautelando la confidencialidad y anonimato de los datos, siendo responsable de esto el investigador.

8. Respeto por los participantes: Los participantes del estudio fueron tratados con consideración, dignidad y respeto durante toda la investigación. Este requisito incluyó la voluntariedad de participación, oportunidad de retirarse en cualquier momento durante el estudio, recibir información si es solicitada o en caso de ocurrir algún cambio que deba ser comunicado, mantenimiento de la confidencialidad en el manejo de los datos personales custodiados por el investigador responsable y finalmente el derecho de recibir los resultados del estudio. En relación con la confidencialidad, para el procesamiento de datos los nombres fueron reemplazados por un número de folio ingresados en una plantilla de Excel que contiene los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados. La comunicación de resultados del estudio es parte fundamental, para ello se desarrolló un informe con los resultados que fueron compartido con los tres CESFAM participantes y además se reflejó por medio de un afiche a la comunidad ubicado en los paneles informativos. Cada participante del estudio tuvo derecho a recibir un informe legible y comprensible a su realidad educacional con los resultados obtenidos.

## VI. RESULTADOS

### 1. Caracterización de la muestra

#### 6.1 Análisis estadístico descriptivo caracterización sociodemográfica

**Tabla N°3.** Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

Variable		n	%	Media (±DE)	Mediana
Edad (años)	[40-49]	3	3,8	67 ±	69,0
	[50-59]	15	18,8	10,0	
	[60-69]	26	32,5	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
	[70-79]	28	35,0	41	86
	[80-86]	8	10,0		
Sexo	Hombre	30	37,5		
	Mujer	50	62,5		
Estado civil	Soltero/a	15	18,8		
	Casado/a	52	65,0		
	Divorciado/a	4	5,0		
	Viudo/a	7	8,8		
	Separado/a	2	2,5		
	Educación básica incompleta	16	20,0		

Nivel educativo	Educación básica completa	16	20,0
	Educación media incompleta	13	16,3
	Educación media completa	21	26,3
	Educación superior	14	17,5
Situación laboral	Trabajador independiente	7	8,8
	Trabajador dependiente	11	13,8
	Cesante	7	8,8
	Jubilado/a o pensionado/a	55	68,8
Ingreso mensual familiar	Menor a \$100.000	1	1,3
	\$100.000-\$300.000	23	28,7
	\$301.000-\$500.000	26	32,5
	\$501.000-\$700.000	19	23,8
	\$701.000-\$900.000	9	11,3
	Mayor a \$1.000.000	2	2,5

Fuente: Richard Riffo Parra. Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad.

La recolección de datos y el análisis estadístico descriptivo permitió obtener la información de las características sociodemográficas de la muestra conformada por 80 personas.

La edad de los participantes osciló entre los 41 y 86 años, con una media de 67,16 años, concentrándose en el rango de edad de 60-69 y 70-79. Del total de los participantes, el 62,5% eran mujeres y un 37,5% correspondieron a hombres. Con relación al estado civil, un porcentaje elevado se concentró en personas casadas con un 65,0 %, seguido de personas solteras con un 18,8%. Respecto al nivel educativo, destaca la educación media completa con un 26,3%, continuado por educación básica incompleta con 20,0% y educación básica completa con 20,0%. En cuanto a la situación laboral, un 68,8% correspondía a personas jubiladas o pensionadas. Finalmente, el ingreso mensual percibido se concentró en los rangos \$301.000-\$500.000, \$100.000-\$300.000 y \$501.000-\$700.000 con un 32,5%, 28,7% y 23,8% respectivamente.

## 6.2 Análisis estadístico descriptivo caracterización clínica.

**Tabla N°4.** Características clínicas de los participantes del estudio.

Variable		n	%	Media (±DE)	Mediana
Número de condiciones crónicas	3	12	15,0	5,1 ± 1,5	5,0
	4	21	26,3		
	5	15	18,8		
	6	15	18,8		
	7	12	15,0		
	8	3	3,8		

	9	2	2,5		
Condiciones crónicas	Diabetes Mellitus tipo 2	68	85,0		
	Hipertensión Arterial	66	82,5		
	Obesidad	46	57,5		
	Dislipidemia	39	48,8		
	Artrosis	25	31,3		
	Hipotiroidismo	23	28,7		
	Enfermedad renal crónica	16	20,0		
	Asma	15	18,8		
	Hipoacusia	12	15,0		
	Depresión	11	13,8		
	Retinopatía diabética	10	12,5		
	Anormalidad en la marcha y/o movilidad	10	12,5		
	Glaucoma	9	11,3		
	EPOC	7	8,8		
Cataratas	5	6,3			

Hiperplasia prostática benigna	4	5,0
ACV secuelado	4	5,0
Trastorno de ansiedad generalizada	4	5,0
Trastorno del sueño (insomnio)	3	3,8
Fibromialgia	3	3,8
Gota	3	3,8
Síndrome de colon irritable	3	3,8
Arritmia cardiaca crónica	2	2,5
Neuropatía diabética	2	2,5
Vértigo crónico	2	2,5
IAM	2	2,5
Gastritis crónica	2	2,5
Apnea del sueño	1	1,3
Cirrosis hepática	1	1,3
Fibrosis pulmonar	1	1,3

	Fibrilación auricular crónica	1	1,3	
	Hernia discal lumbar	1	1,3	
	Trastorno bipolar	1	1,3	
	Neuralgia	1	1,3	
	Artritis reumatoide	1	1,3	
	Insuficiencia cardíaca	1	1,3	
	Rosácea	1	1,3	
	Anemia crónica	1	1,3	
	Esquizofrenia	1	1,3	
	Artritis	1	1,3	
	Enfermedad de Sjögren	1	1,3	
	Bloqueo AV completo (marcapaso)	1	1,3	
Número de controles integrales al año	4 controles	80	100%	
	2	9	11,3	
	3	2	2,5	

Número de medicamentos	4	12	15,0	6,2 ± 2,8	6,0
	5	13	16,3		
	6	12	15,0		
	7	8	10,0		
	8	6	7,5		
	9	9	11,3		
	10	2	2,5		
	11	4	5,0		
	12	2	2,5		
	17	1	1,3		
Actividad física	NO	41	51,2		
	SI	39	48,8		
Días a la semana de actividad física	1	4	10,3	5,00 ± 2,3	7,00
	2	5	12,8		
	3	3	7,7		
	4	3	7,7		
	5	4	10,3		
	7	20	51,3		
Tiempo por día de actividad física	Menor a 30 min por día	5	12,8		

	Mayor o igual a 30 min por día	34	87,2		
Consumo de tabaco	NO	68	85,0		
	SI	12	15,0		
Cigarros diarios				6,8 ± 5,7	4,5
Consumo de alcohol	NO	75	93,8		
	SI	5	6,3		
Consumo diario de alcohol (ml)				1720,0	700,0
Días a la semana de consumo de alcohol	1	5	100,00		

Fuente: Richard Riffo Parra. Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad.

Los participantes presentaron entre 3 y 9 condiciones crónicas, con una media de 5,14. Entre las condiciones crónicas mayormente reportadas por los participantes se destacan DM2 (85,0%), HTA (82,5%), obesidad (57,5%), dislipidemia (48,8%) y artrosis (31,3). Respecto de los controles de salud los participantes reportaron que reciben 4 controles de salud al año. En relación con

la cantidad de medicamentos, hubo una variación entre 2 a 17 medicamentos, con una media de 6,2. En cuanto a la actividad física solo un 48,8% efectuaba dicha actividad. De los participantes que realizan actividad física un 51,3% lo realizaba 7 días a la semana y un 87,2%, lo efectuaba en un tiempo mayor o igual a 30 minutos por día. Con respecto al consumo de tabaco, el 85,0% de los participantes reportó no consumir. Finalmente, se destaca que el 93,8% de los participantes no ingería alcohol.

## 2. Análisis estadístico descriptivo variables independientes

### 6.3 Automanejo

**Tabla N°5.** Análisis estadístico de fiabilidad escala Socios en Salud.

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach basada en elementos</b>	<b>N° de elementos</b>
0,848	0,856	12

Para evaluar la fiabilidad interna del instrumento “Socios en Salud” se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach el cual fue de 0,84. Este valor indica un nivel de consistencia interna aceptable, lo que respalda la fiabilidad de la escala empleada en este estudio (52,62,63).

**Tabla N°6.** Automanejo según escala Socios en Salud.

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Nivel de automanejo	86,7	90,0	9,7	29	96
	<b>n</b>		<b>%</b>		
Bajo (0-32)	1		1,3		
Moderado (33-64)	1		1,3		
Alto (65-96)	78		97,5		

Nota: El puntaje puede ir entre el rango de 0 a 96 puntos. A mayor puntaje, mayor automanejo. En donde, el puntaje de cada pregunta varía entre 0 y 8. Para su interpretación, los puntajes de cada pregunta pueden agruparse en tres categorías: de 0 a 2 “muy poco”, de 3 a 5 como “algo” y de 6 a 8 como “mucho”.

El análisis estadístico descriptivo permitió conocer las características generales de las puntuaciones relacionadas con el automanejo. El puntaje mínimo registrado fue de 29 puntos, mientras que el máximo alcanzó los 96. La media de las puntuaciones de automanejo para el puntaje global fue de 86,7 con una desviación estándar de 9,7. Con la finalidad de establecer rangos de categorías según el nivel de automanejo, el puntaje total posible (0-96) se segmentó en tres intervalos proporcionales, lo que facilitó una categorización clara y uniforme. De acuerdo con la categorización obtenida, se observó que un 97,5% de los participantes tenía un alto nivel de automanejo (65-96) y con un 1,3% en la categoría moderado (33-64) y bajo (0-32).

**Tabla N°7.** Análisis descriptivo por ítems escala de automanejo Socios en Salud.

<b>Pregunta</b>	<b>Media (±DE)</b>
1. En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:	6,5±1,6
2. En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos es:	7,0±1,3
3. Toma los medicamentos y lleva a cabo las recomendaciones indicadas por su médico o trabajador de salud:	7,5±0,9
4. Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o trabajador de salud:	7,3±1,2
5. Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención necesaria para obtener servicios acordes a su cultura, valores y creencias:	7,4±1,1
6. Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud:	7,5±1,0
7. Puede reconocer sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):	7,6±1,0

8. Toma medidas a las primeras señales de alerta y cuando los síntomas empeoran:	7,7±0,8
9. Puede manejar los problemas que le genera su estado de salud cuando realiza la actividad física diaria (como caminar o hacer las tareas del hogar):	7,1±1,4
10. Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual, relacionado con su estado de salud:	6,7±1,8
11. Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud:	7,4±1,3
12. En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés).	6,5±1,5

Nota: El puntaje puede ir entre el rango de 0 a 96 puntos. A mayor puntaje, mayor automanejo. En donde, el puntaje de cada pregunta varía entre 0 y 8. Para su interpretación, los puntajes de cada pregunta pueden agruparse en tres categorías: de 0 a 2 “muy poco”, de 3 a 5 como “algo” y de 6 a 8 como “mucho”.

Al realizar el análisis por cada pregunta del cuestionario Socios en Salud, se identificaron algunos ítems de la dimensión de “adherencia” con los promedios de puntajes más elevados, aunque esta diferencia no es tan significativa. Entre estos ítems destaca la pregunta 8 (“Toma medidas a las primeras señales de alerta y cuando los síntomas empeoran”), la cual obtuvo la media más alta, con un promedio de 7,7 (DE ±0,8). Le prosigue la pregunta 7 (“Puede reconocer sus

síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo”), con un promedio de 7,6 (DE  $\pm 1,0$ ) y la pregunta 3 (“Toma los medicamentos y lleva a cabo las recomendaciones indicadas por su médico o trabajador de salud”), con promedio 7,5 (DE  $\pm 0,9$ ).

En contraposición, la pregunta 1 (“En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es”) de la dimensión “conocimiento”, obtuvo el promedio más bajo con 6,5 (DE  $\pm 1,6$ ) y la pregunta 12 (“En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana, por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés”) de la dimensión “manejo de signos y síntomas”, con un promedio de 6,5 (DE  $\pm 1,5$ ).

#### 6.4 Adherencia al tratamiento farmacológico

**Tabla N°8.** Análisis estadístico de fiabilidad escala Morisky Green Levine-8.

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados</b>	<b>N° de elementos</b>
0,611	0,633	8

Para evaluar la fiabilidad interna del instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico “Morisky Green Levine-8” se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach el cual fue de 0,611. Este valor indica un nivel de consistencia interna aceptable, lo que respalda la fiabilidad de la escala empleada en este estudio (38,41,58).

**Tabla N°9.** Nivel de adherencia según escala Morisky Green Levine-8.

<b>Condición crónica</b>		<b>Frecuencia</b>			<b>Porcentaje</b>	
Diabetes Mellitus tipo 2		14			17,5	
Hipertensión Arterial		66			82,5	
<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Media (±DE)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Adherencia baja	18	22,5	6,7 ± 1,3	7,0	3,5	8,00
Adherencia moderada	27	33,8				
Adherencia alta	35	43,8				

Nota: El puntaje puede ir entre el rango de 0 a 8 puntos. En donde, el puntaje de cada pregunta varía entre 0 y 1. Para su interpretación, los puntajes pueden agruparse en tres categorías: <6 puntos “adherencia baja”, de 6 a 7 puntos como “adherencia moderada” y 8 puntos como “adherencia alta”.

El análisis estadístico descriptivo permitió conocer las características generales de las puntuaciones relacionadas con la adherencia al tratamiento farmacológico.

El instrumento se aplicó a 66 personas que tenían diagnóstico de HTA y 14 personas con DM2. Se identificó que el grupo con adherencia alta representó el 43,8 % del total, seguido de una adherencia moderada con 33,8 % y solo un 22,5 % de los participantes presentó una adherencia baja.

#### 6.5 Apoyo social percibido

**Tabla N°10.** Análisis estadístico de fiabilidad Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS).

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados</b>	<b>N° de elementos</b>
0,851	0,854	12

Para evaluar la fiabilidad interna del instrumento “Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social” se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach el cual fue de 0,851. Este valor indica un nivel de consistencia interna aceptable, lo que respalda la fiabilidad de la escala empleada en este estudio (51,60,61).

**Tabla N°11.** Nivel de apoyo social percibido según Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS).

	<b>Media (±DE)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Nivel de apoyo social percibido	35,6 ± 8,7	36,0	15	48
	<b>n</b>		<b>%</b>	
Bajo (12-24)	10		12,5	
Moderado (25-36)	35		43,8	
Alto (37-48)	35		43,8	

Nota: El puntaje puede ir entre el rango de 12 a 48 puntos. A mayor puntaje, mayor apoyo social percibido. En donde, el puntaje de cada pregunta varía entre 1 y 4. Para su interpretación, los puntajes de cada pregunta se clasifican en una escala tipo Likert: 1 punto “casi nunca”, 2 “a veces”, 3 “con frecuencia” y 4 “siempre, casi siempre”.

El análisis estadístico descriptivo permitió conocer las características generales de las puntuaciones relacionadas con el apoyo social percibido. El puntaje mínimo registrado fue de 15 puntos, mientras que el máximo alcanzó los 48 puntos. La media para el total de la escala fue de 35,6 con una desviación estándar de 8,7. Con el propósito de establecer rangos de categorías según el nivel de apoyo social, el puntaje total posible (12-48) se segmentó en tres intervalos proporcionales, lo que facilitó una categorización clara y uniforme. En base a ello, se identificó que un 43,8% de los participantes tenía un alto y

moderado nivel de apoyo social percibido, mientras que el 12,5% evidenció un nivel bajo.

**Tabla N°12.** Análisis descriptivo por ítems Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS).

<b>Pregunta</b>	<b>Media (<math>\pm</math>DE)</b>
1. Cuando necesito algo sé que hay alguien que me puede ayudar	3,5 $\pm$ 0,8
2. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien con quién puedo compartirlas	2,9 $\pm$ 1,2
3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	3,5 $\pm$ 0,9
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que necesito	3,3 $\pm$ 1,0
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	3,3 $\pm$ 1,1
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	2,4 $\pm$ 1,4
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	2,2 $\pm$ 1,3
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	3,2 $\pm$ 1,1
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	2,2 $\pm$ 1,3
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	3,6 $\pm$ 0,8
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	3,0 $\pm$ 1,2
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	1,9 $\pm$ 1,2

Nota: El puntaje puede ir entre el rango de 12 a 48 puntos. A mayor puntaje, mayor apoyo social percibido. En donde, el puntaje de cada pregunta varía entre 1 y 4. Para su interpretación, los puntajes de cada pregunta se clasifican en una escala tipo Likert: 1 punto “casi nunca”, 2 “a veces”, 3 “con frecuencia” y 4 “siempre, casi siempre”.

Al realizar el análisis por cada pregunta de la escala MSPSS, entre los ítems que destacaron promedios de puntajes más elevados fueron la pregunta 10 (“Hay una persona que se interesa por lo que yo siento”), la cual obtuvo la media más alta, con un promedio de 3,6 (DE  $\pm 0,8$ ). Le prosigue la pregunta 3 (“Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme”), con un promedio de 3,5 (DE  $\pm 0,9$ ) y la pregunta 1 (“Cuando necesito algo sé que hay alguien que me puede ayudar”), con promedio 3,5 (DE  $\pm 0,8$ ).

En contraste, la pregunta 12 (“Puedo conversar de mis problemas con mis amigos”) obtuvo el promedio más bajo con 1,9 (DE  $\pm 1,2$ ) y las preguntas 9 (“Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos”) y 7 (“Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas”), ambas con un promedio de 2,2 (DE  $\pm 1,3$ ).

#### 6.6 Análisis estadístico descriptivo variables dependientes

**Tabla N°13.** Análisis descriptivo de los indicadores de impacto.

Variable		n	%
Número de hospitalizaciones	0	78	97,5
	1	2	2,5
	0	69	86,3

Número de consultas a urgencias	1	7	8,8
	2	1	1,3
	3	3	3,8
Autopercepción de salud	Mala	7	8,8
	Regular	39	48,8
	Buena	30	37,5
	Excelente	4	5,0

El análisis estadístico descriptivo permitió conocer las características generales de los indicadores de impacto. En relación con el número de hospitalizaciones, se observó que un 97,5% de los participantes no registraron hospitalizaciones en los últimos 6 meses. Respecto al número de consultas a urgencias, el 86,3% de los participantes señaló no haber asistido a urgencias en los últimos 6 meses, solo un 8,8% informó haber asistido al menos una vez a este servicio de atención. En cuanto a la autopercepción de salud, un 48,8% de los participantes clasificó su salud como “regular” seguida de “buena”, con un 37,5% y solo un 5,0 percibió su salud como excelente.

## 6.7 Análisis estadístico bivariado

### 6.7.1 Relación de variables sociodemográficas con variables independientes

**Tabla N°14.** Análisis bivariado variables sociodemográficas y automanejo.

<b>Variable</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Media automanejo</b>	<b>Valor p</b>
Edad	40 a 49	3	83,6	0,740
	50 a 59	15	84,2	
	60 a 69	26	88,2	
	70 a 79	28	87,1	
	80 a 86	8	85,8	
Sexo	Hombre	30	86,8	0,913
	Mujer	50	86,6	
Estado civil	Soltero/a	15	86,8	0,911
	Casado/a	52	86,2	
	Divorciado/a	4	88,0	
	Viudo/a	7	87,1	
	Separado/a	2	93,0	
	Educación básica incompleta	16	89,6	

Nivel educativo	Educación básica completa	16	88,7	0,040
	Educación media incompleta	13	90,1	
	Educación media completa	21	81,6	
	Educación superior	14	85,5	
Situación laboral	Trabajador independiente	7	80,4	0,090
	Trabajador dependiente	11	83,3	
	Cesante	7	84,4	
	Jubilado/a o pensionado/a	55	88,4	
Ingreso mensual	Menor a \$100.000	1	90,0	0,602
	\$100.000-\$300.000	23	87,3	
	\$301.000-\$500.000	26	84,6	
	\$501.000-\$700.000	19	87,8	
	\$701.000-\$900.000	9	89,6	
	Mayor a \$1.000.000	2	79,0	

Según el análisis bivariado entre las variables sociodemográficas y el automanejo, respecto a la edad, se observó una ligera variación entre los grupos etarios, siendo el grupo de 60 a 69 años (88,27) quien alcanzó el valor de automanejo más alto, en contraste el más bajo se le atribuyó al grupo de 40 a 49 años (83,67). Respecto del sexo y en nivel de automanejo no se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En lo que se refiere al estado civil los valores de automanejo oscilaron entre 86,29 para las personas casadas y 93,00 para las separadas, pese a que se observan algunas diferencias numéricas, estas no alcanzaron significancia estadística ( $p = 0,911$ ).

En cuanto al nivel educativo, se encontró una asociación estadísticamente significativa con el automanejo ( $p = 0,040$ ). Los participantes con educación media incompleta presentaron un promedio más alto (90,15), mientras que las personas con educación media completa obtuvieron un puntaje promedio más bajo (81,62).

Finalmente, la situación laboral, aunque no alcanzó significancia estadística ( $p = 0,090$ ), el grupo de trabajadores independientes mostró un promedio de automanejo más bajo (80,4).

**Tabla N°15.** Análisis bivariado variables sociodemográficas y apoyo social.

Variable		Frecuencia	Media apoyo social	Valor p
Edad	40 a 49	3	38,3	0,913
	50 a 59	15	34,8	
	60 a 69	26	35,2	
	70 a 79	28	35,3	
	80 a 86	8	37,8	
Sexo	Hombre	30	37,8	0,077
	Mujer	50	34,2	
Estado civil	Soltero/a	15	35,6	0,964
	Casado/a	52	35,6	
	Divorciado/a	4	38,0	
	Viudo/a	7	33,8	
	Separado/a	2	34,5	
Nivel educativo	Educación básica incompleta	16	35,3	
	Educación básica completa	16	35,9	

	Educación media incompleta	13	36,9	0,613
	Educación media completa	21	33,2	
	Educación superior	14	37,7	
Situación laboral	Trabajador independiente	7	29,8	0,213
	Trabajador dependiente	11	38,0	
	Cesante	7	38,2	
	Jubilado/a o pensionado/a	55	35,5	
Ingreso mensual	Menor a \$100.000	1	42,0	0,404
	\$100.000-\$300.000	23	35,9	
	\$301.000-\$500.000	26	33,0	
	\$501.000-\$700.000	19	36,2	
	\$701.000-\$900.000	9	39,1	
	Mayor a \$1.000.000	2	41,0	

De acuerdo con el análisis bivariado entre las variables sociodemográficas y apoyo social, en lo que respecta al grupo etario, se aprecia una leve tendencia a

un mayor apoyo social en los extremos de 40–49 y de 80–86 años, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística. Respecto del sexo, los hombres alcanzaron un promedio mayor de apoyo social percibido (37,8) en comparación con mujeres. En cuanto al estado civil no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes estados civiles ( $p = 0,964$ ).

Por su parte, al analizar el nivel educativo, se observa una tendencia leve a mayor percepción de apoyo social en quienes poseen educación superior (37,7), en contraste con quienes completaron solo la educación media (33,24), sin embargo estas diferencias no fueron significativas ( $p = 0,613$ ).

En lo que respecta a la situación laboral, se destaca que los trabajadores independientes presentan una media más baja de apoyo social (29,8), en comparación con las categorías. Finalmente, en lo que concierne a la situación económica se aprecia una tendencia creciente a medida que aumenta el ingreso mensual, en donde aquellas personas que tienen ingresos superiores a \$700.000 presentan promedios de apoyo social más altos.

**Tabla N°16.** Análisis bivariado variables sociodemográficas y adherencia al tratamiento farmacológico.

Variable		Frecuencia	Media adherencia	Valor p
Edad	40 a 49	3	6,5	0,399
	50 a 59	15	6,2	
	60 a 69	26	6,7	
	70 a 79	28	7,1	
	80 a 86	8	6,7	
Sexo	Hombre	30	6,8	0,853
	Mujer	50	6,7	
Estado civil	Soltero/a	15	6,9	0,566
	Casado/a	52	6,7	
	Divorciado/a	4	6,9	
	Viudo/a	7	6,1	
	Separado/a	2	8,0	
Nivel educativo	Educación básica incompleta	16	6,7	
	Educación básica completa	16	7,2	

	Educación media incompleta	13	6,9	0,262
	Educación media completa	21	6,2	
	Educación superior	14	6,8	
Situación laboral	Trabajador independiente	7	6,1	0,214
	Trabajador dependiente	11	6,2	
	Cesante	7	6,7	
	Jubilado/a o pensionado/a	55	6,9	
Ingreso mensual	Menor a \$100.000	1	8,0	0,965
	\$100.000-\$300.000	23	6,7	
	\$301.000-\$500.000	26	6,8	
	\$501.000-\$700.000	19	6,7	
	\$701.000-\$900.000	9	6,7	
	Mayor a \$1.000.000	2	6,3	

En el análisis bivariado entre las variables sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico, se identificó una mayor adherencia al tratamiento

farmacológico en el grupo etario entre 70 a 79 años (7,1), en contraste con el grupo de participantes de 50 a 59 años, quienes poseen la media más baja (6,2). Respecto al sexo, no se destaca una diferencia estadística marcada entre mujeres y hombres, pero estos últimos lograron una media más elevada (6,8). En cuanto al estado civil, las personas solteras obtuvieron un mejor puntaje promedio (6,9), en comparación con aquellas viudas (6,1).

Por otro lado, al analizar el nivel educativo, se observó una tendencia a una mejor adherencia en aquellos participantes que poseen educación básica completa (7,2), en comparación con quienes alcanzaron la educación media completa (6,2), sin embargo estas diferencias no fueron significativas ( $p = 0,262$ ).

En lo que respecta a la situación laboral, se destaca que los participantes pensionados o jubilados presentan mayor adherencia (6,9), en comparación con los demás grupos. Finalmente, con relación a la situación económica se aprecia una media igualada en varias de las categorías (6,7), aunque con una tendencia de aumento hacia los menores ingresos.

6.7.2 Análisis bivariado entre variables sociodemográficas y variables dependientes

**Tabla N°17.** Análisis bivariado variables sociodemográficas y variable número de consulta al servicio de urgencia.

<b>Variable</b>		<b>Frecuencia “No” consulta</b>	<b>Frecuencia “si” consulta</b>	<b>Valor p</b>
Edad	40 a 49	3	0	0,450
	50 a 59	11	4	
	60 a 69	22	4	
	70 a 79	26	2	
	80 a 86	7	1	
Sexo	Hombre	29	1	0,036
	Mujer	40	10	
Estado civil	Soltero/a	12	3	0,346
	Casado/a	45	7	
	Divorciado/a	4	0	
	Viudo/a	7	0	
	Separado/a	1	1	
	Educación básica incompleta	13	3	0,060

Nivel educativo	Educación básica completa	16	0	
	Educación media incompleta	11	2	
	Educación media completa	15	6	
	Educación superior	14	0	
Situación laboral	Trabajador independiente	5	2	0,603
	Trabajador dependiente	9	2	
	Cesante	6	1	
	Jubilado/a o pensionado/a	49	6	
Ingreso mensual	Menor a \$100.000	1	0	0,754
	\$100.000-\$300.000	20	3	
	\$301.000-\$500.000	21	5	
	\$501.000-\$700.000	16	3	
	\$701.000-\$900.000	9	0	
	Mayor a \$1.000.000	2	0	

\*Prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson

Se observó más frecuencia de consultas a los servicios de urgencia en el grupo etario entre 50 a 69 años (n=4), en contraste con el grupo de participantes de 40 a 49 años. Respecto al sexo, hubo una diferencia estadísticamente significativa (p=0,036), donde las mujeres presentaron la mayor frecuencia de consultas (n=10). Por otra parte, las personas casadas presentaron una mayor frecuencia de consultas (n=7), en comparación con aquellas viudas o divorciadas.

Por otro lado, al analizar el nivel educativo, se identificó una mayor concentración de personas consultantes con educación media completa (n=6), sin embargo estas diferencias con los demás grupos no fueron significativas (p = 0,060).

En lo que respecta a la situación laboral, se destacó que aquellos participantes pensionados o jubilados presentaron una tendencia más elevada de consultas (n=6), en comparación con las demás categorías. Finalmente, personas con un ingreso entre \$301.000-\$500.000 presentaron una mayor tendencia a consultar a un servicio de urgencias (n=5), en comparación con ingresos más elevados donde disminuye la frecuencia.

**Tabla N°18.** Análisis bivariado variables sociodemográficas y autopercepción de salud agrupada.

Variable	Mala/Regular	Buena/Excelente	Valor
	n	n	p
40 a 49	1	2	0,516

Edad	50 a 59	11	4	
	60 a 69	16	10	
	70 a 79	14	14	
	80 a 86	4	4	
Sexo	Hombre	13	17	0,047
	Mujer	33	17	
Estado civil	Soltero/a	9	6	0,571
	Casado/a	32	20	
	Divorciado/a	2	2	
	Viudo/a	2	5	
	Separado/a	1	1	
Nivel educativo	Educación básica incompleta	12	4	0,189
	Educación básica completa	9	7	
	Educación media incompleta	6	7	
	Educación media completa	14	7	
	Educación superior	5	9	

Situación laboral	Trabajador independiente	5	2	0,073
	Trabajador dependiente	3	8	
	Cesante	6	1	
	Jubilado/a o pensionado/a	32	23	
Ingreso mensual	Menor a \$100.000	1	0	0,069
	\$100.000-\$300.000	15	8	
	\$301.000-\$500.000	18	8	
	\$501.000-\$700.000	10	9	
	\$701.000-\$900.000	2	7	
	Mayor a \$1.000.000	0	2	

Desde el punto de vista de la edad, el grupo etario entre 60 a 79 años presentó una autopercepción de salud mala/regular, en contraste con el grupo de 70 a 79 años quienes alcanzaron una autopercepción buena/excelente. Respecto al sexo, se destaca un resultado estadísticamente significativo ( $p=0,047$ ), donde las mujeres en su mayoría valoran su salud como mala/regular ( $n=33$ ), en comparación con los hombres, quienes presentaron una autopercepción buena/excelente ( $n=17$ ). En cuanto al estado civil, las personas casadas reportaron una orientación de autopercepción de salud mala/regular ( $n=32$ ).

Por otro lado, al analizar el nivel educativo, se observó una inclinación hacia la autopercepción de salud mala/regular en las personas con educación básica incompleta (n=12) y educación media completa (n=14).

En lo que respecta a la situación laboral, la muestra estuvo conformada principalmente por personas jubiladas de los cuales destaca la percepción de salud mala/regular (n=32), en comparación con buena/excelente (n=23). Finalmente, se aprecia una orientación hacia la autopercepción de salud mala/regular en grupos que se encuentran entre el rango de ingreso \$100.000-\$700.000, concentrándose en el intervalo \$301.000-\$500.000 (n=18).

### 6.7.3 Análisis bivariado entre variables predictoras y respuesta.

**Tabla N°19.** Análisis descriptivo comparación de medias entre automanejo y consultas a servicios de urgencias.

<b>Consultas a urgencias</b>	<b>Media</b>	<b>n</b>	<b>Desviación Estándar</b>
No	87,9	69	6,9
Sí	79,1	11	18,4

De acuerdo con el análisis bivariado entre automanejo y consultas a urgencias, en el análisis descriptivo se observó una media más alta de 87,91 en personas que no consultaron a un servicio de urgencias, en comparación con aquellos que sí lo hicieron.

**Tabla N°20.** Modelo de regresión logística simple entre variable independiente automanejo y dependiente de número de consultas a servicios urgencias, evento “sí consulta”.

Paso		Logaritmo de la verosimilitud -2		R cuadrado de Cox y Snell			R cuadrado de Nagelkerke	
1		58,196 <sup>a</sup>		,071			,128	
	B	Error estándar	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% OR	
							Inf.	Sup.
<b>Automanejo</b>	-,072	,034	4,422	1	,035	,931	,870	,995
<b>Constante</b>	4,265	2,893	2,174	1	,140	71,189		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión logística simple para variable independiente automanejo y dependiente de consultas a urgencias tiene un ajuste bajo, con un R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,128, lo que indica que el automanejo explica el 12,8% de la variabilidad en la probabilidad de consultar a urgencias.

El modelo de regresión logística simple mostró una asociación estadísticamente significativa entre el automanejo y las consultas a los servicios de urgencias ( $p=0,035$ ). El Odd ratio fue de 0,931, con un intervalo de confianza del 95% entre 0,870 y 0,995. De acuerdo con ello, se estima una disminución del 6,9% en las probabilidades de consulta por cada unidad de aumento en la puntuación de automanejo (calculado como  $1-0,931=0,069$  o 6,9%) (70).

**Tabla N°21.** Análisis descriptivo comparación de medias entre automanejo y autopercepción de salud.

<b>Autopercepción de salud</b>	<b>Media</b>	<b>n</b>	<b>Desviación Estándar</b>
Mala	84,1	7	8,8
Regular	84,9	39	11,6
Buena	89,4	30	5,7
Excelente	88,2	4	12,1

De acuerdo con el análisis bivariado entre automanejo y autopercepción de salud, en el análisis descriptivo se observó una media más alta en personas que perciben su salud como buena (89,4) y excelente (88,2).

**Tabla N°22.** Modelo de regresión logística simple entre variable independiente automanejo y dependiente de autopercepción de salud, para evento buena/excelente.

Paso		Logaritmo de la verosimilitud -2		R cuadrado de Cox y Snell			R cuadrado de Nagelkerke	
1		103,667 <sup>a</sup>		,066			,088	
	B	Error estándar	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% OR	
							Inf.	Sup.
<b>Automanejo</b>	,072	,036	4,089	1	,043	1,075	1,002	1,152
<b>Constante</b>	-6,610	3,154	4,392	1	,036	,001		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión logística simple para la variable independiente automanejo y dependiente de autopercepción de salud (evento buena/excelente) tiene un ajuste bajo, con un R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,088, lo que indica que el automanejo explica el 8,8% de la variabilidad en la probabilidad de percibir la salud como buena/excelente.

El modelo de regresión logística simple mostró una asociación estadísticamente significativa entre el automanejo y la autopercepción de salud buena/excelente (p=0,043). El Odd ratio fue de 1,075, con un intervalo de confianza del 95% entre

1,002 y 1,152. Según lo anterior, esto se traduce en que, por cada punto adicional en la escala de automanejo, la probabilidad de percibir la salud como buena/excelente aumenta en un 7,5% (calculado como  $[1,075-1] \times 100=7,5\%$ ) (70).

**Tabla N°23.** Análisis descriptivo comparación de medias entre apoyo social y consultas a urgencias.

<b>Consultas a urgencias</b>	<b>Media</b>	<b>n</b>	<b>Desviación Estándar</b>
No	36,12	69	8,744
Sí	32,36	11	8,465

De acuerdo con el análisis bivariado entre apoyo social y consultas a los servicios de urgencias, en el análisis descriptivo se observó una media más alta en personas que no consultan a los servicios de urgencia (36,1), en comparación con aquellas que sí consultaron.

**Tabla N°24.** Modelo de regresión logística simple entre variable independiente apoyo social y dependiente número de consultas al servicio de urgencias.

Paso		Logaritmo de la verosimilitud -2		R cuadrado de Cox y Snell			R cuadrado de Nagelkerke	
1		62,353 <sup>a</sup>		,021			,038	
	B	Error estándar	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% OR	
							Inf.	Sup.
<b>Apoyo social</b>	-,048	,036	1,712	1	,191	,953	,888	1,024
<b>Constante</b>	-,202	1,246	,026	1	,871	,817		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión logística simple para la variable independiente apoyo social y dependiente número de consultas al servicio de urgencias tiene un ajuste bajo, con un R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,038, lo que indica que el apoyo social explica el 3,8% de la variabilidad en la probabilidad de consultar al servicio de urgencias.

El modelo de regresión logística simple no mostró una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social y las consultas a servicios de urgencias (p=0,191). El Odd ratio fue de 0,953, con un intervalo de confianza del 95% entre 0,888 y 1,024. Según lo anterior, esto se traduce en que, solo existe un 4,7% en la probabilidad de reducción de las consultas a urgencias por cada

punto adicional en la escala de apoyo social (calculado como  $[1-0,953] \times 100=4,7\%$ ) (70).

**Tabla N°25.** Análisis descriptivo comparación de medias entre apoyo social y autopercepción de salud.

<b>Autopercepción de salud</b>	<b>Media</b>	<b>n</b>	<b>Desviación Estándar</b>
Mala	29,7	7	7,4
Regular	34,3	39	9,3
Buena	38,5	30	7,0
Excelente	35,5	4	11,4

De acuerdo con el análisis bivariado entre apoyo social y la autopercepción de salud, en el análisis descriptivo se observó una media más alta en personas con una buena (38,5) y excelente (35,5) autopercepción de salud.

**Tabla N°26.** Modelo de regresión logística simple entre variable independiente apoyo social y dependiente autopercepción de salud.

<b>Paso</b>	<b>Logaritmo de la verosimilitud -2</b>	<b>R cuadrado de Cox y Snell</b>	<b>R cuadrado de Nagelkerke</b>
1	103,559 <sup>a</sup>	,067	,090

	B	Error estándar	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% OR	
							Inf.	Sup.
<b>Apoyo social</b>	,065	,029	5,005	1	,025	1,067	1,008	1,129
<b>Constante</b>	- 2,639	1,084	5,927	1	,015	,071		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión logística simple para variable independiente apoyo social y dependiente autopercepción de salud tiene un ajuste bajo, con un  $R^2$  de Nagelkerke de 0,090, lo que indica que el apoyo social explica el 9,0% de la variabilidad en la probabilidad de percibir la salud como buena/excelente.

El modelo de regresión logística simple mostró una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social y la autopercepción de salud ( $p=0,025$ ). El Odd ratio fue de 1,067, con un intervalo de confianza del 95% entre 1,008 y 1,129. De acuerdo con ello, se estima un incremento del 6,7% en las probabilidades de una mejor autopercepción de salud por cada unidad adicional de apoyo social (calculado como  $[1,067-1] \times 100=6,7\%$ ) (70).

**Tabla N°27.** Análisis descriptivo comparación de medias entre adherencia al tratamiento farmacológico y consulta a los servicios de urgencias.

<b>Consultas a urgencias</b>	<b>Media</b>	<b>n</b>	<b>Desviación Estándar</b>
No	6,9	69	1,3
Sí	5,9	11	1,6

De acuerdo con el análisis bivariado entre la adherencia al tratamiento farmacológico y las consultas a los servicios de urgencias, en el análisis descriptivo se observó una media más alta en personas que no consultan al servicio de urgencias (6,9), en comparación con aquellos que sí consultan.

**Tabla N°28.** Modelo de regresión logística simple entre variable independiente adherencia al tratamiento farmacológico y dependiente número de consultas a servicios de urgencias.

<b>Paso</b>		<b>Logaritmo de la verosimilitud -2</b>		<b>R cuadrado de Cox y Snell</b>			<b>R cuadrado de Nagelkerke</b>	
1		59,635 <sup>a</sup>		,054			,098	
	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>Valor p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95% OR</b>	
							<b>Inf.</b>	<b>Sup.</b>

<b>Adherencia</b>	-,459	,218	4,436	1	,035	,632	,412	,969
<b>Constante</b>	1,130	1,380	,671	1	,413	3,097		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión logística simple para variable independiente apoyo social y dependiente autopercepción de salud tiene un ajuste bajo, con un  $R^2$  de Nagelkerke de 0,098, lo que indica que la adherencia explica el 9,8% de la variabilidad en la probabilidad de consultar a servicios de urgencias.

El modelo de regresión logística simple mostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,035$ ). El Odd ratio fue de 0,632 con un intervalo de confianza del 95% entre 0,412 y 0,969. De acuerdo con ello, se estima una reducción del 36,8% en la probabilidad de consultar al servicio de urgencia por cada unidad adicional de adherencia al tratamiento farmacológico (calculado como  $(1-0,632) \times 100=36,8\%$ ) (70).

**Tabla N°29.** Análisis descriptivo comparación de medias entre adherencia al tratamiento farmacológico y autopercepción de salud.

<b>Autopercepción de salud</b>	<b>Media</b>	<b>n</b>	<b>Desviación Estándar</b>
Mala	5,2	7	1,1
Regular	6,8	39	1,4
Buena	7,1	30	1,0
Excelente	6,1	4	1,7

De acuerdo con el análisis bivariado entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la autopercepción de salud, en el análisis descriptivo se observó una media más alta de adherencia en personas con una buena autopercepción (7,1), en contraste con personas con una mala autopercepción donde la media fue la más baja (5,2).

**Tabla N°30.** Modelo de regresión logística simple entre variable independiente adherencia al tratamiento farmacológico y dependiente autopercepción de salud.

Paso		Logaritmo de la verosimilitud -2		R cuadrado de Cox y Snell			R cuadrado de Nagelkerke	
1		106,476 <sup>a</sup>		,032			,043	
	B	Error estándar	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% OR	
							Inf.	Sup.
<b>Adherencia</b>	,276	,176	2,455	1	,117	1,318	,933	1,863
<b>Constante</b>	- 2,192	1,239	3,131	1	,077	,112		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión logística simple para variable independiente adherencia al tratamiento farmacológico y dependiente autopercepción de salud tiene un ajuste bajo, con un R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,043, lo que indica que la adherencia explica el 4,3% de la variabilidad en la probabilidad de percibir la salud como buena/excelente.

El modelo de regresión logística simple no mostró una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento farmacológico y autopercepción de salud (p=0,117). El Odd ratio fue de 1,318 con un intervalo de confianza del 95% entre 0,933 y 1,863. Lo anterior sugiere que las personas con

mayor adherencia al tratamiento farmacológico presentan un 31,8% más de probabilidades de reportar una autopercepción de salud buena/excelente en comparación con aquellas con menor adherencia (calculado como  $[1,318-1] \times 100=31.8\%$ ) (70).

#### 5. Análisis multivariado variables dependientes e independientes

**Tabla N°31.** Análisis multivariado entre variables predictoras con variable respuesta número de consultas a servicios de urgencias.

Paso		Logaritmo de la verosimilitud -2		R cuadrado de Cox y Snell			R cuadrado de Nagelkerke	
1		56,518 <sup>a</sup>		,090			,163	
	B	Error estándar	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% OR	
							Inf.	Sup.
<b>Automanejo</b>	-,051	,038	1,806	1	0,179	,950	,881	1,024
<b>Apoyo social</b>	-,031	,037	,686	1	0,408	,970	,901	1,043
<b>Adherencia</b>	-,241	,264	,835	1	0,361	,786	,469	1,318
<b>Constante</b>	5,147	3,006	2,932	1	0,087	171,883		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión múltiple para las variables predictoras con variable respuesta número de consultas a servicios de urgencias tiene un ajuste bajo, con un  $R^2$  de Nagelkerke de 0,163, indicando que el conjunto de variable predictoras explica el 16,3% de la variabilidad en la probabilidad de consultar a los servicios de urgencias.

El análisis estadístico multivariado permitió conocer la relación entre las variables independientes de automanejo, apoyo social, adherencia al tratamiento farmacológico con la variable dependiente de consultas a servicios de urgencia. En el modelo de regresión logística multivariada, se observó que las variables de automanejo (OR=0,950; IC 95%=0,881-1,024;  $p=0,179$ ), apoyo social (OR=0,970; IC 95%=0,901-1,043;  $p=0,408$ ) y adherencia al tratamiento farmacológico (OR=0,786; IC 95%=0,469-1,318;  $p=0,361$ ) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el indicador de consultas a los servicios de urgencias.

**Tabla N°32.** Análisis multivariado entre variables predictoras con variable respuesta autopercepción de salud.

Paso		Logaritmo de la verosimilitud -2		R cuadrado de Cox y Snell			R cuadrado de Nagelkerke	
1		98,902 <sup>a</sup>		,120			,161	
	B	Error estándar	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% OR	
							Inf.	Sup.
<b>Automanejo</b>	,062	,039	2,474	1	0,116	1,064	,985	1,149
<b>Apoyo social</b>	,061	,030	4,066	1	0,044	1,063	1,002	1,127
<b>Adherencia</b>	,091	,202	,204	1	0,651	1,096	,737	1,629
<b>Constante</b>	-8,537	3,423	6,220	1	0,013	,000		

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

El modelo de regresión múltiple para las variables predictoras con variable respuesta autopercepción de salud tiene un ajuste bajo, con un R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,161, indicando que el conjunto de variable predictoras explica el 16,1% de la variabilidad en la probabilidad de presentar una mejor autopercepción de salud.

El análisis estadístico multivariado permitió conocer la relación entre las variables independientes de automanejo, apoyo social, adherencia al tratamiento

farmacológico con la variable dependiente de autopercepción de salud. En el modelo de regresión logística multivariada, se observó que las variables de automanejo (OR=1,064; IC 95%=0,985-1,149; p=0,116) y adherencia al tratamiento farmacológico (OR=1,096; IC 95%=0,737-1,629; p=0,651) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la autopercepción de salud. En contraste, se observó que el apoyo social se asoció de forma significativa con una mejor autopercepción de salud (OR=1,063; IC 95%= 1,002-1,127; p=0,044).

## VII. DISCUSIÓN

El presente estudio, tuvo como objetivo conocer el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con los indicadores de impacto, entre ellos, hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

Respecto de la caracterización sociodemográfica de los participantes del estudio se evidenció un predominio de personas mayores. Esta tendencia es coherente con los hallazgos reportados en Chile, el cual se encuentra en un proceso de envejecimiento poblacional debido a la disminución de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida, esto representado por un índice de envejecimiento nacional de 79 y de 100.5 en la comuna de Hualpén, es decir, que por cada cien personas menores a 15 años existen 100 personas de 65 años o más, según las estadísticas del censo poblacional año 2024 (12,71).

Respecto al sexo, las personas participantes fueron principalmente mujeres, lo que se condice con las estadísticas nacionales en donde la población de mujeres es proporcionalmente mayor a la de hombres, tanto a nivel nacional como en la comuna de estudio. Asimismo, y de acuerdo con los hallazgos del estudio de Sarmiento las mujeres tienden a ser más afectadas por multimorbilidad, lo

anterior puede deberse a diversos factores entre ellos una mayor esperanza de vida, participación y/o utilización de los servicios de salud (71-75).

En cuanto al estado civil, los participantes fueron principalmente personas casadas, lo cual se condice con la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica CASEN, en donde el 87,4% de las personas mayores de 60 años o más, se encontraban en matrimonios formales, una cifra notablemente mayor en comparación con el 58,8% observado en el grupo de personas de 15 a 59 años (76,77). Las personas casadas tienden a gozar de mayor longevidad y mejor estado de salud, menor probabilidad de desarrollar enfermedades y eventos cardiovasculares agudos, presentan menos limitaciones funcionales y menor mortalidad, por ello estar casado se reconoce como un factor protector para la supervivencia en edades avanzadas (77,78). Por lo tanto, las personas con multimorbilidad que se encuentren casadas podrían disponer de recursos psicosociales funcionales, como apoyo emocional, acompañamiento cotidiano para la gestión de las condiciones crónicas, ayuda para recordar la adherencia al tratamiento farmacológico, asistir a los controles de salud y apoyar en el proceso de cambios en los estilos de vida, contribuyendo al mantenimiento de la autonomía funcional (79,80). De acuerdo con ello, estas personas podrían ser consideradas un grupo objetivo para implementar las intervenciones que intentan fortalecer el automanejo de las condiciones crónicas.

En cuanto al nivel educativo, se observó una predominancia de participante con educación media completa, seguida por educación básica completa e incompleta. Al contrastar estos datos con los resultados del censo 2024 en la comuna de Hualpén, se identifica una clara coincidencia en los patrones educativos observados a nivel poblacional, donde los reportes censales arrojaron que un 20,3% de las personas presenta una educación media, mientras que un 20,3% una educación básica (70).

Desde la perspectiva de la situación laboral, se detectó que la mayoría de los participantes se encontraba jubilado o pensionado, lo que resulta coherente con la distribución etaria de la muestra, compuesta principalmente por personas de 60 años o más. Este hallazgo se alinea con las cifras entregadas por la Superintendencia de Pensiones de Chile, la cual reportó que a junio de 2025 un 12,2% de las personas igual o mayores a 60 años se encuentran pensionadas (81).

Con relación al ingreso mensual percibido, se observó que la mayoría de los participantes tenían un bajo ingreso económico variando entre los \$100.000 y \$700.000. Estos montos se encuentran en su mayoría por debajo de la estimación del ingreso per cápita del hogar establecido en \$555.437 (82). Asimismo, al considerar los ingresos del hogar, la segmentación socioeconómica nacional sitúa estos niveles dentro de los grupos D y E, caracterizados por menor acceso a recursos, menor nivel educativo y mayor vulnerabilidad social (83). Este

dato es preocupante, ya que las personas con condiciones crónicas poseen gastos directos e indirectos para el manejo de estas condiciones que puede representar una carga financiera elevada, llevando a experimentar costas que pueden empeorar la condición económica (84). En este sentido, el ingreso mensual percibido se presenta como un determinante estructural clave para comprender las desigualdades en salud y los desafíos que enfrentan las personas con multimorbilidad en contexto de bajos ingresos, ya que determina la disponibilidad de recursos necesarios para el cuidado de la salud y el acceso a los distintos servicios sanitarios (85).

Ahora bien, desde el punto de vista clínico, los resultados del estudio relevan un perfil de participantes que presentan una alta carga de multimorbilidad, alcanzando un promedio de cinco condiciones crónicas. Esto se condice con los últimos datos disponibles de la Encuesta Nacional de Salud del 2017 donde el 70,6% de la población chilena posee la condición de multimorbilidad y el aumento de la prevalencia de condiciones crónicas por persona incrementa proporcionalmente con la edad, sobre todo en personas mayores a 65 años (6,71). Si bien, se lograron identificar 42 condiciones crónicas en este estudio, las de carácter cardio-metabólico y musculoesqueléticas tuvieron mayor prevalencia, lo que concuerda con estudios previos (71,73,74).

Sumado a lo anterior, se encontró un nivel elevado de polifarmacia superando el umbral clínico definido para polifarmacia ( $\geq 5$  medicamentos). Este fenómeno

puede explicarse como una consecuencia directa del perfil de multimorbilidad observado en los usuarios G3 especialmente en personas de edad avanzada. Lo anterior se condice con estudios que señalan que el 37 % de las personas mayores de 65 años o más presentaban polifarmacia en la población chilena (86). En este sentido, la polifarmacia representa un desafío que debe ser abordado con una mirada multidisciplinar, centrada en la persona y operacionalizando las herramientas del programa ECICEP, esto es, implementar entrevistas clínicas con profesional químico farmacéutico para optimizar la adherencia al tratamiento, reducir duplicidades, minimizar interacciones farmacológicas y adaptar la terapia farmacológica a la realidad individual (11). En este contexto, el profesional de enfermería cumple un rol fundamental en la promoción de la adherencia a la medicación, empleando intervenciones educativas y generando compromisos mediante consejerías con una alta carga motivacional para lograr el cambio en cada contacto con la persona con condiciones crónicas. Asimismo, diversos estudios han demostrado que las intervenciones de enfermería permiten valorar la adherencia, planificar y evaluar el cambio de conducta, además de brindar acompañamiento en la gestión de la medicación usando diversas estrategias que contribuyan a mejorar la adherencia en personas con polifarmacia (87-89). De acuerdo con lo anterior, para lograr resultados clínicos favorables mediante la adherencia en las personas con multimorbilidad y polifarmacia, se deben complementar las intervenciones de enfermería desde un enfoque

multidisciplinar en el equipo de salud comunitario y trabajo en red con los demás niveles de atención en salud.

Respecto a los controles de salud, los participantes reportaron una media de cuatro controles anuales, lo que indica un contacto frecuente con el sistema de salud. Sin embargo, es importante mencionar que el programa ECICEP busca que las personas puedan acceder a más controles integrales u otras prestaciones de salud que brinden respuesta a sus necesidades individuales (11). Estos controles integrales de salud, buscan generar una evaluación multidimensional de la persona y superar el enfoque biomédico para avanzar hacia las preferencias de cada persona según su contexto y ciclo vital, permitiendo generar un plan de cuidado personalizado y consensuado para lograr los resultados de salud propuestos por la estrategia mediante un seguimiento continuo a través del proceso de cambio (11).

En cuanto a los estilos de vida, un poco menos de la mitad de los encuestados realizaba actividad física, de los cuales un gran porcentaje cumplía con sesiones de al menos 30 minutos diario. Lo anterior se condice con el último informe de la Encuesta Nacional de Actividad Física y Deporte del año 2024 en el cual se reporta que el índice de personas inactivas o sedentarias de 18 años o más corresponde a un 55,1% (90). Este indicador como factor protector para la salud de las personas con multimorbilidad constituye una métrica clave en personas que participan del programa ECICEP, aun así, los resultados del estudio

demuestran que un poco más del 50% de los participantes no realiza esta actividad, por lo que se hace necesario continuar con intervenciones motivacionales adecuadas a su condición de salud para lograr el cumplimiento de este indicador dentro del plan de cuidados consensuado por la persona. Diversos estudios han demostrado los beneficios de la actividad física en personas con multimorbilidad, entre ellos han revelado una disminución en la tasa de mortalidad, mediante la mejora en los resultados cardio-metabólicos y fortalecimiento de la calidad de salud física, mental y cognitiva (91-95).

Por último, se destaca un perfil de bajo riesgo en el reporte de consumo de sustancias perjudiciales para la salud, ya que un alto porcentaje de los participantes reportó no consumir bebidas alcohólicas ni tabaco. Este resultado es alentador dentro del programa ECICEP, en comparación con los porcentajes de personas fumadoras a nivel nacional de 17,7% y de 39,2% para personas consumidoras de bebidas alcohólicas (96). De acuerdo con ello, continuar potenciando el cese del tabaquismo y mantener el bajo consumo de alcohol es una estrategia de prevención que cobra una relevancia en personas con multimorbilidad, debido a los efectos sinérgicos y acumulativos en el deterioro del estado de salud. La evidencia respalda que estos comportamientos de consumo riesgoso de ambas sustancias incrementan la carga de enfermedades crónicas, la mortalidad y el deterioro de la calidad de vida (97-100). Por lo tanto, aunque los resultados reflejan un perfil favorable, es crucial implementar el refuerzo positivo en el mantenimiento del factor protector de no consumo mediante

esfuerzos sostenidos en educación para la salud, promoción de estilos de vida saludables y conserjerías para el apoyo del cese de consumo de sustancias nocivas en personas consumidoras mediante el acompañamiento continuo a través de las etapas de cambio de conducta (11).

Ahora bien, respecto del automanejo, la mayoría de los participantes presentaron un puntaje promedio alto (86,7) considerando que una mayor puntuación se asocia con una mejor capacidad de autogestión (62). Esta cifra es particularmente significativa dado el contexto de alta complejidad clínica de los participantes, quienes enfrentan múltiples condiciones crónicas y una carga importante en el sistema de salud. Por lo tanto, independientemente que un gran número de participantes tenga un nivel alto de automanejo es necesario continuar con estrategia para que las personas logren mejorar sus resultados. Esto demuestra que las intervenciones para el apoyo al automanejo que contempla el programa ECICEP como lo son las estrategias motivacionales, planes de cuidados integrales consensuados, educación continua, actividades promotoras de la salud y el apoyo entre pares están promoviendo un cambio en el cuidado de la salud de las personas con multimorbilidad (11). En el contexto de la multimorbilidad, el automanejo es un proceso dinámico, altamente contextual y en constante reajuste según las condiciones clínicas, emocionales y sociales de las personas. A diferencia del manejo de una única condición crónica, el automanejo en personas con múltiples condiciones crónicas implica tomar decisiones complejas en el plan de cuidado consensuado, como la priorización

en las enfermedades, establecer un compromiso y cooperación sólida, negociar tratamientos que pueden generar una carga excesiva y adaptar las estrategias de cuidado a los recursos personales y del entorno para así lograr la sostenibilidad de esta habilidad a lo largo del ciclo de vida (52,101).

Al contrastar estos hallazgos con estudios internacionales se observa que el nivel de automanejo en la presente investigación fue superior al reportado en otras poblaciones (38,44,49,52).

En cuanto al apoyo social, los resultados sugieren una distribución de un nivel moderado y alto de apoyo social percibido por los participantes del estudio. Estos hallazgos se encuentran en sintonía con estudios internacionales (35,39-40,44, 49). En dicha línea, un estudio desarrollado en España reportó una media de 43,7 puntos, lo que fue interpretado como un nivel moderado-alto de apoyo social (34). De igual manera, otro estudio surcoreano que utilizó la escala MSPSS (puntaje máximo de 60) encontró una media de 41,36 puntos, lo cual también refleja un nivel moderado de apoyo social percibido (49). En otro contexto cultural, un estudio realizado en Canadá, mediante el uso de la escala MOS-SSS (rango 0-95) de apoyo social, se identificó personas mayores con multimorbilidad percibía un buen nivel de apoyo social con una función protectora para la salud, aunque se señala que aquellos con tres o más condiciones crónicas presentaron un menor nivel de apoyo social percibido (39).

Desde una perspectiva teórica, este hallazgo se enmarca en el enfoque funcional del apoyo social propuesto por Lin, Dean y Ensel, quienes plantean que lo relevante no es únicamente la cantidad de relaciones sociales que posee una persona, sino la valoración subjetiva que realiza sobre éstas, es decir, el apoyo social percibido (24). En esta línea, los resultados del estudio refuerzan la relevancia de fortalecer redes sociales significativas como parte de las estrategias de cuidado integral en personas con multimorbilidad. En concordancia con los modelos teóricos de Cohen y Wills (1985), el apoyo social en esta población podría estar actuando como un amortiguador frente a los efectos del estrés, en particular aquellos asociados a la carga de enfermedad y la complejidad del manejo terapéutico en la multimorbilidad (25,26). Los resultados sugieren que, si bien existe una percepción favorable de apoyo social, aun así, debe ser valorado como una oportunidad para el desarrollo de intervenciones comunitarias y familiares que potencien estas redes y su funcionalidad.

En cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con multimorbilidad, se evidenció que menos de la mitad de los participantes presentaron niveles de adherencia alta. Estos resultados sugieren que, si bien una proporción significativa de los individuos mantiene un nivel adecuado de adherencia, aún persiste un gran porcentaje de personas con adherencia moderada y baja, lo que podría tener implicaciones en el logro de los objetivos terapéuticos. Estas diferencias podrían explicarse por múltiples factores que

pueden influir en la adherencia al tratamiento farmacológico, como lo son los factores relacionados con el sistema de salud, socioeconómicos, con la carga y complejidad del tratamiento, la persona y la enfermedad, la polifarmacia, alfabetización en salud, nivel de autoeficacia, creencias negativas sobre los medicamentos, salud mental, nivel de ingresos económicos, nivel educacional, entre otros (102-106).

Estos hallazgos se asemejan con algunos estudios internacionales. En Corea del Sur, se observó una prevalencia de no adherencia del 27,7%, cifra muy cercana a la de nuestro estudio (22,5%) (45). Asimismo, un estudio realizado en España con la versión de 4 ítems de Morisky identificó que el 58,2% de los participantes eran adherentes, lo cual guarda una relación importante con la suma de los niveles de adherencia moderada y alta observados en esta investigación (35). De igual manera, en Taiwán, se reportó que el 74,2% de los participantes eran adherentes a la medicación, resultado que supera a los hallazgos de este estudio (42).

Por el contrario, otros estudios muestran realidades marcadamente distintas. En China, un estudio utilizando también la MMAS-8 reportó una prevalencia de baja adherencia del 75,9%, y otro mostró una distribución inversa a nuestros hallazgos con 40,1% baja adherencia, 43,1% moderada y solo 16,8% alta (41,51). De forma similar, en Malasia, utilizando la herramienta MyMAAT, se encontró una prevalencia de no adherencia del 83,2%, mientras que en Etiopía

se reportó un 49,3% de baja adherencia medida con la escala ACDS (43,48). Además, en Arabia Saudita, se encontró que la mayoría de los participantes presentaban una adherencia parcial (69%), y solo un 13% lograba una adherencia alta (47).

De acuerdo con lo anterior, es necesario mejorar los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico en las personas con multimorbilidad del programa ECICEP, mediante la valoración de factores a nivel personal como del sistema de salud. Abordar estos factores desde la perspectiva estrategias de acompañamiento continuo por los profesionales de Enfermería y otros profesionales del programa, simplificando los regímenes terapéuticos, el seguimiento farmacoterapéutico personalizado, uso de recordatorios electrónicos, mejorar la autoeficacia y las creencias positivas hacia los tratamientos e involucrar a las redes de apoyo podrían aumentar el nivel de adherencia (107-109).

Los resultados obtenidos en relación con los indicadores de impacto muestran una estabilización clínica en los últimos seis meses. Los indicadores medidos constituyen parámetros esenciales en ECICEP, ya que permiten valorar la efectividad de las acciones de seguimiento y control de las condiciones crónicas, además de orientar la toma de decisiones clínicas. En relación con ello, se destaca que la mayoría de los participantes no presentó hospitalizaciones y consultas a los servicios de urgencias por descompensación clínica, lo que

demuestra un resultado positivo en salud, debido a que las personas con multimorbilidad poseen un mayor riesgo de presentar consultas a servicios de urgencia, hospitalizaciones y una estadía hospitalaria más prolongada. Lo anterior relacionado con la descompensación aguda de una o más condiciones crónicas producto de diversos factores como el incumplimiento terapéutico, interacciones farmacológicas o falta de seguimiento clínico oportuno (6,110-113). Este hallazgo se encuentra en sintonía con los objetivos de la estrategia, ya que esta pretende evitar los ingresos hospitalarios y/o demandas de urgencias evitables, lo cual podría verse representado en que las personas con este tipo de condiciones están logrando una estabilidad clínica mediante la ausencia de síntomas, parámetros bioquímicos en rangos normales, adherencia al tratamiento y de esta forma evitando episodios críticos que los lleven utilizar servicios de cuidados agudos (11). Estos resultados se coinciden con el estudio de Zamorano et al. (2022) donde se implementó una estrategia de Atención Integrada de Multimorbilidad de Alto Riesgo en la ciudad de Santiago de Chile, logrando una disminución de la incidencia de ingresos hospitalarios, número de consultas a urgencias y una menor estancia hospitalaria en aquellos pacientes que necesitaron atención hospitalaria al menos una vez (114).

Por otro lado, las personas del estudio calificaron su autopercepción de salud mayormente como regular y buena, lo cual refleja una valoración intermedia de su estado de salud. Esta autopercepción de salud es un componente subjetivo clave influenciado por múltiples factores de orden físico, psicológico y social,

donde su evaluación adquiere especial relevancia en el marco de modelos de atención centrados en la persona, como el programa ECICEP, orientado a mejorar la percepción de bienestar en personas con multimorbilidad (11,33,34). Incorporar la autopercepción de salud como indicador de resultados en salud desde la perspectiva de personas con multimorbilidad no solo permite comprender mejor su realidad cotidiana, sino que también permite captar la voz del usuario como un protagonista clave para la definición de intervenciones más humanas, ajustadas a sus valores, preferencias y expectativas (11).

Estos resultados, al ser interpretados desde la Teoría de Autogestión Individual y Familiar (IFSMT), permiten comprender cómo los distintos factores contextuales, los procesos de autogestión y los resultados esperados se articulan en la experiencia del automanejo (19,20). En relación con la dimensión contextual, la caracterización de la muestra de estudio coincide con los factores de riesgo y protectores de la IFSMT, donde edad avanzada, la polifarmacia, el sedentarismo, multiplicidad de condiciones crónicas, bajo ingreso económico y educacional son riesgos que pueden obstaculizar un automanejo apropiado, aunque el no consumo de alcohol y tabaco, así como estar casado puede funcionar como un factor protector. En la dimensión de proceso, ante esta complejidad contextual los procesos de autorregulación, habilidades y creencias están generando resultados prometedores mediante el cumplimiento de los objetivos establecidos en los planes de cuidados consensuados, el seguimiento y el acceso a los controles integrales según las necesidades individuales que contempla el

programa de salud ECICEP, así como la facilitación social mediante un resultado moderado a alto de apoyo social percibido entre los participantes del estudio y una adherencia moderada a alta en el tratamiento farmacológico. La interacción entre estos elementos ha reflejado un resultado proximal con un alto nivel de automanejo entre los participantes, una adherencia moderada a alta en el tratamiento farmacológico y resultados distales con una regular autopercepción de salud, baja asistencia a los servicios de urgencia y escasa necesidad de hospitalizaciones por descompensación de las condiciones crónicas, aunque este estudio no midió parámetros bioquímicos de inestabilidad clínica, en los últimos 6 meses desde que se realizó la encuesta a cada participantes fueron escasas las consultas a servicios de atención aguda. Esto podría validar la lógica de los constructos de la IFSMT, donde si los factores de riesgo son abordados y los procesos de automanejo y factores protectores funcionan, los resultados también se ven favorecidos. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones de ECICEP ya están actuando sobre los constructos, aun así, existe espacio para generar actividades dirigidas a intervenir en la dimensión contextual y de proceso, especialmente en aquellos que tienen baja adherencia, deficiente apoyo social, vulnerabilidad, así como fortalecer los factores protectores.

Los resultados obtenidos a través del análisis estadístico bivariado permiten reflexionar sobre las influencias que tienen las características sociodemográficas en las variables independientes de automanejo, el apoyo social, adherencia al tratamiento farmacológico y en variables dependientes como lo son, la consulta

a los servicios de urgencia y la autopercepción de salud. Si bien, varios de los análisis no demostraron asociaciones estadísticamente significativas, los patrones descriptivos observados ofrecieron elementos importantes para el análisis.

En relación con el automanejo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación con el nivel educativo, siendo más elevado en personas con educación media incompleta y educación básica incompleta ( $p=0,04$ ). Este hallazgo resultado interesante, ya que podría desafiar la suposición de que niveles más altos de educación se asociarían con un mejor automanejo, lo que sugiere la existencia de otros factores contextuales que son susceptibles de explorar, como la alfabetización en salud, redes comunitarias, activos en salud, entre otros. En el patrón descriptivo, se observó un puntaje promedio más alto en personas entre 60 y 69 años, en hombres, personas jubiladas y quienes declararon estar separadas.

Al contrastar estos resultados con la evidencia internacional, los hallazgos coinciden parcialmente con estudios que destacan mayor automanejo en adultos mayores (38,44,52) y en hombres (38,49), aunque difieren de investigaciones que señalan a las mujeres como el grupo con mejor automanejo (44,52). A diferencia de los resultados de este estudio, otros estudios encontraron una asociación entre el automanejo y estar casado (38,52), así como con un mayor

nivel educativo (38,49,52). Estas diferencias sugieren la influencia de factores contextuales y culturales en la forma en que las personas gestionan su salud.

Por otro lado, el apoyo social no obtuvo una significancia estadística con las características sociodemográficas. Sin embargo, el análisis descriptivo demostró que los participantes entre 40 a 49 años, hombres, personas divorciadas o casadas, cesante o ser trabajador dependiente, nivel educacional superior y un ingreso económico elevado, presentaron las medias más altas de apoyo social percibido.

Si bien, la evidencia que realiza este tipo de relación entre variable es escasa, un estudio en personas con multimorbilidad demostró un mayor apoyo social en los hombres y estado civil casado o en pareja, aunque en mujeres se relacionó con un nivel educativo de enseñanza media o superior (40). Estos hallazgos se condicen con los resultados de este estudio, sin embargo, es necesario continuar generando conocimiento que permitan establecer relaciones entre estas variables en personas con multimorbilidad. Los resultados de este estudio pueden sugerir que el apoyo social puede estar modulado por diversos factores que pueden beneficiar o limitar la dinámica en que fluye la percepción y disponibilidad del apoyo.

En la adherencia al tratamiento farmacológico, no se obtuvo una significancia estadística entre las características de los participantes. Sin embargo, en las personas la media más elevada se posicionó en el rango de edad de 70 a 79

años, hombres, personas separadas o solteras, con educación básica completa, personas jubiladas e ingreso mensual percibido bajo.

Estos resultados coinciden parcialmente con la evidencia internacional, que también reporta una mayor adherencia en hombres y en personas mayores (38,41- 42, 45-47). En cuanto al nivel educacional, estudios reportaron niveles más altos de adherencia en personas con educación media (45,48,51) o universitaria (38,41,46, 50, 51), lo que podría sugerir que el nivel educativo puede tener efectos variables según el contexto sociocultural. Respecto al estado civil, los estudios identificaron una mejor adherencia en personas casadas (42, 47, 50-51), viudas (38) o incluso solteras (46). Por otro lado, la condición de jubilado como factor asociado a mayor adherencia es consistente con varios estudios (38,41, 50). Finalmente, el hallazgo de una mayor adherencia en personas con ingresos bajos también encuentra cierto respaldo en estudios que muestran mayor adherencia en personas con ingresos menores o moderados (47-48), aunque otros reportan mejores niveles en quienes tienen ingresos más elevados (51). Estas variaciones sugieren que la adherencia al tratamiento farmacológico está influida por una interacción compleja de factores sociodemográficos y económicos, cuya interpretación debe considerar el contexto local y las características específicas de la población estudiada.

En el análisis bivariado de los indicadores de impacto, el número de consultas al servicio de urgencias se asoció significativamente al sexo ( $p=0,036$ ), siendo las

mujeres con mayor frecuencia de consultas. El análisis descriptivo permitió identificar que los participantes entre 50 a 59 años, casados, con educación media completa, jubiladas e ingreso mensual percibido entre \$301.000-\$500.000, tenían una mayor frecuencia de consultas.

Se encontraron escasos estudios que vinculen la relación de variables sociodemográficas y las consultas al servicio de urgencias en personas con multimorbilidad. Aun así, dos estudios demostraron resultados parcialmente similares con el presente estudio, donde las personas mayores de 65 años, mujeres, estado civil soltero, con nivel socioeconómico bajo, cesantes, educación media o inferior, tenían una mayor probabilidad de visitas a los servicios de urgencias (115-116). Comprender estos patrones sociodemográficos resulta esencial para orientar estrategias preventivas y fortalecer la continuidad del cuidado dentro de la estrategia ECICEP, promoviendo un manejo anticipatorio de las condiciones crónicas que evite las descompensaciones y las consultas evitables a urgencias.

De acuerdo con la autopercepción de salud, el sexo se asoció significativamente ( $p=0,047$ ), donde las mujeres tienen una tendencia a percibir su salud como mala/regular. Los participantes en el grupo etario entre 60 a 79 años, casadas, con educación básica incompleta y educación media completa, jubiladas, reportaron una orientación de autopercepción de salud mala/regular.

Se encontraron escasos estudios con una comparación sólida entre las características sociodemográficas y la autopercepción de salud. En comparación con estudios internacionales muestra resultados heterogéneos. Algunos estudios identifican una mejor autopercepción en mujeres, edad entre los 85-89 años, con nivel educacional técnico/profesional y estado civil casado (117,118), mientras que otros destacan a hombres, estado civil casado y con bajo nivel educacional (119). Otro estudio informó que no existen diferencias por sexo, y que personas con escolaridad menor a 9 años tienen mejor valoración de su salud (120). A pesar de las diferencias metodológicas y contextuales entre los estudios, es posible observar que el estado civil casado/a aparece de forma consistente como una variable asociada positivamente con una mejor autopercepción de salud, posiblemente debido al rol del apoyo social y emocional en el bienestar percibido. En este sentido, los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de abordar la autopercepción de salud como un indicador subjetivo sensible a diversos factores físicos y psicosociales, siendo susceptible de evaluar en cada control que la persona tenga con los profesionales del programa de salud y así lograr intervenir con enfoque individualizado en aquellos grupos con una mala/regular autopercepción de su salud.

Según el análisis bivariado entre automanejo y consultas a urgencias, los resultados muestran una asociación significativa, donde las personas con puntajes más elevados de automanejo presentaron una menor probabilidad de consultar a los servicios de urgencias (OR=0,931; IC 95%= 0,870-995; P=0,035).

Esto sugiere que, por cada unidad adicional en la escala de automanejo, las probabilidades de acudir a urgencias se reducen en aproximadamente un 6,9% (70,121). Estos hallazgos consolidan la relevancia del automanejo como un factor protector frente al uso de los servicios de urgencias, destacando la necesidad de fortalecer las intervenciones que promuevan el desarrollo de habilidades de automanejo de las condiciones crónicas, optimizando los recursos en salud y favoreciendo los cuidados preventivos (11).

Del mismo modo, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el automanejo y la autopercepción de salud (OR=1,075; IC 95%= 1,002-1,152; P=0,043), donde se observó una media más alta en personas que perciben su salud como buena/excelente. Al analizar el OR se traduce en que, por cada punto adicional en la escala de automanejo, la probabilidad de percibir la salud como buena/excelente aumenta en un 7,5%, sin embargo, el hecho de que el límite inferior del intervalo de confianza se aproxime a 1 sugiere que el efecto podría ser débil o sensible a variaciones muestrales (70,121). De igual modo, la dirección positiva del OR respalda que el automanejo desempeña un papel relevante en la forma en que las personas valoran su propio estado de salud, sugiriendo que fortalecer estas habilidades podría contribuir a una percepción más positiva del bienestar. Estos resultados invitan a interpretar la relación con cautela, reconociendo su relevancia clínica y teórica, pero también la necesidad de estudios con muestras más amplias y diseños que confirmen la fuerza y estabilidad de esta asociación.

Por otro lado, el análisis bivariado entre apoyo social y consultas a los servicios de urgencias demostró que las personas que no consultan a los servicios de urgencias presentaron una media de apoyo social más alta (36,1), lo que sugiere en primera instancia una relación entre estas dos variables. Sin embargo, al aplicar una regresión logística simple, esa asociación no es estadísticamente significativa (OR=0,953; IC 95%= 0,888-1,024; P=0,191). El OR explica que solo existe un 4,7% en la probabilidad de reducción de las consultas a urgencias por cada punto adicional en la escala de apoyo social, aunque el intervalo de confianza intercepta el 1, esto sugiere una incertidumbre (70,121). En consecuencia, los resultados no confirman la hipótesis de asociación, pero sí orientan a considerar que el apoyo social es un componente relevante dentro un complejo multifactorial que influyen en el uso de los servicios de urgencias.

El análisis bivariado entre apoyo social y la autopercepción de salud, demostró que aquellas personas con multimorbilidad que perciben una buena salud tienen una media más elevada de apoyo social (38,5) y esta relación es estadísticamente significativa (OR = 1,067; IC95 % 1,008–1,129; p=0,025). En términos de OR por cada unidad adicional de apoyo social, las probabilidades de reportar una mejor autopercepción de salud aumentan en aproximadamente 6,7 % (70,121). Esto demuestra que incluso con incrementos pequeños en el apoyo social puede mejorar la valoración subjetiva de la salud. Este resultado resalta la importancia de considerar intervenciones que fortalezcan las redes de

apoyo y fomenten el capital social como estrategias complementarias al manejo clínico de la multimorbilidad en el programa ECICEP.

De acuerdo con el análisis bivariado entre la adherencia al tratamiento farmacológico y las consultas a los servicios de urgencias, los resultados indican que una mayor adherencia se asocia con una menor probabilidad de consultar a los servicios de urgencia ( $p=0,035$ ) y quienes no consultan a urgencias tienen una media más alta de adherencia (6,9). Además, el OR sugiere que existe una reducción de aproximadamente un 36,8% en la probabilidad de acudir al servicio de urgencia por cada unida adicional de adherencia (70,121). Este hallazgo es relevante, pues sugiere que mejorar la adherencia farmacológica podría ser un factor protector, reduciendo la necesidad de atención de urgencias en personas que tiene múltiples enfermedades crónicas. Esto tiene sentido clínico, ya que una adherencia adecuada puede llevar a un mejor control de los síntomas, prevenir exacerbaciones, evitar complicaciones agudas y reducir el deterioro de la salud que obliguen a acudir a servicios de manejo agudo, impactando positivamente en las demandas de utilización de estos servicios.

En relación con los resultados obtenidos en el análisis multivariado, el automanejo (OR = 0,950; IC95%: 0,881–1,024;  $p = 0,179$ ), el apoyo social percibido (OR = 0,970; IC95%: 0,901–1,043;  $p = 0,408$ ) y la adherencia al tratamiento farmacológico (OR = 0,786; IC95%: 0,469–1,318;  $p = 0,361$ ) no alcanzaron niveles de significancia estadística que permitieran sostener una

relación concluyente con las consultas a los servicios de urgencia. Asimismo, aunque las asociaciones no fueron estadísticamente significativas, la dirección de los odds ratios sugiere tendencias que no deben ser desestimadas. Por ejemplo, la adherencia al tratamiento farmacológico presentó un OR menor a 1 (0,786), lo que podría interpretarse como una reducción en la probabilidad de consultas a urgencias en personas con mayor adherencia, aun cuando los intervalos de confianza son amplios y atraviesan el valor nulo (70,121). Esto abre la posibilidad de que, en estudios con mayor potencia estadística o con un diseño longitudinal, dichas relaciones pudieran manifestarse de manera más consistente.

Por otro lado, el automanejo (OR=1,064; IC 95%=0,985-1,149; p=0,116), la adherencia al tratamiento farmacológico (OR=1,096; IC 95%=0,737-1,629; p=0,651) no lograron una significancia estadística con la autopercepción de salud. Sin embargo, el apoyo social percibido obtuvo un resultado estadísticamente significativo (OR=1,063; IC 95%= 1,002-1,127; p=0,044). Este análisis permitió observar la interacción conjunta de factores en la autopercepción de salud en personas con multimorbilidad. Este resultado indica que, cuando se controlan simultáneamente el automanejo y la adherencia al tratamiento farmacológico, solo el apoyo social mantiene una asociación en la percepción positiva de salud, donde la probabilidad de percibir la salud como buena/excelente es de un 6,3%, asemejándose con el valor obtenido en el análisis bivariado anteriormente descrito. Esto destaca la relevancia del apoyo

social como factor protector y potenciador del bienestar subjetivo, reforzando la idea de que la salud autopercebida no depende únicamente de la capacidad de autogestión o de la adherencia farmacológica, aunque estos resultados deben seguir siendo comprobados con tamaños muestrales más elevados.

## VIII. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió avanzar en la comprensión de la persona con multimorbilidad y los factores que influyen en los indicadores de impacto, incluyendo hospitalizaciones por descompensación clínica, consultas a los servicios de urgencias y autopercepción de salud en usuarios de alta complejidad clínica.

En relación con el primer objetivo específico, se logró caracterizar a los participantes categorizados como nivel de complejidad G3 en términos sociodemográfico, clínico y estilos de vida, identificando predominancia de adultos mayores, mujeres, personas casadas, con educación media y bajos ingresos económicos, así como una alta carga de multimorbilidad y polifarmacia. Este perfil evidencia un contexto de alta complejidad clínica y social que plantea importantes desafíos para la organización del sistema de salud, ya que demanda una mayor coordinación interprofesional, continuidad del cuidado, un seguimiento prolongado y estrategias de intervención integrales, lo que desafía al sistema actual, tradicionalmente orientado a un enfoque biomédico y fragmentado por patologías.

Respecto al segundo objetivo, se describieron los niveles de automanejo, apoyo social percibido y adherencia al tratamiento farmacológico. Los resultados mostraron niveles altos de automanejo, moderado a altos de apoyo social percibido y una adherencia farmacológica moderada a alta, lo que evidencia tanto

el potencial de fortalecer las intervenciones motivacionales y el trabajo interdisciplinario. Esto podría confirmar que las estrategias implementadas por el programa ECICEP están generando avances en el automanejo y el soporte social de las personas con multimorbilidad, aunque aún existe un margen para formular planes de mejora en las variables medidas.

En relación con el reporte del tercer objetivo, se observó una estabilización clínica reflejada en la baja frecuencia de hospitalizaciones y consultas a servicios de urgencias, así como una autopercepción mayormente regular a buena. Estos resultados muestran que los procesos de cuidados integrales están contribuyendo en la prevención de descompensaciones y el mantenimiento de cuidado de la salud. Sin embargo, estos resultados se deben interpretar con cautela, ya que son indicadores autorreportados, de un grupo seleccionado por conveniencia y evaluados solo en los últimos 6 meses desde la aplicación del cuestionario.

Por otro lado, las relaciones entre variables para dar respuesta al cuarto y quinto objetivo, reveló resultados significativos donde el automanejo se asoció con menor probabilidad de asistir a urgencias y con una mejor autopercepción de salud, mientras que el apoyo social percibido mostró influencia positiva sobre la autopercepción de salud. La adherencia al tratamiento farmacológico se relacionó con la reducción de consultar a servicios de urgencias, aunque en el análisis multivariado no se alcanzaron niveles de significancia estadística, a

excepción del apoyo social con la autopercepción de salud. Estos resultados comprueban parcialmente las hipótesis planteadas y evidencian que los factores psicosociales y conductuales interactúan de manera compleja para generar cambios en los resultados de salud de las personas con multimorbilidad.

Es importante destacar que la población participante de alto riesgo G3 está caracterizado por un seguimiento intensivo y una mayor frecuencia de intervenciones en comparación con otros niveles de riesgo, por lo que esta condición podría haber incidido positivamente en los resultados observados.

De acuerdo con ello, se recomienda fortalecer las intervenciones orientadas a promover las prácticas de automanejo, mediante las estrategias educativas, cambio de conducta y acompañamiento continuo que contempla ECICEP. Asimismo, se sugiere fomentar las redes de apoyo social vinculando la dimensión familiar y comunitaria, además de mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la revisión farmacéutica con entrevistas, educación farmacéutica y seguimiento continuo. Los resultados del estudio se vinculan con la Teoría de Automanejo Individual y Familiar (IFSMT), al evidenciar la influencia que tienen los factores contextuales en los procesos de automanejo y a su vez en los resultados esperados en salud. De esta manera, los resultados respaldan el supuesto teórico respecto a la naturaleza dinámica y multidimensional del automanejo en personas con condiciones crónicas.

Se hace necesario seguir investigando para la generación de evidencia en la población de personas con multimorbilidad debido al carácter de abordaje complejo y reconocer el rol estratégico del cuidado enfermería en la planificación de planes de cuidado y del equipo de salud en el acompañamiento continuo a través del ciclo vital en el programa ECICEP.

## **IX. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

### 9.1 Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño muestral limita la generalización de los hallazgos y puede influir en la estabilidad de las estimaciones estadísticas obtenidas, así como el tipo de muestreo, la naturaleza transversal y la obtención de datos solo en la zona geográfica de Hualpén.

En segundo lugar, el muestreo empleado fue de tipo no probabilístico por conveniencia lo que introduce un sesgo potencial de selección de los participantes. Con la finalidad de reducir este sesgo, los participantes fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión claramente definidos, se invitaron a participar a las personas que fueron previamente invitados por los profesionales de los diferentes centros de salud y se aseguró la voluntariedad de la participación, buscando la representabilidad de manera equilibrada.

Además, los cuestionarios fueron aplicados directamente por el investigador responsable, aunque esto puede introducir un sesgo en las respuestas, se procuró no involucrar la influencia del entrevistador. Asimismo, es posible que existan derivaciones de los instrumentos, relacionados con la validez en el cuestionario Socios en Salud, ya que solo se encuentra adaptado semánticamente al español de Chile.

Por último, la naturaleza transversal del estudio impide establecer relaciones de tipo causales entre las variables establecidas. Al tratarse de captar el fenómeno de estudio en un momento determinado, no es posible observar la evolución de los fenómenos a través de un periodo ni determinar direccionalidad en las asociaciones encontradas.

No se consideraron los indicadores específicos para cada enfermedad, dado que el estudio presentaba multiplicidad de variables y un perfil de multimorbilidad complejo. Estos indicadores pudieron ser relevantes para profundizar en el grado de compensación de cada condición crónica y su relación con los resultados de impacto, como hospitalizaciones y consultas a los servicios de urgencias.

## 9.2 Sugerencias

Con la finalidad de ampliar y profundizar en los resultados obtenidos, se sugiere la realización de estudios con diseños longitudinales, que permitan observar cambios a lo largo el tiempo y establecer estas relaciones de causalidad. Asimismo, sería pertinente aumentar el tamaño de muestra y utilizar un muestreo probabilístico aleatorio, lo que facilitaría una mayor representabilidad de la población objetivo, fortaleciendo así la validez externa del estudio. Finalmente, complementar el enfoque cuantitativo con técnicas cualitativas, como entrevistas en profundidad o grupos focales, podría aportar una comprensión más profunda de las dimensiones psicosociales y experienciales involucradas, como las percepciones sobre el automanejo, las barreras para la adherencia terapéutica y

el rol del apoyo social en el afrontamiento de la multimorbilidad. Esta idea complementaria, surge de la necesidad manifestada por los propios participantes de poder profundizar en las preguntas planteadas durante los cuestionarios. Asimismo, la integración de indicadores clínicos, como la hemoglobina glicosilada (HbA1c), la presión arterial, perfil lipídico, IMC, entre otros podrían aportar una mirada más complementaria.

## X. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Hechos claves. [Internet] 2022. [citado septiembre 2023] Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2022 [citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356888/9789240050105-spa.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
3. Departamento de Estadística e Información de Salud. Causas de muertes en Chile [Internet]. 2022 [citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>
4. Pontificia Universidad Católica de Chile. Envejecimiento, Enfermedades Crónicas y factores de Riesgo: Una mirada en el tiempo [Internet]. 2021 [citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/06/Reporte-Envejecimiento-enfermedades-cro%CC%81nicas-y-factores-de-riesgo.pdf>
5. World Health Organization. Technical Series on Safer Primary Care: Multimorbidity [Internet]. 2016 [citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf?sequence=1>
6. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: Desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. Rev. Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2021 [citado septiembre 2023]; 32(4):400-413. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-rediseno-el-abordaje-personas-con-S0716864021000651>
- 7.- Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud de Chile. Informe de principales resultados: Cuarta versión de la encuesta de calidad de vida y salud 2023-2024. [Internet]. 2025 [citado octubre 2025]. Disponible en: [https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/08/Informe\\_ENCAVI\\_2023\\_24.pdf](https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/08/Informe_ENCAVI_2023_24.pdf)
8. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, et al. Multimorbidity. Nature reviews: Disease primers [Internet]. 2022 [citado septiembre 2023]; 8(1): 48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7613517/#R1>
9. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre Servicios de Salud Integrados y centrados en la persona [Internet]. 2016 [citado septiembre 2023]. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf)

10. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de redes asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública. Marco operativo: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad. [Internet]. 2021 [citado septiembre 2023]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo\\_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf)
11. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de redes asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública. Marco operativo: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad. [Internet]. 2025 [citado agosto 2025]. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/05/Marco-Operativo-Estrategia-Cuidado-Integral-Centrado-en-la-Persona-ECICEP-2025.pdf>
12. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de redes asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad. [Internet]. 2020 [citado agosto 2025]. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf>
13. Asamblea General de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible para 2030: Salud y bienestar [Internet]. United Nations; 2015 [citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
14. Ministerio de Salud de Chile, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento Estrategia Nacional de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030 [Internet]. 2022 [citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>
15. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de asistencia de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC : OPS ; 2013. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53604>
16. Cabal E. Enfermería como disciplina. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2016 [citado enero de 2024]; vol (6):73-81. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1436>
17. Lange I, Campos S, Bustamante C, Alcayaga C. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Departamento de Enfermedades no Transmisibles. [Internet]. 2015 [citado octubre 2023]. Disponible en: [file:///C:/Users/richa/Downloads/Modelo%20de%20atencion%20para%20personas%20con%20enfermedades%20cronicas.%20MINSAL%20Chile%202015%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/richa/Downloads/Modelo%20de%20atencion%20para%20personas%20con%20enfermedades%20cronicas.%20MINSAL%20Chile%202015%20(2).pdf)

18. Lorig K, Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* [Internet]. 2003 [citado octubre 2023]; 26(1): 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12867348/>
19. Ryan P, Sawin K. Individual and Family Self-Management Theory (IFSMT) [Internet]. 2023 [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://uwm.edu/nursing/centers-institutes/self-management-science-center/theory/>
20. Ryan P, Sawin K. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2010 [citado octubre 2023]; (57,4): 217-225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908991/>
21. Angarita V, Escobar G. Vista de Apoyo Social: Elemento clave en el afrontamiento de la Enfermedad Crónica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 [citado octubre 2023]. (16):1-11. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971>
22. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental* [Internet]. 2002; 25(2):32-37 [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222505>
23. Heitman LK. Social Support and Cardiovascular Health Promotion. *Journal of Cardiovascular Nursing*. [Internet]. 2004 [citado octubre 2023]; 19(1): 86-91 Disponible en: [https://journals.lww.com/jcnjournal/abstract/2004/01000/social\\_support\\_and\\_cardiovascular\\_health\\_promotion.13.aspx](https://journals.lww.com/jcnjournal/abstract/2004/01000/social_support_and_cardiovascular_health_promotion.13.aspx)
24. Barrón A, Sánchez E. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*. [Internet]. 2001 [citado octubre 2023]; 13(1): 17-23. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>
25. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. [Internet]. 1985. [citado octubre 2023]; 98 (2):310-357. Disponible en: <https://typeset.io/pdf/stress-social-support-and-the-buffering-hypothesis-37b7abjbst.pdf>
26. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. [Internet]. 1976. [citado octubre 2023]; 38 (5): 300-314. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-zaragoza/psicologia-de-la-educacion/00006842-197609000-00003/27586725>
27. MeSH. Chronic disease [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2023 [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002908>

28. MeSH. Multimorbidity [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2023 [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=multimorbidity>
29. MeSH. Medication adherence [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2009 [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Medication%2BAdherence>
30. López L., Romero S., Parra I., Rojas L. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. Junio, 2016 [citado octubre 2023]; 21( 1 ): 117-137. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012175772016000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012175772016000100010&lng=en).
31. Organización Mundial de la Salud, Organización Paramericana de la Salud. Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. 2018 [citado octubre 2023]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es)
32. Rodríguez G, Zurita B, Ramírez T, Herrera J. Serie sobre Hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de México [Internet]. 2012 [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15315/serie-sobre-hospitalizaciones-evitables-y-fortalecimiento-de-la-atencion-primaria>
33. Bustos E., Fernández J., Astudillo C. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica* [Internet]. 2017 [citado Agosto 2025]; 37(1): 92-103. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572017000500092&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572017000500092&lng=en).
34. Marja Jylhä. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2009 [citado Agosto 2025]; 69 (3): 307-316. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609002925#section-cited-by>
35. Lozano C, López J, Leiva F, Calderón A, Barrio J, Gimeno L, et al. Social support, social context and nonadherence to treatment in young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primary care. MULTIPAP Study. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado el 18 de diciembre de 2023]; 15(6):1-15. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235148>
36. Brito I, Henriques A. Medication adherence and related determinants in older people with multimorbidity: A cross-sectional study. *Nurs Forum* [Internet]. 2021 ; [citado diciembre de 2023] ;56(4):834–843. Disponible en : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nuf.12619>

37. Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy A, Hynes L, Galvin E, et al. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado diciembre de 2023];11(9):1-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044987>
38. Paukkonen L, Oikarinen A, Kahkonen O, Kyngas H. Adherencia al autocuidado en pacientes con multimorbilidad y factores asociados: un estudio transversal en atención primaria de salud. *J clin Nurs*. [Internet] oct 2021 [citado 09 oct 2025]. 31(19-20): 2805-2820. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16099>
39. Zhang L, Shooshtari S, St. John P, Menec VH. Multimorbidity and depressive symptoms in older adults and the role of social support: Evidence using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado el 19 de diciembre de 2023];17(11):1-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0276279>
40. Lozano C, López J, Rico M, Calderón A, Leiva F, Prados A, et al. Sex differences in social support perceived by polymedicated older adults with multimorbidity. MULTIPAP study. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado el 19 de diciembre de 2023];17(7):1-16. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0268218>
41. Wang W, Luan W, Zhang Z, Mei Y. Association between medication literacy and medication adherence and the mediating effect of self-efficacy in older people with multimorbidity. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 [citado el 19 de diciembre de 2023];23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-023-04072-0>
42. Liu J, Yu Y, Yan S, Zeng Y, Su S, He T, et al. Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: a multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 [citado el 19 de diciembre de 2023];23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-023-03768-7>
43. Selvakumar D, Sivanandy P, Ingle PV, Theivasigamani K. Relación entre la carga del tratamiento, la alfabetización en salud y la adherencia a la medicación en adultos mayores que enfrentan múltiples afecciones crónicas. *Medicina (Kaunas)*. [Internet]. Jul 2023 [citado 09 oct 2025]. 59(8):1401. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10456640/>
44. Dinh, T.T.H., Bonner, A. Explorando las relaciones entre la alfabetización en salud, el apoyo social, la autoeficacia y el autocontrol en adultos con múltiples enfermedades crónicas. *BMC Health Serv Res* [Internet]. Agos 2023 [citado 09 oct 2025]. 23: 923 (2023). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5>
45. Kim JS, Kim E. Quejas subjetivas de memoria y adherencia a la medicación entre adultos mayores coreanos hipertensos con multimorbilidad: efecto mediador de la depresión y el apoyo social. *Salud Pública de BMC*. [Internet] Feb 2024 [citado

09 oct 2025]. 24(1):585. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10885607/>

46. Khojah YY, Bashawri MA, Khojah NY, Hassanien NSM. Prevalencia y factores asociados con la carga del tratamiento y la adherencia a la medicación entre pacientes de atención primaria con multimorbilidad en Jeddah, Arabia Saudita: un estudio transversal. Cureus. [Internet] Agost 2024 [citado 09 oct 2025]. 16(8):e67514. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11416145/>

47. Lin YW, Chen PC, Lin CH, Lin MH. Investigación de la adherencia a la medicación entre pacientes taiwaneses con hipertensión, hiperlipidemia y diabetes: un estudio piloto que utiliza la versión china de una escala de no adherencia a la medicación de dos partes y el sistema NHI MediCloud. PLoS Uno. [Internet] Jul 2024 [citado 09 oct 2025]. 19(7):E0304442. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11236195/>

48. Kassaw AT, Sendekie AK, Minyihun A, Gebresillassie BM. Complejidad del régimen de medicación y su impacto en la adherencia a la medicación en pacientes con multimorbilidad en un hospital especializado integral en Etiopía. Front Med (Lausana) [Internet]. May 2024 [citado 09 oct 2025]. 11:1369569. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11163062/>

49. Young Ji S., Seon-Young J. Factores que influyen en el comportamiento de autocuidado en adultos mayores con enfermedades crónicas complejas basadas en la teoría del autocuidado individual y familiar: un estudio de encuesta transversal. Jour of Korean Geron Nurs [Internet] Agost 2024 [citado 09 oct 2025]. 26(3): 332-342. Disponible en: <https://jkgn.org/journal/view.php?number=628#:~:text=This%20study%20aimed%20to%20identify%20factors%20that%20influence,Korea%20from%20September%202%20to%20October%204%2C%202023>

50. Wang X, Juntasopeepun P, Panuthai S, Suwankruhasn N. Factores que influyen en la adherencia a la medicación entre adultos mayores chinos con multimorbilidad física y polifarmacia: un estudio transversal. Nurs Health Sci [Internet] Sep 2025 [citado 09 oct 2025]. 27(3):e70192. Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.70192?saml\\_referrer=](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.70192?saml_referrer=)

51. Wenjing Y, Xinxin F, Zhonghao S, Siqi W, Xia W. Creencias sobre la medicación como mediador en la relación entre la alfabetización en eHealth y la adherencia a la medicación entre adultos mayores con multimorbilidad: una encuesta transversal. Revista occidental de investigación en enfermería. [Internet]. May 2025 [citado 09 oct 2025]. 47(8):687-697. Disponible en: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01939459251336039?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01939459251336039?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)

52. Fu Y, Wu J, Guo Z, Shi Y, Zhao B, Yu J, Chen D, Wu Q, Xue E, Du H, Zhang H, Shao J. Exploración de perfiles de comportamiento de autocontrol en pacientes con multimorbilidad: un estudio secuencial y explicativo de métodos mixtos. Clin Interv Envejecimiento [Internet]. Ene 2025 [citado 09 oct 2025]. 20:1-17. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11725232/>
53. Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Education; 2018. Disponible en: <http://bibliografia.udec.cl.eu1.proxy.openathens.net/colecciones/239016-9781456260965-Metodologia de la investigacion/2/index.html#zoom=z>
54. Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde. Epidat 3.1 [Internet]. 2024 [citado enero 2024]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT-3-1>
55. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods [Internet]. 2009;41(4):1149–60. [citado enero 2024]. Disponible en: [https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche\\_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower31-BRM-Paper.pdf](https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower31-BRM-Paper.pdf)
56. Cabrera A G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 30 de marzo de 2009 [citado enero de 2024];18(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
57. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Retracted: Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens [Internet]. 2008 [citado el 21 de enero de 2024];10(5):348–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
58. Valencia F, Mendoza S, Luengo L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2017 Abr [citado 2024 Ene 21] ; 34( 2 ): 245-249. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342017000200012&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012&lng=es).
59. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado enero 2024] ; 59( 3 ): 163-172. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es).
60. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment [Internet]. 1988 [citado enero 2024]; 52(1):30-41. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/240290845\\_The\\_Multidimensional\\_Scale\\_of\\_Perceived\\_Social\\_Support](https://www.researchgate.net/publication/240290845_The_Multidimensional_Scale_of_Perceived_Social_Support)

61. Arechabala M., Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. Cienc. enferm. [Internet]. 2002 Jun [citado 2023 Dic 18]; 8(1): 49-55. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100007&lng=es)

62. Battersby M, Ask A, Reece M, Markwick M, Collins J. The partners in health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. Aust J Prim Health. [Internet]. 2003 [citado diciembre 2023]; 9(4): 41-52. <https://www.publish.csiro.au/py/PY03022>

63. Peñarrieta I, Florabel F, Gutierrez T, Piñonez MdS, Quintero L, et.al. Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. Nursing Management [Internet]. 2014 [Citado diciembre 2023]; 20(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24571163/>

64. Ministerio de Salud de Chile. Automanejo de enfermedades no transmisibles. [Internet] 2018. [Citado diciembre 2023]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>

65. Abeille E, Soto A, Muñoz V, Sánchez R, Carrera S, et.al. Características de la prueba piloto: revisión de artículos publicados en enfermería. Rev.Enferm.Neurol [Internet]. 31 de diciembre de 2015 [citado enero de 2024];14(3):169-75. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1034782/caracteristicas-de-la-prueba.pdf>

66. IBM. IBM SPSS statistics [Internet]. 2024 [citado enero 2024]. Disponible en: <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>

67. Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: La Propuestas de Ezekiel J. Emanuel. Pers bioet [Internet]. 2015 [citado enero 2024];19 (2)182–97. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-772391>

68. Biblioteca del Congreso Nacional. Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. www.bcn.cl/leychile. [citado enero 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20120&idVersion=2006-09-22>

69. López R, Vega P. Consentimiento informado en Medicina Práctica clínica e investigación biomédica. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2017 [citado enero 2024]; 36(1): 57-66. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602017000100008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000100008&lng=es).

70. Ramzi W. Introduction to Regression Methods for Public Health Using R. 1ra edición [Internet]. Nueva York: Chapman y Hall/CRC; 2025 [citado octubre 2025]. Disponible en: <https://www.bookdown.org/rwnahas/RMPH/blr-odds.html>
71. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2024 [Internet]. Santiago: INE [Citado octubre 2025]. Disponible en: <https://censo2024.ine.gob.cl/estadisticas/>
72. Mamani B, Zunzunegui MV, Córdova A, Vargas I. Patrones de multimorbilidad en la población chilena mayor de 15 años: análisis de datos epidemiológicos de la encuesta nacional de salud 2016-2017. Rev Med clínica las Condes [Internet] 2022 33 (1): 75-89. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864022000104>
73. Jing Xi, Miao M, Polly W.C. Li, Doris S.F. Yu. Efectos pronósticos de los grupos de multimorbilidad en los resultados de salud en adultos: una revisión sistemática y metaanálisis. Ageing Research Reviews [Internet] 2025. 112(1): 1568-1637. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568163725002430?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568163725002430?utm_source=chatgpt.com)
74. Loakeim I, Ledesma-Calvo R, Moreno-Juste A, Roque F, Atkins K, Hernández-Rodríguez MÁ, et al. Trazando las vías de la multimorbilidad cardiometabólica: una revisión sistemática de las trayectorias clínicas. J. Clin. Med. [Internet] 2025. 14(8):2615. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/8/2615>
75. Organización Mundial de la Salud. El acceso desigual a los servicios de salud impulsa las brechas en la esperanza de vida [internet]. Ginebra: OMS;2019 [citado octubre 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>
76. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional [Internet]. CASEN: Santiago de Chile. 2017. [citado octubre 2025]. Disponible en línea: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>.
77. Sandoval MH, Alvear ME. Marital Status. Estado civil, arreglos de vida y mortalidad en edades avanzadas en Chile, 2004-2016. Int J Environ Res Public Health. [Internet] 2022 [citado octubre 2025] 19(21):13733. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9659010/>
78. Wong CW, Kwok CS, Narain A, et al Estado civil y riesgo de enfermedades cardiovasculares: una revisión sistemática y metanálisis. Heart [Internet] 2018 [citado octubre 2025] 104: 1937-1948. Disponible en: <https://heart.bmj.com/content/104/23/1937.info>
79. Jiao D, Watanabe K, Sawada Y, Tanaka E, Watanabe T, Tomisaki E. Multimorbilidad y limitación funcional: el papel de las relaciones sociales. Archives of Gerontology and Geriatrics. [Internet] 2021 [citado octubre 2025] 92:104249. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494320302430?via%3Dihub>

80. Pratiwi IN, Nursalam N, Widyawati IY, Ramoo V. Participación conyugal en el manejo colaborativo y el cambio de comportamiento glucémico entre pacientes con diabetes mellitus: una revisión sistemática. *Enfermería abierta de salvia*. [Internet] 2024 [citado octubre 2025] 10. Disponible en: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23779608241245196?int.sj-full-text.similar-articles.3=&utm\\_source=chatgpt.com](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23779608241245196?int.sj-full-text.similar-articles.3=&utm_source=chatgpt.com)

81. Superintendencia de Pensiones. Informe mensual de afiliados al sistema de pensiones. [Internet] Santiago: Chile; 2025 [citado octubre 2025]. Disponible en: [https://www.spensiones.cl/inf\\_estadistica/afipen/mensual/2025/06/t031.html](https://www.spensiones.cl/inf_estadistica/afipen/mensual/2025/06/t031.html)

82. Instituto Nacional de Estadísticas. IX Encuesta de Presupuestos Familiares: 2021-2022. [Internet] Santiago: Chile; 2024 [citado octubre 2025]. Disponible en: [https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/ix-epf-\(octubre-2021---septiembre-2022\)/presentacion-de-resultados-ix-epf.pdf?sfvrsn=474192a0\\_11](https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/ix-epf-(octubre-2021---septiembre-2022)/presentacion-de-resultados-ix-epf.pdf?sfvrsn=474192a0_11)

83. Percepciones Económicas. Los grupos socioeconómicos en Chile [Internet]. Chile: Percepciones Económicas [Internet] 2023 [citado octubre 2025]. Disponible en: [https://percepcioneseconomicas.cl/desarrollo-economico/los-grupos-socioeconomicos-en-chile/#google\\_vignette](https://percepcioneseconomicas.cl/desarrollo-economico/los-grupos-socioeconomicos-en-chile/#google_vignette)

84. Kazibwe, J., Tran, P.B. y Annerstedt, K.S. La carga financiera de las enfermedades no transmisibles en los hogares en los países de ingresos bajos y medianos: una revisión sistemática. *Health Res Policy Sys* [Internet] 2021 [citado octubre 2025] 19, 96. Disponible en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-021-00732-y#citeas>

85. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Internet] Washington, D.C: OPS; [citado octubre 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

86. Arriagada L, Carrasco T, Araya M. Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. *Rev Méd Clín Las Condes*. [Internet] 2020 [citado octubre 2025] 31 (2): 204-2010. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300237#bib0015>

87. Kim C., Kim M., Lee Y., Park E., Schlenk A. Efectividad de las intervenciones dirigidas por enfermeras sobre la adherencia a la medicación en adultos que toman medicación para el síndrome metabólico: una revisión sistemática y metanálisis. *Rev de Enf Clín* [Internet] 2022 [citado octubre 2025] 32: 5328-5356. Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16589?saml\\_referrer=](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16589?saml_referrer=)

88. Berardinelli D, Conti A, Hasnaoui A, Casabona E, Martin B, Campagna S, Dimonte V. Intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia a la medicación en enfermedades crónicas: una revisión sistemática. *Sanidad (Basilea)* [Internet] 2024 [citado octubre 2025] 12(23):2337. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11641167/>
89. Yang C, Zhu S, Lee D, Ying S. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación en personas mayores con multimorbilidad que viven en la comunidad: una revisión sistemática y metanálisis. *International Journal of Nursing Studies*. [Internet] 2022 [citado octubre 2025] 126: 104154. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748921002996>
90. Gobierno de Chile. Resultados encuesta nacional de actividad física y deporte en población mayor de 5 años [Internet] Chile;2025 [citado octubre 2025]. Disponible en: [https://uchile.cl/dam/jcr:c9cc773f-463e-4927-847b-c19563dcfad0/Copia%20de%20RESULTADOS%20ENCUESTA%20NACIONAL%20%20DE%20ACTIVIDAD%20F%C3%8DSICA%20Y%20DEPORTE%20%20EN%20POBLACI%C3%93N%20MAYOR%20DE%205%20A%C3%91OS%20\(1\).pdf](https://uchile.cl/dam/jcr:c9cc773f-463e-4927-847b-c19563dcfad0/Copia%20de%20RESULTADOS%20ENCUESTA%20NACIONAL%20%20DE%20ACTIVIDAD%20F%C3%8DSICA%20Y%20DEPORTE%20%20EN%20POBLACI%C3%93N%20MAYOR%20DE%205%20A%C3%91OS%20(1).pdf)
91. Martinez D, Guallar P, García E, Bandinelli S, Rodriguez F. Actividad física y el efecto de la multimorbilidad en la mortalidad por todas las causas en adultos mayores. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet] 2017 [citado octubre 2025] 92 (3): 376-382. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30822-9/abstract](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30822-9/abstract)
92. Fessler L, Maltagliati S, Sieber S, Cullati S, Tessitore E, Craviari C, Luthy C, Hanna E, Meyer P, Orsholits D, Sarrazin P, Cheval B. La actividad física es importante para la salud de todos, pero las personas con multimorbilidad se benefician más. *Prev Med Rep* [Internet] 2023 [citado octubre 2025] 34:102265. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10240419/>
93. Veronese N, Ragusa FS, Hajek A, Stubbs B, Smith L, Barbagallo M, et al. Impacto a largo plazo de la actividad física en la mortalidad en adultos con multimorbilidad: un estudio longitudinal de cohorte de 12 años de la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa. *J Caquexia Sarcopenia Músculo*. [Internet] 2025 [citado octubre 2025] 16 (1): e13695. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11799573/>
94. Barker K, Holland AE, Skinner EH, Lee AL. Resultados clínicos después de la rehabilitación con ejercicios en personas con multimorbilidad: una revisión sistemática. *J Rehabil Med* [Internet] 2023 [citado octubre 2025] 55: JRM00377. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10015470/>
95. Bricca A, Harris LK, Jäger M, Smith SM, Juhl CB, Skou ST. Beneficios y daños del tratamiento con ejercicios en pacientes con multimorbilidad: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Envejecimiento Res Rev*. [Internet] 2020 [citado octubre 2025]; 63:101166. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7116122/>

96. Servicio Nacional para la Prevención de Drogas y Alcohol. Encuesta Nacional de Prevención de Drogas y Alcohol 2022. [Internet] Santiago: Chile; 2024 [citado octubre 2025]. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2024/06/ENPG-2022.pdf>
97. Tang, S., Mao X., Xu J. Jiao H. Estilo de vida saludable, multimorbilidad y mortalidad por todas las causas entre las personas mayores: un estudio de cohorte retrospectivo basado en CLHLS 2005-2018. BMC Geriatr [Internet] agosto 2025 [citado 09 de octubre 2025]. 25: 644. Disponible en: [https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-025-06246-4?utm\\_source=chatgpt.com#citeas](https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-025-06246-4?utm_source=chatgpt.com#citeas)
98. Du Y, de Bock GH, Vonk JM, Pham AT, van der Ende MY, Snieder H, Smidt N, Krabbe PFM, Alizadeh BZ, Lunter G, Corpeleijn E. Factores del estilo de vida y multimorbilidad incidente relacionada con enfermedades crónicas: un estudio de cohorte basado en la población. Eur J Ageing [Internet] Nov 2024 [citado 09 oct 2025]. 21(1):37. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11604909/>
99. Burton R, Fryers PT, Sharpe C, Clarke Z, Henn C, Hydes T, Marsden J, Pearce-Smith N, Sheron N. Los riesgos independientes y conjuntos del consumo de alcohol, el tabaquismo y el exceso de peso sobre la morbilidad y la mortalidad: una revisión sistemática y un metanálisis que exploran las asociaciones sinérgicas. Salud pública [Internet]. Enero 2024 [citado 09 oct 2025]; 226:39-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38000113/>
100. Han BH, Moore AA, Sherman SE, Palamar JJ. Prevalencia y correlatos del consumo excesivo de alcohol entre adultos mayores con multimorbilidad. Dependencia del alcohol de las drogas. [Internet] junio 2018 [citado 09 oct 2025]; 187:48-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29627405/>
101. Bratzke LC, Muehrer RJ, Kehl KA, Lee KS, Ward EC, Kwekkeboom KL. Establecimiento de prioridades de autogestión y toma de decisiones en adultos con multimorbilidad: una revisión narrativa de la literatura. Int J Nurs Stud [Internet] Marzo 2015 [citado 09 oct 2025]; 52(3):744-55. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4315694/>
102. De Souza A. Hipertensão arterial: adesão ao tratamento. Rev Bras de Hipertens. [Internet] 2020 [citado 09 oct 2025]; 27(1):18-22. Disponible en: [http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/27-1/Pages%20from%20REVISTA%20BRASILEIRA%20HIPERTENS%C3%83O%2027%20N1\\_18-22.pdf](http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/27-1/Pages%20from%20REVISTA%20BRASILEIRA%20HIPERTENS%C3%83O%2027%20N1_18-22.pdf)
103. Gast A, Mathes T. Factores que influyen en la adherencia a la medicación: una descripción general (actualizada) de las revisiones sistemáticas. Syst Rev. [Internet] mayo 2019 [citado 09 oct 2025]; 8(1):112. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6511120/>

104. Chen Y, Gao J, Lu M. Trayectoria de adherencia a la medicación de pacientes con enfermedades crónicas y sus factores influyentes: una revisión sistemática. *Journal of Advan Nurs*. [Internet] julio 2023 [citado 09 oct 2025]. 80(1):11-41. Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15776?saml\\_referrer=](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15776?saml_referrer=)
105. Gow, K., Rashidi, A. y Whithead, L. Factores que influyen en la adherencia a la medicación entre adultos que viven con diabetes y comorbilidades: una revisión sistemática cualitativa. *Curr Diab Rep*. [Internet] dic 2023 [citado 09 oct 2025] 24:19–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11892-023-01532-0>
106. Hyvert, S., Yailian AL., Haesebaert, J., Vignot E, Chapurlat R., Dussaat C, et al. Asociación entre la alfabetización en salud y la adherencia a la medicación en enfermedades crónicas: una revisión sistemática reciente. *Int J Clin Pharm* [Internet] Nov 2022 [citado 09 oct 2025]. 45: 38–51. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-022-01470-z#citeas>
107. Anderson L., Nuckols T, Coles C, Le M., Schnipper J, Shane R, et al. Una descripción sistemática de las revisiones sistemáticas que evalúan las intervenciones de adherencia a la medicación. *American Journal of Health-System Pharmacy* [Internet] enero 2020 [citado 09 oct 2025]. 77(2): 138–147. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajhp/article/77/2/138/5696690>
108. Miao Y, Luo Y, Zhao Y, Liu M, Wang H, Wu Y. Efectividad de las intervenciones de eHealth para mejorar la adherencia a la medicación entre pacientes con enfermedades cardiovasculares: revisión sistemática y metanálisis *J Med Internet Res* [Internet] julio 2024 [citado 09 oct 2025]. 26:E58013. Disponible en: <https://www.jmir.org/2024/1/e58013>
109. Mackridge, A.J., Wood, E.M. y Hughes, D.A. Mejora de la adherencia a la medicación en la comunidad: una revisión general intencionada de intervenciones efectivas dirigidas al paciente que son fácilmente implementables en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. *Int J Clin Pharm* [Internet] Marzo 2025 [citado 09 oct 2025]. 47: 640–653. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-025-01885-4>
110. Rodrigues LP, de Oliveira Rezende AT, Delpino FM, Mendonça CR, Noll M, Nunes BP, de Oliveira C, Silveira EA. Asociación entre multimorbilidad y hospitalización en adultos mayores: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Envejecimiento por edad*. [Internet] julio de 2022 [citado 09 oct 2025] 51(7):AFAC155. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9308991/>
111. McParland C, Cooper MA, Lowe DJ, Stanley B, Johnston B. Multimorbilidad, recuento de enfermedades, mortalidad y uso de atención de emergencia en personas que asisten al departamento de emergencias: un estudio transversal de vinculación de datos. *J Comorb multimorbio*. [Internet] Dic 2022 [citado 09 oct 2025]. 12:26335565221147417. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9761223/>

112. Walsh CA, Cahir C, Tecklenborg S, Byrne C, Culbertson MA, Bennett KE. La asociación entre la falta de adherencia a la medicación y los resultados adversos para la salud en poblaciones que envejecen: una revisión sistemática y un metanálisis. *Br J Clin Pharmacol*. [Internet] Nov 2019 [citado 09 oct 2025]. 85(11):2464-2478. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6848955/>
113. Zhao Y., Wang J., Zhu X., Zhang Y., Zhang W., Dong Y. Multimorbilidad y polifarmacia en pacientes ancianos hospitalizados: un estudio transversal. *BMC Geriatr* [Internet] Jul 2023 [citado 09 oct 2025]. 23: 423. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04109-4>
114. Zamorano P, Muñoz P, Espinoza M, Tellez A, Varela T, Suarez F, Fernandez MJ. Impacto de una atención integrada de multimorbilidad de alto riesgo implementada en el sistema público de salud en Chile. *PLoS Uno*. [Internet] Ene 2022 [citado 09 oct 2025]. 17(1):e0261953. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0261953>
115. Lim A, Benjasirisan C, Liu X, Ogungbe O, Himmelfarb CD, Davidson P, Koirala B. Determinantes sociales de la salud y las visitas al departamento de emergencias entre adultos mayores con multimorbilidad: información de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud de 2010 a 2018. *Salud Pública de BMC*. [Internet] Abr 2024 [citado 09 oct 2025]. 24(1):1153. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11044401/>
116. Fisher KA, Griffith LE, Gruneir A, Upshur R, Perez R, Favotto L, Nguyen F, Markle-Reid M, Ploeg J. Efecto de los factores sociodemográficos y de salud en la asociación entre la multimorbilidad y el uso de servicios de atención aguda: encuesta poblacional vinculada a datos administrativos de salud. *BMC Health Serv Res*. [Internet] Ene 2021 [citado 09 oct 2025]. 21(1):62. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-06032-5>
117. Cañón A., González AE, Forjaz MJ. Factores asociados al estado de salud autoevaluado de personas mayores con multimorbilidad en Colombia: un estudio transversal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. [Internet] Nov 2021 [citado 09 oct 2025]. 56 (6): 326-333. Disponible em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-factors-associated-with-self-rated-health-S0211139X21001451>
118. Mavaddat N, Valderas JM, van der Linde R, Khaw KT, Kinmonth AL. Asociación de la salud autoevaluada con multimorbilidad, enfermedades crónicas y factores psicosociales en una gran cohorte de mediana edad y mayores de la práctica general: un estudio transversal. *BMC Fam Pract*. [Internet] Nov 2014 [citado 09 oct 2025]. 15:185. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4245775/>
119. Nützel A, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, König HH, Riedel-Heller S, Maier W, Schäfer I, Schön G, Weyerer S, Wiese B, Scherer M, van den Bussche H, Bickel H. Salud autoevaluada en pacientes de medicina general mayores multimórbidos: un estudio transversal en Alemania. *BMC Fam Pract* [Internet] Ene 2014 [citado 09 oct 2025]. 15:1. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3923097/>

120. García Pérez, A., Villanueva Gutiérrez, T. Multimorbilidad y síntomas depresivos y su asociación con la salud y la satisfacción con la vida autoreferidas en adultos de  $\geq 50$  años en México. *J Cross Cult Gerontol* [Internet] Ene 2025 [citado 09 oct 2025]. 40: 107–121. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10823-025-09521-4>
121. Hoffman MR. Odds Ratio. En: StatPearls [Internet]. May 2023 [citado 09 oct 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK431098/>
122. Real Academia Española [Internet].2023. [Citado enero 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
123. Instituto Vasco de Estadística [Internet]. Euskal Estatistika Erakundea; 2024 [citado mayo 2024]. Disponible en: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_448/elem\\_8858/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20Ingresos%20mensuales&text=Se%20refiere%20al%20conjunto%20de,mismos%20para%20sufragar%20los%20gastos.](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_448/elem_8858/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20Ingresos%20mensuales&text=Se%20refiere%20al%20conjunto%20de,mismos%20para%20sufragar%20los%20gastos.)
124. Vivaldi F. Bienestar psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en adultos mayores de la comuna de Concepción. Repositorio Biblioteca Universidad de Concepción [Internet]. 2010 [citado enero 2024]. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/5825>

## VIII. ANEXOS

**Anexo N°1.** Tabla de variables según objetivo y estadística.

Objetivo general	Objetivo específico	Variables	Conceptualización	Operacionalización	Tipo de variable / Nivel de medición	Estadística utilizada
Conocer el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con los indicadores de impacto, entre ellos,	Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la	Edad	Cantidad de tiempo durante el cual una persona ha estado viva.	Información entregada por las personas, expresada en años cumplidos.	Cuantitativa Discreta / De razón.	Medidas de resumen. (Tendencia central y de dispersión)

<p>hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las</p>	<p>comuna de Hualpén, en el año 2024.</p> <p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>Sexo</p>	<p>Condición natural de ser hombre o mujer.</p>	<p>La variable se categorizará en;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>	<p>Cualitativa Dicotómica / Nominal.</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas. (Porcentaje)</p>
--	--	-------------	---	--	--	--

<p>Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>Estado civil</p>	<p>La situación civil de una persona, determinada por el registro oficial, en relación con la existencia o ausencia de una pareja, así como su estado legal con respecto a esta relación.</p>	<p>La variable se categorizará en;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado/a.</li> <li>• Soltero/a.</li> <li>• Divorciado/a.</li> <li>• Viudo/a.</li> <li>• Separado/a</li> <li>• Conviviente</li> </ul>	<p>Cualitativo Nominal.</p>	<p>Frecuencia absoluta y relativa.</p>
	<p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la</p>	<p>Nivel educativo</p>	<p>Grado de formación académica que ha alcanzado una persona.</p>	<p>La variable se categorizará en;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación básica incompleta</li> </ul>	<p>Cualitativo Nominal.</p>	<p>Frecuencia absoluta y relativa.</p>

	Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación básica completa</li> <li>• Educación media incompleta</li> <li>• Educación media completa</li> <li>• Educación nivel superior</li> </ul>		
	Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros	Situación laboral	Estado de una persona en relación con su trabajo.	<p>La variable se categorizará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador independiente</li> <li>• Trabajador dependiente</li> <li>• Cesante</li> </ul>	Cualitativo  Nominal.	Frecuencia absoluta y relativa.

	de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.			<ul style="list-style-type: none"> <li>Jubilado o pensionado</li> </ul>		
	Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.	Ingreso mensual percibido	Cantidad de dinero total percibido en el mes, de origen laboral u otro, en el grupo familiar.	<p>La variable se categorizará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menor a \$ 100.000</li> <li>\$100.000-\$300.000</li> <li>\$301.000-\$500.000</li> <li>\$501.000-\$700.000</li> </ul>	Cuantitativa Discreta / De razón.	Medidas de resumen. (Tendencia central y de dispersión)

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$701.000-\$900.000</li> <li>• Mayor a \$1.000.000</li> </ul>		
	<p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>Número de condiciones crónicas</p>	<p>Proceso fisiopatológico multifactorial que suele ser de larga duración, lenta progresión, dependientes de tratamiento y control de por vida.</p>	<p>Se clasificará según la cantidad de condiciones crónicas que tiene cada persona.</p>	<p>Cuantitativa Discreta / De razón.</p>	<p>Medidas de resumen. (Tendencia central y de dispersión)</p>

<p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	<p>Número de controles de salud anual</p>	<p>Control de salud rutinario y planificado llevado a cabo por el personal sanitario con el objetivo de evaluar el estado de salud de una persona y prevenir enfermedades.</p>	<p>Se clasificará según la cantidad de controles de salud anual que refiere cada persona.</p>	<p>Cuantitativa Discreta / De razón.</p>	<p>Medidas de resumen. (Tendencia central y de dispersión)</p>
<p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la</p>	<p>Medicamentos indicados</p>	<p>Es la cantidad de medicamentos prescritos por receta médica o por un profesional de la salud autorizado.</p>	<p>Se clasificará según la cantidad total de medicamentos indicados y por cada condición</p>	<p>Cuantitativa Discreta / De razón.</p>	<p>Medidas de resumen. (Tendencia central y de dispersión)</p>

	Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.			crónica que tenga la persona.		
	Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.	Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía.	Se categorizará en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si realizo</li> <li>• No realizo</li> </ul> Se categorizará según cantidad de veces realizada semanalmente.  Se categorizará según durabilidad de la actividad física en:	Cualitativa  Nominal/Nominal  Cuantitativa  Discreta / De razón.	Medidas de resumen. (Tendencia central y de dispersión)

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 30</math> min</li> <li>• <math>&lt; 30</math> min</li> </ul>		
	<p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.</p>	Consumo de tabaco	Acto de inhalar o ingerir productos que contiene el tabaco, principalmente cigarrillos.	<p>La variable se categorizará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, fumo</li> <li>• No fumo</li> <li>• Cantidad de cigarrillos fumados diariamente.</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal/Nominal</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Discreta/De razón</p>	<p>Medidas de resumen.</p> <p>(Tendencia central y de dispersión)</p>
	<p>Caracterizar a los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel</p>	Consumo de alcohol	Se refiere al acto de ingerir bebidas que contienen etanol, una sustancia psicoactiva	<p>La variable se categorizará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, bebo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal/Nominal</p>	<p>Medidas de resumen.</p> <p>(Tendencia</p>

	de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.		presente en diversos tipos de bebidas alcohólicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No bebo</li> <li>• Cantidad consumida en ml diaria y semanalmente.</li> </ul>		central y de dispersión)
	Describir el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la	Automanejo	Un proceso mediante el cual las personas y sus familias utilizan el conocimiento, las creencias, habilidades y destrezas de autorregulación y la facilitación social para lograr resultados	Se medirá mediante las dimensiones del instrumento “ <i>Partners in Health Scale</i> ”. La variable se categorizará a mayor puntaje obtenido mayor nivel de automanejo.	Cuantitativa Discreta/ De razón	1.Medidas de resumen para la medición individual.  2.Modelo de regresión lineal múltiple para establecer correlación con

	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.		relacionados con la salud.			las variables dependientes
	Describir el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las	Adherencia al tratamiento farmacológico	Cooperación voluntaria del paciente en la toma de fármacos o medicamentos según lo prescrito. Esto incluye el momento, la dosis y la frecuencia.	Se aplicará el test de Morisky Green MMAS-8 donde la variable se categorizará en:  • 1=Adherente  • 2=No adherente	Cualitativa  Nominal/Nominal	1.Medidas de resumen para la medición individual.  2.Modelo de regresión lineal múltiple para establecer correlación con

	Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.					las variables dependientes
	Describir el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo social percibido en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las	Apoyo social percibido	Valoración subjetiva que realiza la persona con relación a los efectos que ha producido el apoyo social recibido.	Se categorizará según un puntaje máximo de 48 puntos y un mínimo de 12 puntos, donde a mayor puntaje obtenido se correlaciona a mayor apoyo social percibido y viceversa.	Cuantitativa Discreta/ Intervalar	1. Medidas de resumen para la medición individual.  2. Modelo de regresión lineal múltiple para establecer correlación con

	Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.					las variables dependientes
	Describir los indicadores de impacto de hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la Estrategia de Cuidado	Hospitalización por descompensación clínica	Indicador directo del volumen de actividad hospitalaria de personas hospitalizadas por descompensación de alguna de las condiciones crónicas diagnosticadas.	La variable se categorizará en: Cantidad de hospitalizaciones en los últimos 6 meses	Cuantitativa Discreta/ Intervalar	1. Medidas de resumen para la medición individual.  2. Modelo de regresión lineal múltiple para establecer correlación con las variables independientes

	Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.					
	Describir los indicadores de impacto de hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que reciben atención en la	Número de asistencia a servicios de urgencias	Indicador directo de Personas con multimorbilidad que asisten a urgencias hospitalarias por alguna de las condiciones crónicas diagnosticadas.	La variable se categorizará en: Número de personas que asistieron a un servicio de urgencia en los últimos 6 meses.	Cuantitativa Continua/intervalar	1.Medidas de resumen para la medición individual  2.Modelo de regresión lineal múltiple para establecer correlación con las variables independientes

	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.					
	Describir los indicadores de impacto de hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 que	Autopercepción de salud	Representa una declaración resumida sobre la forma en que numerosos aspectos de la salud, tanto subjetivos como objetivos, se combinan dentro del marco de percepción del encuestado individual	La variable se categorizará en: •1=Excelente •2=Buena •3=Regular •4=Mala	Cuantitativa  Ordinal/ Intervalar	1.Medidas de resumen para la medición individual y frecuencia relativa y acumulada.  2.Modelo de regresión lineal múltiple para establecer correlación con

	reciben atención en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.					las variables independientes
--	--	--	--	--	--	------------------------------

## Anexo N°2. Cálculo de la muestra.

### A.-Pregunta de investigación descriptiva

#### A.1 Variable nivel de automanejo

Datos y resultados	
Tamaño poblacional	100
Desviación estándar esperada	24,000
Nivel de confianza (%)	95,0
Calcular	
<input type="radio"/> Tamaño de muestra	
<input checked="" type="radio"/> Precisión	
Efecto de diseño	1,0
Tamaño de muestra	
Mínimo	80
Máximo	80
Incremento	0

Tamaño poblacional:	100
Desviación estándar esperada:	24,000
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Tamaño de muestra	Precisión
80	2,352

#### A.2 Variable apoyo social

Datos y resultados	
Tamaño poblacional	100
Desviación estándar esperada	9,000
Nivel de confianza (%)	95,0
Calcular	
<input type="radio"/> Tamaño de muestra	
<input checked="" type="radio"/> Precisión	
Efecto de diseño	1,0
Tamaño de muestra	
Mínimo	80
Máximo	80
Incremento	0

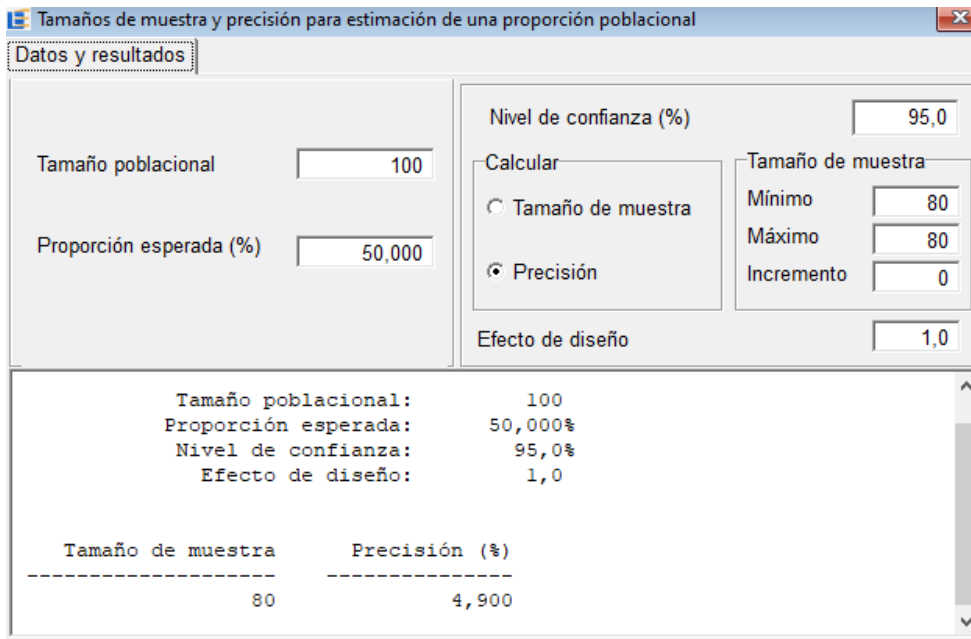
  

Tamaño poblacional:	100
Desviación estándar esperada:	9,000
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

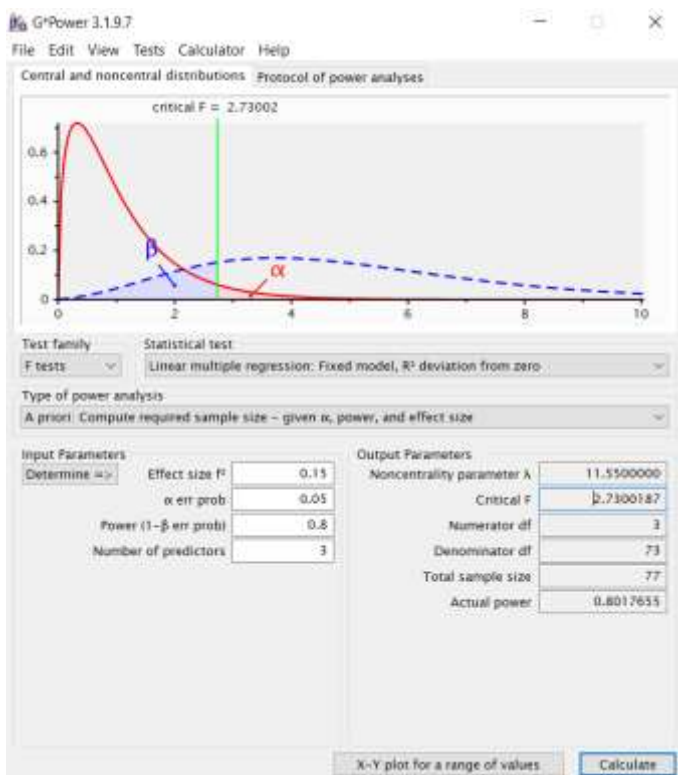
  

Tamaño de muestra	Precisión
80	0,882

### A.3 Variable adherencia a la medicación



### B.-Pregunta de investigación correlacional



Fuente: Análisis estadístico, Programa de Magister en Enfermería UdeC.

**Anexo N°3.** Instrumento recolección de información.

Fecha de aplicación            /            /		
Identificación establecimiento:		
1.Cesfam La Floresta ____ 2. Cesfam Hualpencillo ____ 3. Cesfam Talcahuano Sur ____		
<b>PARTE 1. CUESTIONARIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO.</b>		
IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE		
Nombre		
RUT		
Edad	¿Qué edad tiene usted? Escríbala a continuación.  _____ Años	
Sexo	Marque con una "x" el sexo correspondiente.  Hombre ____ Mujer ____	
Estado civil	Marque con una "x" en la casilla según corresponda.	
	Soltero(a): _____	Casado (a): ____
	Viudo (a): _____	Separado (a): ____
Nivel educativo	Marque con una "x" en la casilla según corresponda.  (1) Educación básica incompleta _____	

	(2) Educación básica completa _____ (3) Educación media incompleta _____ (4) Educación media completa _____ (5) Educación superior _____
Situación laboral	Marque con una "x" en la casilla según corresponda. (1) Trabajador independiente _____ (2) Trabajador dependiente _____ (3) Cesante _____ (4) Jubilado(a) o pensionado (a) _____
Ingreso mensual percibido	Marque con una "x" en la casilla según corresponda. Según los ingresos mensuales en su grupo familiar donde usted vive, ¿a cuál de los siguientes rangos de ingresos mensuales corresponde a su hogar? (A) Menor a \$ 100.000 _____ (B) \$100.000-\$300.000 _____ (C) \$301.000-\$500.000 _____ (D) \$501.000-\$700.000 _____ (E) \$701.000-\$900.000 _____ (F) Mayor a \$1.000.000 _____
<b>ANTECEDENTES CLINICOS</b>	
N° de condiciones crónicas	¿Cuántas condiciones crónicas tiene usted? _____ condiciones crónicas



alcohol	Si su respuesta es "sí", ¿Cuánto bebe diariamente? _____ ml		
	Si su respuesta es "sí" ¿Cuánto bebe en la semana? _____ ml		
Número de Hospitalizaciones	¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido en los últimos 6 meses? _____ hospitalizaciones.		
Número de asistencia a servicios de urgencia	¿Cuántas veces ha asistido a un servicio de urgencias por descompensación de alguna condición crónica en los últimos 6 meses? _____ veces		
Autopercepción de salud	¿Cómo calificaría a su estado de salud actual? Marque con una "X" según corresponda.		
	1	2	3
	Excelente	Buena	Regular
			Mala
<b>PARTE 2. CUESTIONARIO MORISKY GREEN LEVINE (MMAS-8).</b>			
1	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	SI= 0	NO= 1
2	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	SI= 0	NO= 1

3	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	SI= 0	NO= 1
4	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	SI= 0	NO= 1
*5	¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	SI= 1	NO= 0
6	Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	SI= 0	NO= 1
7	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	SI= 0	NO= 1
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca / Casi nunca	1
		Rara Vez	0,75
		Algunas veces	0,5
		Habitualmente	0,25
		Siempre	0
PUNTAJE OBTENIDO		INTERPRETACIÓN	1.-Adherente 2.-No adherente

**PARTE 3.** Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet.

		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
2	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
3	Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me pueda ayudar.				
4	Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
5	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
6	Tengo la seguridad de que mis amigo(a)s tratan de ayudarme.				
7	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				



	<b>Muy poco</b>				<b>Algo</b>					<b>Mucho</b>	
<b>3</b>	<b>Toma los medicamentos y lleva a cabo las recomendaciones indicadas por su médico o trabajador de salud:</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
	<b>Muy poco</b>				<b>Algo</b>					<b>Mucho</b>	
<b>4</b>	<b>Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o trabajador de salud:</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
	<b>Muy poco</b>				<b>Algo</b>					<b>Mucho</b>	
<b>5</b>	<b>Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención necesaria para obtener servicios acordes a su cultura, valores y creencias:</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
	<b>Muy poco</b>				<b>Algo</b>					<b>Mucho</b>	
<b>6</b>	<b>Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud:</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		





**Anexo N°4.** Solicitud de asociación colaborativa.

Concepción, abril de 2024.

**Señora**

**Claudia Castell**

**Directora DAS de Hualpén**

**Presente.**

**Ref.: Solicita apoyo en investigación.**

De mi consideración:

Junto a un saludo cordial, me presento como investigador responsable del proyecto de investigación titulado *Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad*, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Universidad de Concepción. Solicito a usted apoyo para la ejecución de esta investigación en los CESFAM Hualpencillo, Talcahuano Sur, La Floresta y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos correspondientes.

El objetivo de la investigación propuesta en el proyecto antes individualizado es conocer el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con los indicadores de impacto, entre ellos, hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en los usuarios con multimorbilidad

categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

El diseño metodológico considera la participación de personas adultas mayores de 18 años con multimorbilidad categorizadas en nivel de riesgo alto G3 inscritas en ECICEP con permanencia mínima de 6 meses en el programa.

Las actividades para la recolección de la muestra incluyen la aplicación de un instrumento por el investigador, conformado por cuatro partes para caracterizar a las personas mediante variables biosociodemográficas, determinar el nivel de automanejo, apoyo social percibido, adherencia al tratamiento farmacológico y conocer la autopercepción de la salud.

El procedimiento de acceso a los y las participantes será de tal manera que los profesionales del Centro de Salud que brindan atención en el Programa ECICEP harán la invitación formal a las personas que cumplan con los criterios de inclusión. Si la persona acepta participar voluntariamente del estudio, se citará según agenda establecida por el investigador a cargo, la cual será planificada y/o coordinada según disponibilidad de espacio físico en el CESFAM correspondiente, con la colaboración directa del encargado de ECICEP y dirección del establecimiento. Por ello, cada persona deberá asistir en un día y hora determinada para explicar el estudio, firmar consentimiento informado y aplicar el instrumento de recolección de información.

Los participantes deberán contestar un cuestionario conformado por cuatro partes, lo que significará un tiempo de 45 minutos aproximadamente, incluido el proceso del consentimiento informado.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a la posterior evaluación de los Comités de Ética Científicos.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo, es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- Resumen del proyecto.
- Instrumentos Recolectores de Datos.
- Modelo de documento de consentimiento informado.

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

**Richard Riffo Parra**

**Enfermero**

**Investigador Responsable**

**Anexo N°5.** Carta de apoyo DAS Hualpén.



## CARTA DE APOYO

DAS HUALPEN

Fecha: 06 de mayo de 2024

En mi calidad de representante de la *Dirección de Administración de Salud Municipalidad de Hualpén*, declaro conocer el proyecto titulado "*Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad*", a cargo del Sr. Richard Riffo Parra en el contexto del Programa de Magister en Enfermería de la facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

El proyecto considera fortalecer las buenas prácticas de los Centros de salud dependientes de DAS Hualpén por lo que se considera será un aporte al trabajo que realizan; por tanto, se apoya su ejecución.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,



  
\_\_\_\_\_  
CLAUDIA CASTEL CONTRERAS  
DIRECTORA DAS HUALPEN

**Anexo N°6.** Cartas de apoyo Cesfam Hualpencillo, La Floresta y Talcahuano Sur.

Hualpén, julio de 2024

CERTIFICADO

En mi calidad de Directora del Centro de Salud Familiar CESFAM Hualpencillo declaro conocer el proyecto titulado: "Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores impacto en personas con multimorbilidad ", cuya ejecución se encuentra a cargo de EU Richard Riffo Parra, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

El proyecto considera fortalecer las buenas prácticas de este centro de salud y será un aporte al trabajo que se realiza. Por lo anterior, apoyo la realización de dicho proyecto en nuestro CESFAM.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Nombre y firma



-----  
Directora Centro de Salud Familiar Hualpencillo

Hualpén, 26 julio de 2024

CERTIFICADO

En mi calidad de Directora del Centro de Salud Familiar CESFAM La Floresta declaro conocer el proyecto titulado: "Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores impacto en personas con multimorbilidad ", cuya ejecución se encuentra a cargo de EU Richard Riffó Parra, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

El proyecto considera fortalecer las buenas prácticas de este centro de salud y será un aporte al trabajo que se realiza. Por lo anterior, apoyo la realización de dicho proyecto en nuestro CESFAM.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Carolina Navarrete Nassar  
Directora Centro de Salud Familiar Floresta

Hualpén, 29 de julio de 2024

Carta de aceptación

En mi calidad de Directora (s) del Centro de Salud Familiar CESFAM Talcahuano Sur declaro conocer el proyecto de investigación titulado: "Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores impacto en personas con multimorbilidad ", cuyo investigador y ejecución se encuentra a cargo de EU Richard Rifo Parra, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

El proyecto considera fortalecer las buenas prácticas de este centro de salud y será un aporte al trabajo que se realiza. Por lo anterior, apoyo la realización de dicho proyecto en nuestro CESFAM.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

  
Pilar de la Fuente Vejar.

Directora (s) Centro de Salud Familiar Talcahuano Sur

## Anexo N°7. Aprobación por CEC Servicio de Salud Talcahuano



ACTA N° 65 /

06 SEP 2024

### ACTA DE EVALUACION PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, acreditado y cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, conformado por:

- Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré, Epidemióloga Clínica, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Presidenta Comité Ético Científico SST.
- D. Luis Mauricio Bravo Espinoza, Abogado, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Vicepresidente Comité Ético Científico SST.
- Dra. Natalia Marín Neira, Médico, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano.
- Dr. Wladimir Hermosilla Rubio, Médico Psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- Dr. Reinaldo Neira Charlin, Médico Psiquiatra, Hospital Penco-Lirquén.
- Dr. Rodrigo Concha Navarrete, Médico, Atención Abierta, Hospital de Tomé.
- Dr. Jaime Quintana Vaccaro, Médico, Hospital Las Higueras.
- Dra. Liliana Lamperti Fernández, Bioquímico, Académico Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- D. Adriana Ribeiro Alves, Abogada, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción.
- Dra. María Belén Ortega Senet, Trabajador Social, Académico Facultad de Comunicación, Historia y Cs Sociales Universidad Católica Santísima Concepción.
- D. Mariana Flores Mora, Voluntaria Dama de Rojo Hospital Las Higueras.
- D. Olivia Bahamondes Pedreros, Trabajadora Social, secretaria ejecutiva Comité Ético Científico SST.

En sesión ordinaria de fecha 03 de septiembre del 2024, el Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, habiéndose constituido el Quórum según Rex N° 1149 y Posterior Modificación Rex N°1602 ha analizado los documentos recepcionados el 02.09.2024, correspondientes a solicitud de evaluación de su trabajo de investigación.

Por lo anteriormente señalado y **por la mayoría absoluta de sus miembros se Aprueba por 364 días** el trabajo de investigación, denominado: "Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad", cuyo investigador principal es D. Richard Rifo.

Se deja estipulado que ningún integrante del Comité, se declaró en conflicto de interés en este estudio.

Además, el comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con la fecha de aprobación, firma y timbre, en original del CEC, en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. Informar en forma frecuente de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se genere.



CEC Servicio Salud Talcahuano Re- Acreditado por Res N° 2306308150 del 13.10.2023 Seremi Salud Biobío

**Anexo N°8.** Consentimiento informado prueba piloto formato SST.



**N° de Folio:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

<b>Nombre del estudio:</b>	Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad.
Versión:	V 2.0
Nombre de la Investigadora Responsable:	Richard Andrés Riffo Parra
Correo electrónico	ririffo2018@udec.cl
Teléfono de contacto	+56 9 57200209
Nombre del Patrocinador	Universidad de Concepción

**PARTE I: Información**

**1. Introducción**

A través del presente documento usted está siendo invitado/a a participar del estudio "Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social

percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad”, en calidad de persona partícipe de los controles de salud de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, que será evaluada en el Centro de Salud Familiar en que usted se encuentra inscrito/a.

## **2. Propósito u objetivo del estudio**

Esta investigación tiene como objetivo conocer las dificultades, comprensión del lenguaje y el tiempo de aplicación para el cuestionario conformado por cuatro partes en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes al programa de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

Este estudio se realizará en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén y cuenta con el apoyo del director o directora del establecimiento de salud.

## **3. Selección de participantes**

La selección de participantes para el estudio se basó en los objetivos planteados, utilizando los criterios de inclusión y exclusión que respetan la individualidad de cada persona, otorgando así igualdad y voluntariedad de oportunidad de participar de la investigación.

Los/Las participantes de este estudio son personas mayores de 18 años con multimorbilidad inscritas en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, categorizadas en nivel de riesgo alto G3, que se encuentran recibiendo atención con al menos 6 meses en control. Las personas con deterioro cognitivo

diagnosticado no podrán participar de la investigación, ya que pueden presentar dificultad para recordar y comunicar la información solicitada en los cuestionarios y/o escalas, lo que podría afectar la fiabilidad de los datos recopilados. Entre los diagnósticos se pueden encontrar el Alzheimer y demencia.

#### **4. En qué consistirá su participación**

Las actividades en las que usted participará se desarrollarán de forma simultánea en un box o dependencia proporcionada por el CESFAM, donde su participación consistirá en responder en una sola oportunidad a un cuestionario aplicado por el investigador conformado por 4 partes, entre ellas encontramos: primera parte, preguntas orientadas a la dimensión biosociodemográfica que recopila información con relación a sus características personales (edad, sexo, número de condiciones crónicas, entre otros); segunda parte, cuestionario de Morisky Green Levine-8 que mide su adherencia a los medicamentos; tercera parte, cuestionario “Socios para la Salud” que evaluará el nivel de automanejo de sus condiciones crónicas; cuarta parte, la escala multidimensional de percepción de apoyo social. Es importante que usted sepa que los datos sólo serán revisados por el investigador responsable y la información obtenida será de exclusivo uso para esta investigación.

#### **5. Duración**

Su participación será requerida por una única vez, con una duración de 45 minutos aproximadamente, incluido el proceso del consentimiento informado.

## **6. Participación Libre y Voluntaria**

Su participación es libre y voluntaria, no debe sentirse forzado/a de participar de ninguna forma, por lo que usted tiene el derecho a aceptar o no aceptar participar de la investigación. Por otra parte, si usted lo estima conveniente, puede cambiar de opinión o retirarse durante cualquier momento del transcurso del estudio sin necesidad de entregar explicaciones, donde aquella decisión no tendrá ningún perjuicio a su persona y no traerá consecuencias en el momento que lo decida, ni repercusiones en su atención habitual en Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén. Si usted decide retirarse del estudio, los datos recolectados que fueron entregados durante la entrevista no serán utilizados.

## **7. Riesgos**

Se estima que los riesgos asociados a su participación en el estudio serán mínimos, aunque pueden existir, estos pueden surgir a base de situaciones relacionadas con la evocación de circunstancias de la vida personal y/o familiar durante la aplicación de cada uno de los cuestionarios. Si lo anterior sucediera, se le otorgará una primera contención por el investigador responsable y si es necesario se le derivará a un profesional de la salud en su CESFAM.

## **8. Beneficios**

Los resultados del estudio podrían generar beneficios indirectos para usted, ya que puede permitir ajustar y mejorar la Estrategia de Cuidado Integral Centrado

en las Personas en un futuro, optimizando los recursos y garantizando una atención más eficiente y efectiva para los usuarios con multimorbilidad con nivel de riesgo alto G3, en relación con favorecer el automanejo de las condiciones crónicas, promover el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el apoyo social percibido. Además, contribuirá a la generación de evidencia local en el ámbito de la salud, proporcionando datos específicos sobre la población de Hualpén. Esta información será invaluable para la toma de decisiones informadas y la planificación de intervenciones futuras.

#### **9. Costos o Incentivos relacionados a su participación**

Esta investigación no contempla ningún tipo de retribución económica. El único costo asociado incluye el transporte para asistir a la cita agendada en el CESFAM.

#### **10. Confidencialidad**

Los datos obtenidos en este estudio serán custodiados por el investigador responsable y guardados por 15 años, tanto en papel como en el sistema de registro computacional, los cuales serán eliminados transcurrido este período. En cuanto al almacenamiento digital de datos esto se realizará en computador personal del investigador responsable, de uso exclusivo para actividades académicas y/o investigativas.

#### **11. Utilización y Publicación de los hallazgos**

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, siendo toda información codificada con un número de folio y anonimizada. Dado el carácter

científico del estudio, es posible que los resultados obtenidos del análisis de los datos obtenidos, sean presentados en revistas conferencias de salud y congresos, sin embargo, su nombre no será revelado. Los hallazgos obtenidos serán compartidos con la dirección del CESFAM y con él o la participante que desee conocerlos.

## **12. Derechos del participante**

Usted es libre de aceptar participar, y puede retirarse del estudio cuando usted lo desee, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno. Las preguntas o dudas surgidas como participante en este estudio pueden ser dirigidas al investigador responsable: EU. Richard Riffo Parra con correo [ririfo2018@udec.cl](mailto:ririfo2018@udec.cl) y/o teléfono +56957200209. A su vez si desea conocer los resultados, una vez terminada la investigación puede solicitarlos enviando correo electrónico a la dirección antes mencionada.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con certificado del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano. Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, puede contactarse con la presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, Sra. Patricia Marcela Cortés Jofré, al teléfono 41-2722254 o enviando un correo electrónico a [olivia.bahamondes@redsalud.gob.cl](mailto:olivia.bahamondes@redsalud.gob.cl)

.....

PARTE II:

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitado/a a participar en el estudio “Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad”. Entiendo que mi participación consistirá en responder un cuestionario conformado por cuatro partes con la finalidad de conocer sus características biosociodemográficas, nivel de automanejo de sus condiciones crónicas, adherencia a tratamiento farmacológico y apoyo social percibido.

He leído y/o se me ha leído la información del documento de consentimiento.

He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente.

No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto libre y voluntariamente participar de este estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

_____	_____	_____
Nombre Participante	Firma Participante	Fecha
		dd/mm/aa
_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha
Investigador Responsable	Investigador Responsable	dd/mm/aa

---

Nombre Director (a) o  
delegado (a)  
Ministro de Fe

---

Firma Director (a) o  
delegado (a)  
Ministro de Fe

---

Fecha  
dd/mm/aa

**Anexo N°9.** Consentimiento informado formato SST.



**N° de Folio:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

<b>Nombre del estudio:</b>	Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad.
Versión:	V 2.0
Nombre de la Investigadora Responsable:	Richard Andrés Riffo Parra
Correo electrónico	ririffo2018@udec.cl
Teléfono de contacto	+56 9 57200209
Nombre del Patrocinador	Universidad de Concepción

**PARTE I: Información**

**1. Introducción**

A través del presente documento usted está siendo invitado/a a participar del

estudio “Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad”, en calidad de persona partícipe de los controles de salud de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, que será evaluada en el Centro de Salud Familiar en que usted se encuentra inscrito/a.

## **2. Propósito u objetivo del estudio**

Esta investigación tiene como objetivo conocer el nivel de automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con los indicadores de impacto, entre ellos, hospitalización por descompensación clínica, número de asistencia a los servicios de urgencia y autopercepción de salud en los usuarios con multimorbilidad categorizados como nivel de riesgo alto G3 pertenecientes al programa de Cuidado Integral Centrado en las Personas de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, en el año 2024.

Este estudio se realizará en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén y cuenta con el apoyo del director o directora del establecimiento de salud.

## **3. Selección de participantes**

La selección de participantes para el estudio se basó en los objetivos planteados, utilizando los criterios de inclusión y exclusión que respetan la individualidad de cada persona, otorgando así igualdad y voluntariedad de oportunidad de participar de la investigación.

Los/Las participantes de este estudio son personas mayores de 18 años con

multimorbilidad inscritas en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, categorizadas en nivel de riesgo alto G3, que se encuentran recibiendo atención con al menos 6 meses en control. Las personas con deterioro cognitivo diagnosticado no podrán participar de la investigación, ya que pueden presentar dificultad para recordar y comunicar la información solicitada en los cuestionarios y/o escalas, lo que podría afectar la fiabilidad de los datos recopilados. Entre los diagnósticos se pueden encontrar el Alzheimer y demencia.

#### **4. En qué consistirá su participación**

Las actividades en las que usted participará se desarrollarán de forma simultánea en un box o dependencia proporcionada por el CESFAM, donde su participación consistirá en responder en una sola oportunidad a un cuestionario aplicado por el investigador conformado por 4 partes, entre ellas encontramos: primera parte, preguntas orientadas a la dimensión biosociodemográfica que recopila información con relación a sus características personales (edad, sexo, número de condiciones crónicas, entre otros); segunda parte, cuestionario de Morisky Green Levine-8 que mide su adherencia a los medicamentos; tercera parte, cuestionario “Socios para la Salud” que evaluará el nivel de automanejo de sus condiciones crónicas; cuarta parte, la escala multidimensional de percepción de apoyo social. Es importante que usted sepa que los datos sólo serán revisados por el investigador responsable y la información obtenida será de exclusivo uso para esta investigación.

#### **5. Duración**

Su participación será requerida por una única vez, con una duración de 45 minutos aproximadamente, incluido el proceso del consentimiento informado.

## **6. Participación Libre y Voluntaria**

Su participación es libre y voluntaria, no debe sentirse forzado/a de participar de ninguna forma, por lo que usted tiene el derecho a aceptar o no aceptar participar de la investigación. Por otra parte, si usted lo estima conveniente, puede cambiar de opinión o retirarse durante cualquier momento del transcurso del estudio sin necesidad de entregar explicaciones, donde aquella decisión no tendrá ningún perjuicio a su persona y no traerá consecuencias en el momento que lo decida, ni repercusiones en su atención habitual en Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén. Si usted decide retirarse del estudio, los datos recolectados que fueron entregados durante la entrevista no serán utilizados.

## **7. Riesgos**

Se estima que los riesgos asociados a su participación en el estudio serán mínimos, aunque pueden existir, estos pueden surgir a base de situaciones relacionadas con la evocación de circunstancias de la vida personal y/o familiar durante la aplicación de cada uno de los cuestionarios. Si lo anterior sucediera, se le otorgará una primera contención por el investigador responsable y si es necesario se le derivará a un profesional de la salud en su CESFAM.

## **8. Beneficios**

Los resultados del estudio podrían generar beneficios indirectos para usted, ya que puede permitir ajustar y mejorar la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas en un futuro, optimizando los recursos y garantizando una atención más eficiente y efectiva para los usuarios con multimorbilidad con nivel de riesgo alto G3, en relación con favorecer el automanejo de las condiciones crónicas, promover el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el apoyo social percibido. Además, contribuirá a la generación de evidencia local en el ámbito de la salud, proporcionando datos específicos sobre la población de Hualpén. Esta información será invaluable para la toma de decisiones informadas y la planificación de intervenciones futuras.

## **9. Costos o Incentivos relacionados a su participación**

Esta investigación no contempla ningún tipo de retribución económica. El único costo asociado incluye el transporte para asistir a la cita agendada en el CESFAM.

## **10. Confidencialidad**

Los datos obtenidos en este estudio serán custodiados por el investigador responsable y guardados por 15 años, tanto en papel como en el sistema de registro computacional, los cuales serán eliminados transcurrido este período. En cuanto al almacenamiento digital de datos esto se realizará en computador personal del investigador responsable, de uso exclusivo para actividades académicas y/o investigativas.

## **11. Utilización y Publicación de los hallazgos**

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, siendo toda información codificada con un número de folio y anonimizada. Dado el carácter científico del estudio, es posible que los resultados obtenidos del análisis de los datos obtenidos, sean presentados en revistas conferencias de salud y congresos, sin embargo, su nombre no será revelado. Los hallazgos obtenidos serán compartidos con la dirección del CESFAM y con él o la participante que desee conocerlos.

## **12. Derechos del participante**

Usted es libre de aceptar participar, y puede retirarse del estudio cuando usted lo desee, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno. Las preguntas o dudas surgidas como participante en este estudio pueden ser dirigidas al investigador responsable: EU. Richard Riffo Parra con correo [ririfo2018@udec.cl](mailto:ririfo2018@udec.cl) y/o teléfono +56957200209. A su vez si desea conocer los resultados, una vez terminada la investigación puede solicitarlos enviando correo electrónico a la dirección antes mencionada.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con certificado del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano. Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, puede contactarse con la presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, Sra. Patricia Marcela

Cortés Jofré, al teléfono 41-2722254 o enviando un correo electrónico a [olivia.bahamondes@redsalud.gob.cl](mailto:olivia.bahamondes@redsalud.gob.cl)

.....  
PARTE II:

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitado/a a participar en el estudio “Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad”. Entiendo que mi participación consistirá en responder un cuestionario conformado por cuatro partes con la finalidad de conocer sus características biosociodemográficas, nivel de automanejo de sus condiciones crónicas, adherencia a tratamiento farmacológico y apoyo social percibido.

He leído y/o se me ha leído la información del documento de consentimiento.

He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente.

No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto libre y voluntariamente participar de este estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

\_\_\_\_\_  
Nombre Participante

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha  
dd/mm/aa

---

Nombre	Firma	Fecha
Investigador Responsable	Investigador Responsable	dd/mm/aa

---

Nombre Director (a) o delegado (a)	Firma Director (a) o delegado (a)	Fecha
Ministro de Fe	Ministro de Fe	dd/mm/aa

## Anexo N°10. Autorización uso de instrumentos recolección de datos.



Tampico, Tamaulipas. México. 14 de marzo de 2025

ENF. RICHARD ANDRÉS RIFFO PARRA  
P R E S E N T E.-

### **Asunto: Solicitud uso de escala "*Partners in Health – Socios En Salud*"**

Por medio de la presente, informo que hemos aprobado el uso de la escala "*Partners in Health – Socios En Salud*" al estudiante **Richard Andrés Riffo Parra**, para el desarrollo de su proyecto de investigación "Automanejo, adherencia al tratamiento farmacológico, apoyo social percibido y su relación con indicadores de impacto en personas con multimorbilidad". Este proyecto se desarrolla en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Cabe destacar que el instrumento ha sido adaptado al español chileno por la Srita. Durán y se utilizará con fines académicos.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**

**Dra. Isabel Peñarrieta de Córdova**  
**Responsable Técnico de la Red Temática de Automanejo en**  
**Enfermedades Crónicas. Facultad de Enfermería Tampico.**  
**Universidad Autónoma de Tamaulipas**

Centro de Desarrollo Profesional e Investigación en Salud  
Ave. Universidad Col. Universidad Sur. Tampico, Tam.

## LETTER OF PERMISSION



Certificate Number: 8345-6992-1843-7339-5901  
27-Jan-2025

### To Whom It May Concern:

This is to inform you that EU Richard Andrés Riffo Parra, Estudiante programa Magíster, Universidad de Concepción, Concepción- Chile, has my permission to use the MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale 8 Item U.S. Reg. No. TX-8-632-533) in this research study and for publication in all formats i.e. print and digital:

**"AUTOMANEJO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SU RELACIÓN CON INDICADORES DE IMPACTO EN PERSONAS CON MULTIMORBILIDAD."**

The requirements to use this scale are to cite the following references in the document:

1. De Las Cuevas, Peñate. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting; *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015) 15, 121--129  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003>
2. Berlowitz DR, Foy CG, Kazis LE, Bolin L, Lonroy LB, Fitzpatrick P, et al. for the SPRINT Study Research Group. Impact of Intensive Blood Pressure Therapy on Patient-Reported Outcomes: Outcomes Results from the SPRINT Study. *N Engl J Med* 2017; 377:733-44.
3. Bress AP, Bellows BK, King J, Hess R, Beddhu S, Zhang Z, et al, for the SPRINT Research Group and the SPRINT Economics and Health Related Quality of Life Subcommittee. Cost-Effectiveness of Intensive versus Standard Blood Pressure Control. *N Engl J Med* 2017; 377:745-55.

Terms and conditions are found here:

<https://adherence.cc/mmas-8>

- i. The following footnote is required in all articles, presentations, web postings, reports and submitted manuscripts, and on the first table or figure which present the MMAS-8 as well as in the Acknowledgment Section of manuscripts submitted for publication:

©MMAS 2006 [www.adherence.cc](http://www.adherence.cc)

Donald E. Morisky, Sc.D., M.S.P.H., Sc.M. President

Philip Morisky, MBA  
Chief Optimus  
adherence.

[www.adherence.cc](http://www.adherence.cc)

27-Jan-2025



100 Oceangate 12<sup>th</sup> floor | Long Beach, CA | 90802

---

**RE: [External] Application for use: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.**

---

**Desde** Zimet, Gregory D <gzimet@iu.edu>

**Fecha** Mar 01/10/2024 16:12

**Para** Richard Andrés Riffo Parra <ririffo2018@udec.cl>

4 archivos adjuntos (959 KB)

0732 Zimet - MSPSS - Chapter 1998.pdf; MSPSS References.pdf; MSPSS scale & scoring.pdf; MSPSS - Spanish & English.pdf

Dear Richard Andrés Riffo Parra,

You have my permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2<sup>nd</sup> page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale.

Also attached is a Spanish language translation, which may be helpful to you.

I hope your research goes well.

Best regards,  
Gregory Zimet

---

**Re: Solicitud de autorización Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)**

---

**Desde** Maria Cecilia Arechabala <marechab@uc.cl>

**Fecha** Mar 05/11/2024 10:41

**Para** Richard Andrés Riffo Parra <ririffo2018@udec.cl>

Buenos días Richard: junto con saludar no hay problema en que utilicen la Escala adaptada al español. Te puedo enviar la escala en formato definitivo el próximo martes ya que la tengo en el computador de la Universidad.

Atenta a tus comentarios  
Saludos Cordiales  
Cecilia

---

**De:** Richard Andrés Riffo Parra <ririffo2018@udec.cl>

**Fecha:** lunes, 4 de noviembre de 2024, 5:52 p.m.

**Para:** Maria Cecilia Arechabala <marechab@uc.cl>

**Asunto:** Solicitud de autorización Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)