UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIGITAL EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

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

POR: YARITZA ALEJANDRA VILLAR PILGRIN

PROFESOR GUÍA: DRA. ALIDE ALEJANDRINA SALAZAR MOLINA

Abril 2025
Concepción, Chile

© 2025. Yaritza Alejandra Villar Pilgrin

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

Porque todas las cosas proceden de él, y existen por él y para él.

Romanos 11:36

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN 8
ABSTRACT 10
1. INTRODUCCIÓN 11
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO 11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 18
1.3. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO 19
2. MARCO CONCEPTUAL 22
2.1. Conceptualización sobre adherencia al tratamiento 22
2.2. Conceptualización sobre medios de comunicación digital 30
2.3. Modelo de la Comunicación Persuasiva 32
3. MARCO EMPÍRICO 34
4. OBJETIVO GENERAL 42
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 42
6. HIPÓTESIS 43
7. VARIABLES 44
8. SUJETOS Y MÉTODOS 45
8.1. Tipo de estudio 45
8.2. Población de estudio 45
8.3. Criterios de inclusión 46
8.4. Criterios de exclusión 46
8.5. Descripción de los instrumentos recolectores de datos 47
8.5.1. Cuestionario de características biosociodemográficas: (Anexo 3.1). 47
8.5.2. Escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems (MMAS-8): (Anexo 3.2). 47
8.5.3. Cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación: (Anexo 3.4). 49
8.6. Prueba piloto 51
8.7. Procedimiento y/o técnicas de recolección de datos 53
8.8. Procesamiento y análisis de los datos 55
8.9. Aspectos éticos involucrados 56

9. RESULTADOS 60
9.1. Perfil biosociodemográfico 60
9.2. Grado de adherencia al tratamiento farmacológico 62
9.3. Comportamiento frente a los medios de comunicación digital 64
9.4. Relación entre el perfil biosociodemográfico y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico 68
9.5. Relación entre el comportamiento frente a los medios de comunicación digital y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico ... 69
10. DISCUSIÓN 72
11. CONCLUSIÓN 83
12. FORTALEZAS Y LIMITACIONES 85
13. SUGERENCIAS E IMPLICACIONES FUTURAS 86
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 87
15. ANEXOS 107
15.1. Anexo 1: Definición conceptual y operacional de las variables 107
15.2. Anexo 2: Cálculo tamaño de muestra 107
15.3. Anexo 3.1: Cuestionario de características biosociodemográficas 109
15.4. Anexo 3.2: Escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems (MMAS-8) 110
15.5. Anexo 3.3: Permiso de licencia de la escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems (MMAS-8) 111
15.6. Anexo 3.4: Cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación 112
15.7. Anexo 3.5: Autorización de uso de cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación digital 114
15.8. Anexo 4.1: Aprobación del Comité Ético Científico. Facultad de Enfermería. 115
15.9. Anexo 4.2: Aprobación del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría Universidad de Concepción 117
15.10. Anexo 4.3: Aprobación del Comité Ético Científico Provincial del Servicio de Salud Arauco 119
15.11. Anexo 5: Carta apoyo CESFAM Lebu Norte 121
15.12. Anexo 6.1: Consentimiento informado de la prueba piloto 122

15.13. Anexo 6.2: Consentimiento informado del estudio 126

ÍNDICE DE TABLAS

Cuadro 1. Variables dependiente e independientes. 44

Tabla 1. Distribución de usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte. 45

Cuadro 2. Objetivos y plan de análisis. 55

Tabla 2. Características de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024. 60

Tabla 3. Respuestas de la escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 62

Tabla 4. Categorización del grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 62

Tabla 5. Descripción del comportamiento frente a los medios de comunicación digital de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 64

Tabla 6. Relación entre sexo, escolaridad y ocupación y grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024. 68

Tabla 7. Relación entre edad, número de comorbilidades y tiempo de diagnóstico y grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 68

Tabla 8. Comportamiento frente a los medios de comunicación digital y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 69

RESUMEN

Antecedentes: Una de las principales opciones de tratamiento para las personas con condiciones crónicas es la terapia medicamentosa. Sin embargo, su adherencia podría verse afectada por el uso de los medios de comunicación digital, debido a que son consideradas fuentes de información no expertas.

Objetivo: Determinar la relación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.

Sujetos y métodos: Diseño transversal, descriptivo y correlacional en 184 usuarios que fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico bietápico. Instrumentos y mediciones: Cuestionario de Características Biosociodemográficas, Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8 ítems y Cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación. Se respetaron los requisitos éticos planteados por Ezequiel Emanuel.

Resultados: Del total de participantes, el 73,9% eran mujeres, con un promedio de edad de 63,6 años. El 70,1% se identificó como dueña de casa o pensionado. El 47,8% de la muestra fue clasificada con una adherencia media. El 60,3% declaró utilizar los medios de comunicación digital para obtener información sobre salud. Se obtuvo asociación significativa entre la edad y la ocupación con la adherencia al tratamiento farmacológico, así

como el ajuste de medicamentos con el uso de los medios de comunicación digital.

Conclusión: No se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el grado adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, Medios de comunicación digital, Uso de Internet, Conducta en la Búsqueda de Información, Enfermedad Crónica.

ABSTRACT

Background: One of the main treatment options for individuals with chronic conditions is drug therapy. However, adherence may be affected by the use of digital media, as these are considered non-expert sources of information.

Objective: To determine the relationship between the level of adherence to pharmacological treatment and behavior towards digital media among users enrolled in the Cardiovascular Health Program at CESFAM Lebu Norte.

Subjects and Methods: A cross-sectional, descriptive, and correlational study was conducted with 184 users selected through a two-stage probabilistic sampling method. Instruments and measurements included: a Biosociodemographic Characteristics Questionnaire, the 8-item Morisky Medication Adherence Scale, and a questionnaire on behavior towards media. Ethical requirements established by Ezekiel Emanuel were respected.

Results: Of the total participants, 73.9% were women, with an average age of 63.6 years. 70.1% identified as homemakers or retirees. 47.8% of the sample was classified as having medium adherence. 60.3% reported using digital media to obtain health information. A significant association was found between age and occupation with adherence to pharmacological treatment, as well as between medication adjustment and the use of digital media.

Conclusion: No statistically significant relationship was found between the level of adherence to pharmacological treatment and behavior towards digital media.Key words: Treatment adherence, Digital media, Internet usage, Behavior when looking for information, Chronic disease.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

Las enfermedades no transmisibles (ENT) también conocidas como enfermedades crónicas, se caracterizan por ocasionar una pesada carga social y económica en el individuo que la padece (1,2).

A nivel mundial, estas enfermedades son responsables del 71% de las muertes, lo que equivale a 41 millones de muertes por año, siendo en la Región de las Américas la principal causa de enfermedad y muerte prematura evitable. Esta situación es similar en Chile, debido a que constituye la principal causa de muerte, con un 85,8% (3,4).

Gran parte de los porcentajes presentados anteriormente se deben a las enfermedades cardiovasculares, que tienen como principal factor de riesgo a la hipertensión arterial y diabetes mellitus, cuya prevalencia bordea los 27,6% y 12,3%, respectivamente, según la Encuesta Nacional de Salud en Chile (5).

En este contexto, y con el fin de abordar este tipo de enfermedades en la población, se proponen diferentes enfoques, como la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), diseñada para fomentar, prevenir y abordar la cronicidad en situaciones de multimorbilidad (6), y el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), cuyo objetivo es reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular y, paralelamente, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular,

con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida (7).

A través del seguimiento de la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, se pretende alcanzar las metas terapéuticas establecidas, por medio de los cambios en los factores de riesgo modificables pesquisados y en la adopción de conductas saludables (7).

Lo anteriormente mencionado está estrechamente vinculado a la adherencia al tratamiento, que corresponde a la conducta que presenta el usuario, tanto en la ingesta de los medicamentos prescritos, como en la adopción de los hábitos, cuidados personales y estilos de vida involucrados o recomendados por el equipo de salud, cuyo cumplimiento asegura los resultados previstos (8).

Aunque se considera que en las personas con enfermedades crónicas, el compromiso a largo plazo con la terapia medicamentosa es a menudo la principal opción de tratamiento (9), se estima que en países desarrollados solo el 50% alcanza este objetivo, siendo aún más bajo el porcentaje en los países en desarrollo, lo que genera una serie de repercusiones que se asocian a la disminución de la calidad y esperanza de vida, lo que da lugar a un peor control de la enfermedad, que a su vez incrementa las complicaciones asociadas y genera directamente un aumento en las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias, que se traduce, finalmente, en un mayor gasto sanitario (8,10,11).

Por estas mismas razones, la Organización Mundial de la Salud (OMS), categoriza la falta de adherencia como un problema de salud pública y

enfatiza en la necesidad de abordar todas las barreras que están asociadas, para alcanzar un mayor manejo y control de estas enfermedades, y con ello disminuir hasta un 25% el riesgo cardiovascular y la repetición de eventos coronarios, en beneficio de mejorar la salud de la población (10,12).

La literatura identifica cinco factores que intervienen en la adherencia al tratamiento, que se agrupan en los relacionados con el paciente, el tratamiento, la enfermedad, el equipo de salud y los aspectos socioeconómicos (13). Específicamente en los factores relacionados con el paciente, la falta de conocimiento y las creencias erróneas, pueden originarse por la búsqueda de información sanitaria en línea, sobre todo cuando ésta no tiene respaldo en la evidencia científica o en casos extremos, cuando se cambian conductas recomendadas o saludables por tener acceso y atender las llamadas "*fake news*" (14-16).

Sin embargo, se puede señalar que la búsqueda de información sobre salud, es un componente importante en la toma de decisiones y autocuidado, sobre todo cuando una persona ya está diagnosticada con una patología que implica una ingesta medicamentosa para toda la vida, puesto que le permite abordar las incertidumbres y preocupaciones relacionadas al manejo de su enfermedad en sitios web, grupos de apoyo en línea, foros y redes sociales, siendo reconocida internacionalmente esta estrategia como una de las más importantes (16).

Este tipo de información, al ser social, dinámica e interactiva, ofrece una serie de ventajas para las personas que deben mantener una conducta adherente, ya que les ayuda a tomar decisiones en salud más informadas,

favorece su autonomía y refuerza los mensajes de promoción y prevención. No obstante, también genera diversas desventajas, asociadas principalmente a la ansiedad que produce visualizar diferentes consejos, testimonios y opiniones frente a un mismo tema. Lo que puede dar lugar, a que se consideren fuentes de desinformación por la cuestionada calidad de contenidos, la creación de falsas expectativas y demandas respecto a nuevos tratamientos o terapias alternativas (17).

Numerosos estudios señalan que la población en general muestra un interés creciente por la información sanitaria, siendo internet el principal medio debido a la accesibilidad que ofrecen la telefonía móvil y los computadores (18). De hecho, se considera que el comportamiento de búsqueda de información sobre salud tiene una prevalencia del 35 y 54% en los países de bajos y medianos ingresos, y hasta un 70 y 80% en los países de altos ingresos (16).

En Chile, según la Décima Encuesta sobre acceso, usos y usuarios de Internet (19), publicada en el 2023, el 44,6% de la población afirmó utilizar este medio para obtener información relacionada con salud o servicios de salud, experimentando un aumento de alrededor del 11% desde la última medición en el 2017 (20).

Se reconoce que las actividades de autogestión son importantes en los tratamientos, particularmente en los casos de las enfermedades crónicas, siendo el uso de los medios de comunicación digital un ejemplo de ello, porque brinda una serie de oportunidades para disminuir las barreras

relacionadas con la accesibilidad a los servicios y promover el compromiso de los acuerdos establecidos (21).

En los últimos años, ha sido notable la proliferación de diversos portales de información sobre salud, desarrollados por gobiernos, instituciones médicas, corporaciones comerciales e incluso la comunidad en general. Este crecimiento se ha producido en respuesta a la constante demanda de información y servicios en el ámbito de la salud. En la actualidad, cualquier persona puede acceder a estos recursos de manera sencilla a través de internet y las redes sociales, lo que ha transformado la manera en que interactuamos con la información. Esta accesibilidad no solo facilita la difusión de experiencias y la amplificación del conocimiento, sino también brinda la oportunidad de realizar ajustes significativos en el estilo de vida de los individuos (22).

Si comparamos esta realidad con lo que previamente ofrecía el sistema de atención, que se limitaba principalmente al entorno clínico, observamos un cambio en el paradigma. Con el advenimiento de las tecnologías móviles, las personas tienen acceso sin precedentes a la información de salud (23). En efecto, se ha comprobado que los medios de comunicación son categorizados como una de las principales fuentes de información para los pacientes. No obstante, la producción científica ha sido escasa respecto a la influencia de los medios de comunicación digital, que, como parte del entorno del usuario, podría estar asociado a una mayor o menor adherencia al tratamiento farmacológico (24).

Desde este punto de vista, estudios advierten que la búsqueda de información sobre salud en internet puede influir en el cumplimiento del tratamiento e incluso fortalecer la relación médico-paciente (25,26), sin embargo, los efectos demostrados son ambiguos para el usuario (15).

Desde una perspectiva positiva, se destaca el empoderamiento, que puede llevar a un mejor tratamiento y a niveles más altos de satisfacción. Otro beneficio importante es que permite a la persona controlar su tasa de aprendizaje, lo que reduce la sobrecarga de información que a menudo se experimenta en un establecimiento de salud. También optimiza la toma de decisiones, permite una mayor comprensión de las condiciones de salud y mejora la comunicación con los profesionales de la salud, lo cual se ha evidenciado en personas con condiciones como VIH, cáncer y enfermedad de Crohn. A pesar de lo señalado anteriormente, desde un punto de vista negativo, el principal problema es la preocupación del paciente por la desaprobación del equipo de salud, que puede conducir a hostilidades, irritación y una menor calidad de la atención. Esto genera ansiedad, confusión y frustración en el individuo (15), lo cual se ha observado principalmente en personas con condiciones crónicas.

Teniendo en cuenta que los medios de comunicación digital son utilizados con frecuencia y que, a su vez la mayoría son fuentes no expertas que incluyen información confusa y contradictoria, resulta esencial estudiar este fenómeno (27). Esto implica explorar las variables relacionadas al comportamiento frente a los medios de comunicación y su posible influencia en la adopción de una conducta adherente, con el fin de identificar las

barreras existentes, idear mejoras en torno a la temática con el equipo de salud y aplicar diversas estrategias educativas que fomenten comportamientos adecuados, los cuales conduzcan a los usuarios a una mejor calidad de vida (28).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la revisión de la literatura no se ha encontrado un consenso en los resultados respecto a la relación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte?

1.3. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

La alta prevalencia de condiciones como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la dislipidemia, resalta la importancia de abordar de manera integral a los individuos con condiciones crónicas. Con un total de 2.667.650 personas registradas en el Programa de Salud Cardiovascular en Chile (29), se evidencia el alcance de esta problemática de salud. A su vez, se destaca la magnitud del desafío que representa abordar las necesidades emergentes mediante intervenciones adaptadas, con el fin de crear oportunidades de mejora que faciliten el cumplimiento de metas y la prevención de futuras complicaciones.

Por ello, la conveniencia de esta investigación radica en explorar el comportamiento frente a los medios de comunicación digital como un factor que podría estar asociado con el grado de adherencia al tratamiento farmacológico, debido a la masificación de la tecnología, el aumento del acceso a estos medios y el creciente interés por la información en salud (22). Esto genera que los usuarios se conviertan en consumidores de atención médica más informados (30), lo que, a su vez, desencadena diversos resultados en salud que deben ser visibilizados (18).

La conducta de adherencia que los pacientes presentan es un punto clave en el éxito del tratamiento, por consiguiente, es necesario indagar más al respecto, específicamente en si el acceso a cierta información puede modificar el comportamiento o interferir en la adherencia a la terapia farmacológica, ya que es una de las principales estrategias de compensación en las personas con patologías crónicas.

El establecimiento de esta relación resulta crucial para el avance de la evidencia científica, dado que, según la revisión bibliográfica realizada, no se ha identificado material similar a nivel nacional sobre la temática en cuestión. Esta carencia destaca la relevancia de la investigación, la cual no solo contribuirá significativamente al conocimiento en el área, sino que también permitirá sentar las bases para estudios futuros y la comparación con realidades internaciones, que enriquezcan la comprensión global del fenómeno.

Desde una perspectiva social, este estudio aporta beneficios importantes tanto para los pacientes como los profesionales de la salud y el sistema de salud en general, porque permite visualizar una práctica comúnmente adoptada por la población, pero que ha sido escasamente reconocida como un factor influyente en el entorno del usuario, el cual podría potenciar o, en algunos casos, afectar su cumplimiento terapéutico. Al comprender mejor este comportamiento, se abre la oportunidad de diseñar técnicas de educación a través de talleres o en los propios controles de salud. Siendo un agente primordial en todo este proceso el personal de enfermería, debido a que son los responsables de facilitar, ayudar, apoyar, motivar y orientar a las personas a estar en un estado óptimo y lograr así el empoderamiento de su salud (31).

Lo antes señalado, se puede alcanzar por medio de la creación de una estrategia estandarizada que permita sociabilizar los recursos en salud disponibles en nuestro país, tales como: salud responde, las páginas web y vídeos dispuestos por el Ministerio de Salud y aplicaciones móviles que

fomentan hábitos y conductas saludables. Además de enseñar a desarrollar estrategias de búsqueda efectivas, como la selección de fuentes confiables y la evaluación crítica de la información, con el propósito de que potencien sus propias habilidades, se refuercen los contenidos entregados y se inculque por este medio el autocuidado de manera cautelosa y segura.

El propósito de esta investigación es fortalecer y desarrollar el conocimiento disciplinar mediante la comprensión del uso de los medios de comunicación digital y la eficacia de estas herramientas para promover cambios en el comportamiento relacionado con la salud que contribuyan a la adherencia terapéutica, para transmitir mensajes sobre la prevención y gestión de las enfermedades cardiovasculares, y así crear estrategias basadas en la evidencia científica, las cuales podrán ser utilizadas por académicos, profesionales y estudiantes, lo que contribuirá a reducir los gastos en salud, aumentar la calidad y bienestar de los usuarios, y con ello, asegurar su funcionamiento físico y psicosocial (8).

.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Conceptualización sobre adherencia al tratamiento

El cumplimiento y adherencia al tratamiento se describe como el grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios y cumplimiento de la medicación para el resultado terapéutico deseado. Esto implica una responsabilidad activa compartida por el paciente y los proveedores de atención de salud (32).

Sin embargo, si se examina el término cumplimiento se obtiene que refleja una conducta meramente pasiva por parte del usuario o activa por parte del personal sanitario, dando así importancia o responsabilizando solo a una de las dos partes. Es por este mismo motivo que se ha ido modificando el concepto a lo largo del tiempo, ya que en un comienzo contemplaba solo el grado en que el usuario seguía las instrucciones médicas, siendo está definición insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, además de que las nociones implican que el usuario es solo un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. Por ello se reconoce que la relación entre el usuario y el prestador de asistencia sanitaria debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno (33).

En la literatura existen muchas definiciones de adherencia terapéutica, por un lado puede ser una implicación activa y voluntaria del usuario en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir

un resultado terapéutico deseado, como así también se puede sostener que es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión de manera conjunta con el profesional de salud y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (34).

La definición más reconocida es la establecida por la OMS que detalla la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica (11).

Esta parte con la premisa que la adherencia al tratamiento abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud y que el prestador no necesariamente es exclusivamente el médico, sino cualquier profesional de la salud. Como se puede entender el término incluye con igualdad de importancia tanto el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas y se ha determinado que para alcanzar dicho objetivo es necesario que se vislumbren en el proceso los siguientes momentos (35):

- Aceptación convenida del tratamiento, es decir establecer una relación de colaboración entre el profesional de salud y el usuario, con el propósito de elaborar una estrategia comportamental que garantice el cumplimiento y aceptación de ésta.

- Cumplimiento del tratamiento como medida en que la persona ejecuta las prescripciones establecidas.
- Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del usuario en la búsqueda de estrategias para asegurar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, referente a los esfuerzos que efectúa la persona para concretar el cumplimiento por medio de acciones.

Por ende, alude al trabajo que realiza el usuario por cumplir las demandas conductuales impuestas por la enfermedad que está cursando, cuya actitud está directamente relacionada con los valores y motivación en salud que, a su vez, se modula por la experimentación de riesgo o la percepción de vulnerabilidad, el juicio de la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento (36).

Por ese motivo la adherencia al tratamiento es un proceso complejo y multidimensional, el cual está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que, según la OMS pueden agruparse en cinco grupos, factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente, los cuales se describen a continuación (35).

Factores socioeconómicos:

Dentro de los factores que inciden en la adherencia, los relacionados con lo socioeconómico tienen un alto peso, siendo considerados dentro de

este grupo la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, la disfunción familiar, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento (33,34).

Mientras que los beneficios económicos para el sistema de salud y el estado, de la buena adherencia, se expresan en los ahorros generados por la disminución de uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de la progresión de la enfermedad o crisis, en la atención médica aprovechada y en la utilización adecuada de la producción de medicamentos (33).

Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente y con la preservación de su calidad de vida, de las funciones sociales, laborales y personales (33).

La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece en, al menos, un 20% los costos de la salud pública. Asimismo, el gasto del usuario se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad adquisitiva disponible para enfrentar la enfermedad, lo que concretamente se evidencia en problemas para adquirir medicamentos, alimentos y para ejecutar otras indicaciones (33).

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria:

En estos factores se encuentran aquellos relacionados con los servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución

de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarlas (34,35).

Factores relacionados con la enfermedad:

Para la OMS los síntomas son claves para la acción y actúan como reforzadores de la adherencia (37).

El usuario que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y al ejecutar las prescripciones obtiene alivio inmediato, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia que el usuario que presenta una enfermedad asintomática, debido a que no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo, ya que no hay ningún cambio radical observable en su cotidianeidad (37).

Otros determinantes son los factores relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos (33,34).

Factores relacionados con el tratamiento:

En este tipo de factores se incluye el régimen de horarios complejos junto con los efectos adversos del tratamiento, por lo que se torna fundamental elaborar una prescripción adaptada al paciente, educar sobre los efectos colaterales de los medicamentos en uso, realizar monitoreos constantes y dar instrucciones claras sobre el tratamiento y la enfermedad, tanto al paciente como a su red activa de apoyo (37).

Entre los aspectos que ejercen una mayor influencia se encuentran la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Cuanto más complejo sea el tratamiento (si exige cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios) más dificultades implicará para las respuestas de adherencia del paciente (35,37).

Factores relacionados con el paciente:

Los factores relacionados con el paciente representan uno de los principales ejes debido a que involucra los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del usuario (34).

Dentro del proceso de adherencia, intervienen aspectos psicológicos y motivacionales junto con el conocimiento que tienen los usuarios sobre su enfermedad y el tratamiento, lo que les permite actuar de manera consciente sobre los efectos y riesgos, presentando así, comportamientos adecuados para el manejo de su patología (35).

Del mismo modo, las creencias del paciente relacionadas con la percepción de la gravedad de su enfermedad, la estimación de su propio riesgo a enfermarse o cuan vulnerables se puedan sentir, influyen de manera directa en el comportamiento del usuario dirigido o no a la ejecución de acciones que le permitan conservar su salud (33,35).

Dentro de los factores que influyen en el comportamiento del paciente, se incluyen el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por posibles efectos adversos, la baja motivación, los sentimientos negativos, la desesperanza, la ansiedad, el conocimiento y la habilidad inadecuada para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el entender mal, la estigmatización, el no percibir la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido del tratamiento junto con las creencias negativas con respecto a la efectividad del mismo (33,35).

En lo que respecta al conocimiento y creencias, la información sobre salud dispuesta en los medios de comunicación digital tiene una importancia fundamental, ya que dicho contenido es de calidad mixta y parte de la información es simplificada, incompleta, inexacta o incluso engañosa.

Según las investigaciones se estima que el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento, mientras que el 70% de la no adherencia se debe a una decisión de parte del usuario (11).

La no adherencia es descrita como la dificultad para iniciar el tratamiento, la suspensión prematura o abandono del tratamiento, el

cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, lo que puede manifestarse como errores de omisión, dosis, de tiempo, de propósito, la inasistencia a consultas e interconsultas y la no modificación de hábitos insanos (33).

La importancia de estudiar la adherencia al tratamiento farmacológico radica en que los medicamentos son una de las principales herramientas del paciente crónico para reducir síntomas, controlar la enfermedad y prevenir complicaciones, por lo cual existen múltiples métodos para la medición de esta variable (11,33).

Entre los métodos más utilizados están el auto-reporte, los datos de las reposiciones de farmacia, la escala Morisky-Green, el sistema de monitoreo de eventos de medicamentos, la observación directa, el recuento de pastillas y los cuestionarios específicos de la enfermedad y cumplimiento de citas, todos estos con ventajas y desventajas a la hora de su uso (38).

2.2. Conceptualización sobre medios de comunicación digital

La comunicación consiste en la transmisión de información de un sujeto a otro, es decir, comprende todos los actos mediante los cuales las personas transmiten o intercambian información. Comunicar significa poner en común e implica compartir en un contexto social determinado, una historia en particular, lo que deja en manifiesto que es un proceso ligado al comportamiento humano (39).

Los medios de comunicación digital, se definen como un escenario de redes abiertas y colaborativas que buscan producir, empacar, distribuir, compartir, modificar y consumir mensajes, cuyo acceso está determinado por el usuario. Estos medios actúan como actores y se ubican como mediadores de la población, en donde se comparte una serie de conocimientos (40).

Por otro lado, se caracteriza por presentar una estructura de recursividad, en donde, el efecto se vuelve causa, la causa se vuelte efecto, los productos son productores, el individuo hace la cultura y la cultura hace a los individuos. En la comunicación digital, el emisor se convierte simultáneamente en receptor y el consumidor es a la vez, producto de nuevos mensajes que en virtud de las posibilidades de la tecnología son distribuidos, compartidos o rechazados, reformados y vueltos a transmitir (40).

Desde otra perspectiva, se afirma que son herramientas que representan un conjunto de tecnologías, en donde comparten información de

forma digital, proveyendo una interacción entre individuos y dispositivos independiente de su ubicación (41).

Los medios de comunicación digital son considerados una revolución mediática que se ha experimentado en la última década. El mensaje se recibe y se vuelve a emitir de manera instantánea y sin género de dudas, con la particularidad de estar en red o interconectados con otras personas de entornos muy diferentes y a veces, en la distancia, lo cual ha cambiado la cotidianeidad y ha modificado las conductas y hábitos de la ciudadanía (42).

Respecto a las fuentes de los medios de comunicación digital se destaca el internet y las redes sociales, en donde el primero se define como una red global de ordenadores cuya finalidad es permitir el intercambio libre de información entre los usuarios, mientras que el segundo alude a aplicaciones y plataformas basadas en web o móviles, creadas para facilitar la comunicación con otros usuarios mediante la generación y el intercambio de contenido como texto, imágenes o videos (43).

En términos de sistema de comunicación, tanto el internet como las redes sociales son paralelos, ya que ambos se basan en búsquedas fáciles, participación pública y gratuita, diálogo, comunidad y sistemas de retroalimentación rápida (44).

2.3. Modelo de la Comunicación Persuasiva

En el marco de la sociología funcionalista de los medios de comunicación, Smith et al. describieron cómo el acto comunicativo influye en el comportamiento de la persona a través del modelo de la comunicación persuasiva, identificando los diferentes elementos que intervienen en el proceso comunicativo (comunicador, mensaje, audiencia, canal, efectos). Este enfoque permite desglosar por separado todos los componentes que hacen posible la comunicación, siendo la persuasión el objeto de estudio por excelencia (45).

En este contexto, el término persuasión hace referencia a la capacidad de una información específica para convencer a alguien. Asimismo, se refiere a un tipo de comunicación intencionada, lo que implica la presencia de un emisor (persuasor) y un receptor (persuadido). Este proceso se lleva a cabo mediante un mensaje transmitido a través de un canal, el cual, en última instancia, produce efectos, generalmente sobre el sujeto persuadido (45).

La acción de la comunicación persuasiva puede generar nuevas opiniones y actitudes en los individuos, así como también puede reforzar (o incluso debilitar) las opiniones y actitudes preexistentes. Del mismo modo, pueden producir desplazamientos sobre éstas (por ejemplo, pasar de una actitud negativa a una acción positiva, o, al contrario) (45).

Por supuesto, ello no quiere decir que la persuasión siempre se lleve a cabo del modo deseado por la fuente del mensaje, habrá ocasiones en las que la persuasión no se produzca, otras en las que suceda de un modo

episódico o, incluso ocasiones en las que exista un cambio permanente a nivel cognitivo-actitudinal (45).

No obstante, el éxito en la persuasión dependerá tanto de factores internos (físicos y psíquicos) como externos o contextuales (socio-culturales). Así, la credibilidad de las fuentes o la exactitud percibida en la información resulta un factor esencial de cara a la efectividad del mensaje (45).

En resumen, se puede señalar que la información sobre salud dispuesta en los medios de comunicación digital tiene el potencial de generar cambios de actitudes, modificar o reforzar los comportamientos e influir en la toma de decisiones respecto al tratamiento farmacológico por medio de este proceso comunicativo que se ve influenciado por la persuasión.

3. MARCO EMPÍRICO

Para la revisión bibliográfica se utilizaron tres bases de datos: Scopus, Web of Science y PubMed, siendo la estrategia de búsqueda *health information search* AND *treatment adherence*, en donde se contemplaron los últimos 12 años (2011 - 2023), debido a que partir de esa fecha se encontraron publicaciones que abordaban la temática de manera directa y sistemática, permitiendo incorporar estudios relevantes y coherentes con los objetivos de la presente investigación. Se realizó una selección por título y posteriormente por resumen, lo que permitió acotar los resultados, para posteriormente analizar los artículos completos.

A continuación, se presentarán, en primer lugar, los estudios que abordan la búsqueda de información en salud y sus factores, para continuar con las investigaciones relativas a la relación entre el comportamiento frente a los medios de comunicación y la adherencia al tratamiento.

En 2011 se realizó un estudio (27), que tenía por objetivo ofrecer una visión general del comportamiento de búsqueda de información sanitaria en línea, tanto desde la perspectiva del consumidor como del profesional de salud. Se utilizó la base de datos de Scopus, PubMed, Web of Knowledge y Business Source Premier, centrándose en investigaciones publicadas entre el 2006 y 2010, en donde incluyeron 43 artículos, cuyo resultado evidenció que las nuevas tecnologías digitales se habían convertido en una parte importante de la vida cotidiana de las personas, que la visualizaban como una herramienta de comunicación, siendo las mujeres las más propensas a

buscar información sobre salud, en sitios web de organizaciones o médicos, grupos de apoyo en línea y blogs, en donde recogían consejos sin examinar sistemáticamente los indicadores de calidad de la información.

Por otra parte, el comportamiento de búsqueda dependía según el tipo de información, los motivos de búsqueda y el nivel de experiencia, que generalmente estaba orientada a la necesidad de decidir si ir al médico, realizar preguntas o buscar una segunda opinión. En torno a los profesionales de salud, el uso también se había incrementado para poder ampliar sus conocimientos y abordar los distintos temas de manera segura y adecuada.

En 2020 se realizó un estudio (46) que tenía por objetivo obtener una imagen holística de las fuentes de información utilizadas por los pacientes con diversas enfermedades raras y sus familiares. Concretamente, qué relevancia conceden a las diferentes fuentes y cómo cambia durante el curso de la enfermedad, para lo cual se incorporó a 55 pacientes con diversas enfermedades raras y 13 familias, a los que se les realizó entrevistas con una pauta semiestructurada, en donde se efectuó posteriormente un análisis de contenido. Los resultados evidenciaron que en el inicio de la enfermedad el internet es la principal fuente de información, y aunque algunos presentaron dificultades para manejar la información obtenida, en su mayoría la consideraron una opción rápida y práctica. No obstante, en el transcurso de la enfermedad los grupos de autoayuda y los médicos

especializados, adquirieron una mayor importancia. Esto se debe a que la información proporcionada en línea a veces no es lo suficientemente detallada para responder a sus necesidades. Por lo tanto, se afirmó que los usuarios en escasas oportunidades utilizan un solo tipo de fuente, la cual depende del tipo de información que buscan, los conocimientos previos y el estado de la enfermedad.

En 2019 se realizó un estudio (18), que tenía por objetivo identificar los factores que influyen en los comportamientos de búsqueda de información sanitaria en línea entre los pacientes de un distrito semiurbano y rural de Ghana, cuya muestra estuvo compuesta por 204 participantes, a los cuales se les aplicó un cuestionario estructurado que evaluaba la búsqueda de información sanitaria, factores sociodemográficos, historial clínico, experiencia con el computador y factores que afectan la búsqueda de información sanitaria en línea. El perfil de los participantes mostró que el 74% no tenía ninguna enfermedad crónica, el 21,1% tenía una enfermedad crónica y sólo el 5,4% tenía dos o más enfermedades crónicas. La tasa de uso de internet fue de 85,8%, sin embargo, solo el 35,7% utilizó alguna vez internet para acceder a información sanitaria. El sexo, la educación y los ingresos mensuales medios se asociaron significativamente con la búsqueda de información sanitaria en línea. Por otra parte, el tener experiencia con el computador aumentaba la probabilidad de utilizar internet para obtener información sanitaria. Mientras que el tener un empleo, ingresos más altos y

un computador, eran considerados predictores positivos para la búsqueda de información sanitaria en línea.

En 2016 se realizó un estudio (47), cuyo objetivo era explorar la asociación entre la búsqueda de información sanitaria general o específica de una enfermedad y el estado de salud, en donde participaron 26.566 personas de la Unión Europea, a las cuales se les aplicó una entrevista telefónica, en donde se les preguntó sobre la utilización de internet para obtener información sanitaria, las fuentes utilizadas, la salud autocalificada y las variables socioeconómicas. En los resultados se evidenció que los que buscaban información general eran menos propensos a informar mala salud, ya que es más sencilla y el propósito de búsqueda es llevar una vida más saludable, mientras que los que buscaban información específica sobre enfermedades en su mayoría se autocalificaban con mala salud, porque la información es más difícil de comprender y asimilar. Por otra parte, la educación superior y las visitas frecuentes al médico se asociaron con el uso de sitios web oficiales y de aplicaciones enfocadas en salud. Además, se obtuvo como factor impulsor la falta de entrega de información por parte de los servicios sanitarios, lo que ocasiona que de manera independiente las personas busquen suplir su estado de salud deficiente.

En 2023 se realizó un estudio (48), cuyo objetivo era explorar los efectos del comportamiento de búsqueda de información de salud en el

cumplimiento del paciente desde la perspectiva mediadora de los factores sociales, para lo cual se utilizaron escalas validadas de estudios anteriores que permitieron medir los constructos planteados, en donde se evidenció que las mujeres tenían más probabilidades de percibir capacidad de respuesta en las comunidades de salud en línea y quienes vivían en zonas urbanas percibían una mayor presencia social. En conclusión, los usuarios que buscaban información de salud en línea tenían un impacto positivo en su cumplimiento a través de la mediación del apoyo social percibido, la presencia social y la capacidad de respuesta de los usuarios.

En 2022 se realizó un estudio (16), cuyo objetivo era efectuar una revisión sistemática y un metaanálisis para examinar las asociaciones entre el impacto de la búsqueda de información de salud en línea y la adherencia a la medicación, para lo cual, se llevó a cabo una búsqueda en Medline, Embase, Web of Science, Scopus, CINAHL y Psychology and Behavioral Science Collection de artículos publicados hasta diciembre del 2020, siendo los diseños y resultados mixtos, cuyo metaanálisis no demostró una asociación significativa, ni correlación entre el impacto de la búsqueda de información de salud en línea y la adherencia a la medicación, sin embargo el análisis de subgrupos de personas que viven con VIH/SIDA, se asoció a una mejor adherencia a la medicación.

Por otra parte, en las conclusiones se señala que la evidencia actual de asociación no es concluyente y existe la necesidad de medir el impacto de la

búsqueda de información de salud en línea objetivamente, para conocer cómo afecta las decisiones y el comportamiento en salud.

En la revisión sistemática y metaanálisis citada previamente (16) se obtuvo esta investigación (49), que tenía por objetivo evaluar el uso de las redes sociales de los individuos con diabetes mellitus, en donde participaron 45 pacientes a través de una encuesta en la web y 167 pacientes que contestaron una encuesta en la clínica, de los cuales solo 40 visitaron redes sociales específicas para la diabetes. El análisis de datos de la encuesta en línea indicó que el cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida auto declaradas estaba significativamente correlacionado con la visita a los sitios. Mientras que los datos de la encuesta basada en la clínica revelaron que los pacientes que utilizaron sitios web específicos de la diabetes controlaban los niveles de glucosa en casa con más frecuencia y tenían un mejor cumplimiento en la administración de insulina en comparación con los que no lo realizaban. Por ello, se afirmó que los comportamientos de autocontrol pueden mejorar a través del uso de estas plataformas.

En 2017 se realizó un estudio (24), cuyo objetivo era examinar la posible influencia negativa de la exposición a la información de salud en los medios de comunicación sobre las creencias de los pacientes respecto a sus enfermedades y la adherencia a los medicamentos en comparación con los efectos de la exposición a otra fuente primaria de información, para ello se

realizó una encuesta en línea a 240 participantes estadounidenses que se encontraban en tratamiento anticoagulante y cuyas preguntas incluían aspectos relacionados con la frecuencia de exposición a la información sobre salud en los medios de comunicación, frecuencia de visitas al médico, creencias sobre la enfermedad y la medicación, adherencia al tratamiento y algunas variables de control, como la edad, sexo, educación, ingresos familiares, número de medicamentos recetados, estado del seguro de salud y el promedio diario de tiempo de uso de los medios. En sus resultados se estableció que la exposición frecuente de información de salud en los medios de comunicación se relacionó negativamente con la precisión de las creencias de los usuarios sobre los beneficios de sus medicamentos y la adherencia al tratamiento, mientras que la frecuencia de las visitas al médico, se asoció positivamente con las creencias de los pacientes sobre los beneficios de sus medicamentos. Se concluyó que los medios de comunicación tienen un importante papel en la influencia de las creencias de los pacientes sobre la medicación y el cumplimiento del régimen, debido a que se comprobó que la frecuencia de exposición a la información sanitaria de los medios de comunicación son un factor predictor negativo y significativo.

En 2016 se realizó un estudio (50), cuyo objetivo era probar la hipótesis de que las noticias negativas relacionadas con las estatinas estaban asociadas con la interrupción temprana del medicamento, para lo cual se

estudiaron a 674.900 personas. En los resultados se destacó un aumento del 11% en el uso de las estatinas y un incremento del 12% en su interrupción entre 1995 y 2010. Se concluyó que la interrupción precoz del tratamiento aumenta en relación con las noticias negativas sobre el medicamento, lo que, su vez, se asocia a un riesgo mayor de infarto al miocardio y muerte por enfermedad cardiovascular.

En síntesis, la adherencia al tratamiento se ve fuertemente influida por los factores relacionados con el paciente, donde los recursos, conocimientos, actitudes y creencias desempeñan un papel crucial al contribuir en el comportamiento frente al manejo de su enfermedad. En este contexto, la información disponible en los medios de comunicación digital adquiere una importancia crítica, dado que su contenido de calidad mixta, puede ejercer tanto influencias positivas como negativas en la percepción y conducta de la persona.

4. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil biosociodemográfico de los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.
- Establecer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.
- Relacionar el perfil biosociodemográfico y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.
- Relacionar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.

6. HIPÓTESIS

Hi: El grado de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con condiciones crónicas presenta una relación negativa con el uso de los medios de comunicación digital en temas de salud.

H0: El grado de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con condiciones crónicas no presenta una relación con el uso de los medios de comunicación digital en temas de salud.

7. VARIABLES

Cuadro 1. Variables dependientes e independientes.

Variable dependiente	Variables independientes
-Grado de adherencia al tratamiento farmacológico	-Comportamiento frente a los medios de comunicación digital: • Uso en temas de salud • Preferencias de las fuentes • Tiempo utilizado • Influencia en la percepción de salud • Cambios en la conducta • Comunicación con el equipo de salud • Percepción como fuente de información -Sexo -Edad -Escolaridad -Ocupación -Comorbilidades -Tiempo de diagnóstico

La definición conceptual y operacional de las variables se encuentran en el Anexo 1.

8. SUJETOS Y MÉTODOS

8.1. Tipo de estudio

Diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional (51).

8.2. Población de estudio

- Universo: Constituido por dos sectores (verde y amarillo) que dieron una sumatoria de 1796 usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte[1].

Tabla 1. Distribución de usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.

Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)	
Sector	**Número de personas pertenecientes al PSCV**
Verde	931
Amarillo	865
Total	**1796**

Fuente: Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.

- Participante: Conformado por el usuario perteneciente al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.

- Muestra: El muestreo fue probabilístico bietápico, es decir se sorteó el sector de la muestra, para posteriormente obtener los

[1] Información proporcionada por encargada del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.

participantes a través de un muestreo aleatorio simple.

El tamaño de la muestra se calculó a través del modelo de regresión lineal múltiple con variable respuesta grado de adherencia al tratamiento farmacológico y 13 posibles variables predictoras relacionadas al perfil biosociodemográfico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital para detectar un efecto medio 0.15, alfa 0.05 y potencia 0.95. Utilizando el Programa G*Power 3.1.9.7 se obtuvo un tamaño de muestra de 184 participantes (Anexo 2).

8.3. Criterios de inclusión

- Usuarios/as adscritos al Programa de Salud Cardiovascular con un mínimo de 6 meses.
- Diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y/o dislipidemia.
- Mayor de 18 años.
- Con indicación de terapia farmacológica.
- Con acceso a algún medio de comunicación digital.

8.4. Criterios de exclusión

- Diagnóstico médico que se encuentre estipulado en la ficha clínica de alguna alteración severa neurocognitiva (alzhéimer o demencia).

8.5. Descripción de los instrumentos recolectores de datos

8.5.1. Cuestionario de características biosociodemográficas: (Anexo 3.1).

Este cuestionario fue elaborado por la autora y tuvo por objetivo recolectar datos sobre las variables biosociodemográficas planteadas (edad, sexo, escolaridad, ocupación, comorbilidades, tiempo de diagnóstico) mediante 7 preguntas que fueron administradas a los usuarios.

8.5.2. Escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems (MMAS-8): (Anexo 3.2).

Es una medida estructurada y auto informada de la conducta de toma de la medicación, cuya licencia para su uso fue gestionada a través de la Facultad de Enfermería y la Dirección de Postgrado de la Universidad de Concepción (Anexo 3.3).

Esta escala subyace de la escala de 4 ítem en el año 2008, para abordar las circunstancias que rodean la conducta de adherencia (52). La teoría indica que si los individuos no adhieren a un régimen de medicación se debe a conductas involuntarias (por ejemplo, falta de memoria) o intencionadas (por ejemplo, no tomar los medicamentos debido a sus efectos secundarios) (53), por lo que fue específicamente diseñada para facilitar el reconocimiento de las barreras y los comportamientos asociados con la adherencia a los medicamentos de uso crónico (54).

La escala cuenta con siete preguntas cuyas alternativas de respuesta son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo likert (52). Las preguntas están formuladas para evitar el sesgo de decir sí, mediante la inversión del sentido de la redacción sobre la forma en que los usuarios podrían experimentar el fracaso en el seguimiento de su tratamiento farmacológico, ya que existe una tendencia en los pacientes de dar respuestas positivas (53).

Cada respuesta NO es valorada como 1 y cada respuesta SÍ como 0, con excepción del ítem 5 en el que la respuesta SÍ es valorada como 1 y la respuesta NO como 0. Para el ítem 8, el código (0-4) tiene que ser normalizado dividiendo el resultado por 4 para calcular la puntuación total (55).

Cada ítem mide una conducta específica de toma de medicamento. Su aplicación se asocia con una adherencia alta si obtiene 8 puntos, media si resulta con 6 o 7 puntos y baja si la sumatoria oscila entre los 0 y 5 puntos. La utilidad de esta escala permite, con los puntajes obtenidos, clasificar a los usuarios según su intención de adherencia y con ello planificar intervenciones de salud más precisas para mejorar esta conducta (53).

Además de sus autores originales, otros investigadores han proporcionado pruebas de buenas propiedades psicométricas de la escala (alfa de Cronbach 0.75) (55).

Si bien no ha sido validada en Chile, se ha usado para diferentes investigaciones, una de ellas, es el ejecutada en el año 2017 (52) que realizó pruebas diagnósticas a la escala utilizando como comparativo la presión arterial y recuento de comprimidos, obteniendo los siguientes resultados:

sensibilidad 86% y 85%, especificidad 56% y 58%, valor predictivo positivo 60% y 65% y valor predictivo negativo 84% y 81%.

8.5.3. Cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación: (Anexo 3.4).

Se utilizó un cuestionario empleado en un estudio con características similares (17), cuya aplicación fue autorizada por la autora (Anexo 3.5). Al cual se le realizaron las siguientes modificaciones:

- Se cambió el término “internet” por “medios de comunicación digital”.
- Se dejó pregunta número 3 desglosada en dos.
- Se cambió el término “médico” por “profesionales de la salud”.
- Se dejó pregunta número 5 desglosada en dos.
- Se eliminó la pregunta número 6.
- Se cambió el orden de la pregunta número 7 y 8.
- Se eliminó la pregunta número 9.
- Se agregó una pregunta para averiguar cuál medio de comunicación digital utiliza y para conocer el tiempo de uso de los medios de comunicación digital.

El cuestionario es anónimo y contiene once preguntas. La pregunta 1 y 2 evalúa el uso de los medios de comunicación digital en temas de salud, la pregunta 3 valora cuál medio de comunicación digital utiliza, la pregunta la pregunta 4 determina el tiempo de uso de los medios de comunicación digital, la pregunta 5 y 6 estima la influencia del uso de los medios de

comunicación digital en la percepción de salud, la pregunta 7 valora los cambios en los comportamientos de salud tras la utilización de los medios de comunicación digital, la pregunta 8 y 9 evalúa la comunicación de estos cambios al equipo de salud y la pregunta 10 estima la percepción de los medios de comunicación digital como fuente de información.

Cabe destacar que, si en la pregunta 1 el participante indica “NO”, se debe pasar directamente a la pregunta 11, la cual evalúa el por qué no usa los medios de comunicación digital como fuente de información.

8.6. Prueba piloto

Posterior a la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería (Anexo 4.1), Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría Universidad de Concepción (Anexo 4.2) y el Comité Ético Científico Provincial del Servicio de Salud Arauco (Anexo 4.3), junto con la autorización de la directora del CESFAM Lebu Norte (Anexo 5), se aplicó una prueba piloto para determinar el tiempo y la comprensión del instrumento de recolección de datos a 15 usuarios del Programa de Salud Cardiovascular, independientemente del sector al que pertenecieran, después de sus controles cardiovasculares con los profesionales del CESFAM Lebu Norte, durante el mes de agosto del 2024.

La selección de los participantes se ejecutó de la siguiente manera: durante el control de salud cardiovascular, el profesional de salud verificó si el usuario cumplía con los criterios de inclusión y si estaba interesado en participar en la prueba piloto.

Aquellos que expresaron interés fueron derivados a la investigadora, quien les proporcionó detalles sobre los diferentes aspectos relacionados con su participación y resolvió cualquier duda al respecto.

El participante, la investigadora y el ministro de Fe se reunían para firmar el consentimiento informado (Anexo 6.1). Si la persona confirmaba su decisión de participar, tanto la investigadora como el ministro de Fe firmaban la copia del consentimiento informado. En caso de que el usuario no aceptara participar, se agradecía su disposición y se daba por finalizada la entrevista.

Una vez firmado el consentimiento informado para la prueba piloto, el participante y la investigadora se dirigían al espacio físico designado por la directora del CESFAM para la aplicación del instrumento recolector de datos, que consistió en el cuestionario de características biosociodemográficas, la escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems y el cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación, el cual fue administrado por la investigadora.

De los 15 participantes, la mayoría eran mujeres (80%), con edades entre los 44 y 78 años. El 86,7% presentó una educación formal incompleta, y el 60% se encontraba empleado. Además, más de la mitad tenía dos patologías asociadas, siendo las más comunes la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia y la artrosis, con una media de tiempo de diagnóstico de 5,6 años.

En cuanto a la duración, el promedio de tiempo fue de 15 minutos aproximadamente. Respecto a la comprensión y entendimiento del instrumento, evaluado mediante la pregunta cualitativa ¿Tuvo alguna dificultad para comprender o entender las preguntas realizadas?, no se identificaron complicaciones.

8.7. Procedimiento y/o técnicas de recolección de datos

Una vez completada la prueba piloto y verificada la comprensión del instrumento, se procedió a la recolección de datos en terreno. Para tal efecto, se realizó un sorteo entre los dos sectores (verde y amarillo), llevado a cabo por la directora del CESFAM Lebu Norte, resultando seleccionado el sector amarillo como muestra para el estudio.

La selección de los participantes se ejecutó mediante un muestreo aleatorio simple, utilizando el siguiente procedimiento: la encargada del Programa de Salud Cardiovascular eligió tarjetones intercalados que se encontraban previamente dispuestos según normativa del CESFAM.

Una vez identificados los potenciales participantes, el profesional de salud asignado (enfermeros y nutricionistas) verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión (exceptuando el acceso a algún medio de comunicación digital), para después contactar vía telefónica al usuario, explicando el objetivo de la investigación y averiguando su interés de participación. En aquellos casos en que la respuesta fue negativa, se procedió con la reposición de participante.

Con los pacientes que aceptaron participar, la investigadora estableció un segundo contacto para consensuar el lugar, día y horario, donde se detallaban los aspectos relacionados con su participación y se aclaraban sus dudas.

El participante, la investigadora y el ministro de Fe se reunían en el lugar acordado para firmar el consentimiento informado (Anexo 6.2). Si la persona ratificaba su voluntad de participación, la investigadora y ministro de

Fe firmaban el consentimiento informado, entregando una copia al participante. En caso de que el usuario no aceptara participar, se agradecía su tiempo y se finalizaba la entrevista.

Una vez firmado el consentimiento informado, se procedió con la aplicación del instrumento para la recolección de datos, que contemplaba el cuestionario de características biosociodemográficas, la escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems y el cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación, el cual fue administrado por la investigadora y tuvo una duración estimada de 15 minutos.

8.8. Procesamiento y análisis de los datos

Cuadro 2. Objetivos y plan de análisis.

Objetivo	**Objetivos específicos**	**Plan de análisis**
Determinar la relación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.	Identificar el perfil biosociodemográfico de los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.	Se utilizó estadística descriptiva con frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y medidas de resumen (tendencia central y dispersión) para variables cuantitativas.
	Establecer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.	Para el grado de adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó medidas de resumen (tendencia central y dispersión). Para el comportamiento frente a los medios de comunicación digital se utilizó frecuencia absoluta y relativa para cada una de las preguntas.
	Relacionar el perfil biosociodemográfico y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.	Se utilizó estadística descriptiva bivariada del grado de adherencia al tratamiento farmacológico comparando la tendencia central por cada categoría de las variables cualitativas y para las variables cuantitativas se analizó con coeficiente de correlación.
	Relacionar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte.	Se utilizó estadística descriptiva con tabla de contingencia comparando medida de resumen del grado de adherencia al tratamiento farmacológico por cada una de las categorías de la variable del comportamiento frente a los medios de comunicación digital.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS Statistics en su versión 28.

8.9. Aspectos éticos involucrados

El proyecto de investigación consideró los ocho requisitos éticos planteados por Ezequiel Emanuel (56).

- Asociación colaborativa: el proyecto de investigación contó con asociación colaborativa establecida con el CESFAM Lebu Norte, debido a que reunía las condiciones y a su vez manifestaron interés en participar en lo planteado.

- Valor social: los resultados de la investigación tienen como objetivo generar conocimiento sobre la relación entre el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital, con el propósito de desarrollar estrategias e intervenciones que permitan gestionar los resultados obtenidos mediante la educación de las personas con enfermedades cardiovasculares en los controles de salud. Lo que contribuirá a mantener a esta población compensada y sin complicaciones, lo que repercute positivamente en su bienestar y reduce los costos en salud. Asimismo, sirve como precedente para la formulación de hipótesis, estudios y futuros proyectos en esta área.

- Validez científica: el proyecto de investigación se formuló incorporando todos los aspectos relacionados al método científico.

- Selección equitativa del sujeto: los sujetos fueron seleccionados a través de un muestro probabilístico y aleatorio, para asegurar que todos los usuarios

pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular tuvieran la misma oportunidad de participar en el estudio y a su vez, evitar cualquier tipo de sesgo en la muestra. Además, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión estipulados.

- Proporción favorable de riesgo-beneficio: la investigación presentó un mínimo riesgo para los participantes, el cual se vinculaba a los instrumentos que se utilizaron, debido a que alguno pudo haber ocasionado incomodidad o sentimientos negativos, en dicho caso el participante tuvo la posibilidad de decidir si deseaba continuar en otro momento con la aplicación o si prefería retirarse del estudio, teniendo disponible el acceso a una intervención en crisis guiada por la investigadora. Por otra parte, un riesgo asociado pudo estar vinculado con la vulneración de los datos, para ello, la investigadora fue la única encargada de manejar y tener acceso a la información que se resguardó en su computador personal, en archivo con código de seguridad por un periodo de 15 años, desde la fecha de publicación del estudio.

  Respecto a los beneficios estos fueron proporcionales o excedían la de los riesgos asumidos, debido a que en el marco de la adherencia al tratamiento farmacológico y en la importancia que implica su abordaje, ha surgido evidencia de la posible asociación que tiene con el comportamiento frente a los medios de comunicación digital, por ende los resultados obtenidos pretenden aportar información sobre un nuevo conocimiento que permitirá realizar intervenciones o nuevas investigaciones que contribuyan en mejorar

la adherencia al tratamiento farmacológico y en consecuencia la calidad de vida de los usuarios con patologías crónicas.

- Evaluación independiente: la investigación fue revisada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría Universidad de Concepción y el Comité Ético Científico Provincial del Servicio de Salud Arauco.

- Consentimiento informado: para la tesis se confeccionó un consentimiento informado según lo presupuestado en la Ley 20.120 y 20.584, que entrega toda la información relacionada al estudio, en donde se señala el investigador responsable, los objetivos, riesgos, posibles beneficios y tiempo requerido por parte del participante, así como también se enfatiza en que se cumplirá la confiabilidad y anonimato de la información, siendo resguardada por 15 años.

- Respeto por los participantes del estudio: se aseguró el respeto a los participantes a través de la disposición de la información establecida en el consentimiento informado, que permitió que los usuarios pudieran decidir en base a ello, si desean o no participar en la investigación. Además, se brindó especial protección a los datos obtenidos, los cuales fueron manejados por la investigadora con el único propósito de llevar a cabo la investigación, todo esto, para asegurar la confidencialidad. Por otro lado, los participantes tuvieron derecho a cambiar de opinión respecto a su participación, lo que no

ocasionó ninguna repercusión a él o ella. Por último, se realizará devolución de los resultados a la institución y comunidad que autorizó y facilitó la realización de la investigación.

9. RESULTADOS

9.1. Perfil biosociodemográfico

Tabla 2. Características de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184).

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	48	26,1
	Mujer	136	73,9
Escolaridad	Sin escolaridad	9	4,8
	Básica incompleta	64	34,8
	Básica completa	29	15,8
	Media incompleta	26	14,1
	Media completa	39	21,2
	Técnico o universitario	17	9,2
Ocupación	No trabaja remuneradamente	129	70,1
	Independiente	21	11,4
	Asalariado en empresa pública	20	10,9
	Asalariado en empresa privada	12	6,5
	Servicio doméstico	1	0,5
	Temporalmente cesante	1	0,5
Tipo de ocupación	Trabajo administrativo y de oficina	29	52,7
	Agricultura y pesca	7	12,7
	Industria y producción	7	12,7
	Servicios personales y de cuidado	7	12,7
	Construcción y mano de obra	3	5,5
	Transporte y logística	2	3,6
Cantidad de comorbilidades	1	31	16,8
	2	59	32,1
	3	67	36,4
	4	22	12,0
	5	5	2,7
Comorbilidades	Hipertensión	159	86,4
	Diabetes mellitus	121	65,8
	Artrosis	86	46,7
	Dislipidemia	51	27,7
	Hipotiroidismo	23	12,5
	Asma	17	9,2
	Enfermedad renal crónica	6	3,3

En cuanto a las características de los participantes del estudio (Tabla 2), se puede señalar que, de un total de 184 personas, la mayoría eran mujeres (73,9%). El 50,6% de la muestra contaba con educación básica, de los cuales el 34,8% no la había terminado. En cuanto a la ocupación, gran parte de la muestra eran dueñas de casas o pensionados (70,1%). Entre los participantes activos laboralmente, un 52,7% desempeñaba actividades administrativas o de oficina. Por otra parte, el 32,4% de los entrevistados aseveraba tener como antecedente mórbido tres patologías asociadas, siendo las más comunes la hipertensión (86,4%), la diabetes mellitus (65,8%), la artrosis (46,7%) y la dislipidemia (27,7%).

Las edades de los participantes oscilaron entre los 34 y 91 años, con una media de 63,6 (DS 10,1) años. En cuanto al tiempo de diagnóstico, la media fue de 11,7 (DS 9,7; Min. 0,5; Máx. 44) años.

9.2. Grado de adherencia al tratamiento farmacológico

Tabla 3. Respuestas de la escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184).

Preguntas	Opciones de respuesta	
	Sí	No
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina?	98 (53,0%)	86 (46,7%)
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?	34 (19,0%)	150 (81,5%)
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?	74 (40,0%)	110 (59,8%)
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina alguna vez?	13 (7,1%)	171 (92,9%)
5. ¿Tomó la medicina ayer?	175 (95,1%)	9 (4,9%)
6. Cuando siente que está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina?	22 (12,0%)	162 (88,0%)
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico?	8 (4,3%)	176 (95,7%)
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?		
Nunca/Casi nunca	126 (68,5%)	
Rara vez	20 (10,9%)	
Algunas veces	21 (11,4%)	
Habitualmente	9 (4,9%)	
Siempre	8 (4,3%)	

Tabla 4. Categorización del grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184).

Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Baja	48	26,1
Media	88	47,8
Alta	48	26,1

En relación con la adherencia a los medicamentos medida con la escala Morisky de 8 ítems (Tabla 3), se observa que el mayor déficit se presenta en el olvido (53%) y en la reducción de dosis o suspensión de medicamentos (40%). Sin embargo, un 68,5% de los participantes refirió que nunca o casi nunca tuvieron dificultades para tomar sus fármacos. Esto se refleja en que el 47,8% de los participantes fue categorizado con una adherencia media, mientras que un 26,1% mostró una adherencia alta (Tabla 4).

9.3. Comportamiento frente a los medios de comunicación digital

Tabla 5. Descripción del comportamiento frente a los medios de comunicación digital de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184*).

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Uso en temas de salud	Sí	111	60,3
	No	73	39,7
Resolución de dudas en temas de salud	Sí	61	55,0
	Algunas veces	45	40,5
	No	5	4,5
Preferencia de plataformas	Internet	106	95,5
	Redes sociales	5	4,5
Tiempo de uso	<30 minutos	79	71,2
	30 minutos	12	10,8
	45 minutos	8	7,2
	1 hora	8	7,2
	>1 hora	4	3,6
Cambio en la percepción de salud	Sí	101	91,0
	No	10	9,0
Tipo de cambio en la percepción	Estoy más interesado	25	24,8
	Me siento más tranquilo	47	46,5
	Estoy más confundido	9	8,9
	Estoy menos interesado	0	0,0
	Me siento abrumado	4	4,0
	Estoy menos confundido	16	15,8
Seguir las recomendaciones	Más que antes	99	89,2
	Igual	11	9,9
	Menos que antes	1	0,9

Tabla 5. Continuación. Descripción del comportamiento frente a los medios de comunicación digital de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184*).

Asistencia a controles	Más que antes	98	88,3
	Igual	10	9,0
	Menos que antes	3	2,7
Exponer consultas	Más que antes	96	86,5
	Igual	11	9,9
	Menos que antes	4	3,6
Ajuste de medicamentos	Tomando más	4	3,6
	Igual	85	76,6
	Tomando menos	22	19,8
Tomar medicamentos sin prescripción	Más que antes	40	36,0
	Igual	68	61,3
	Menos que antes	3	2,7
Alimentación saludable	Sí	76	68,5
	No	35	31,5
Actividad física	Sí	38	34,2
	No	73	65,8
Comunicación con los profesionales de salud	Sí	76	68,5
	No	35	31,5
Razón de falta de comunicación con los profesionales de salud	Se me olvidó	5	14,3
	No creí que fuera importante	20	57,1
	No creí que estuvieran de acuerdo	6	17,1
	Me pareció que no hubo tiempo para comentárselo	4	11,4
Percepción como fuente de información	Sí	93	83,8
	No	18	16,2
Razón de no uso de los medios de comunicación digital	Creo que ya estoy lo suficientemente informado	6	8,2
	Busco la información en otras fuentes	19	26,0
	No me siento cómodo buscando información en los medios de comunicación digital	32	43,8
	No confío en la información que hay en los medios de comunicación digital	16	21,9

*n varía en función del uso en temas de salud, cambio en la percepción de salud y comunicación con los profesionales de salud.

En lo que concierne al comportamiento frente a los medios de comunicación digital (Tabla 5), el 60,3% de los participantes indicó haberlos utilizado para obtener información sobre temas en salud. De estos, el 55% consideró que estas plataformas resultaban útiles para resolver sus dudas. La mayoría utilizó internet (95,5%) como principal fuente de búsqueda, destinando, menos de 30 minutos (71,2%) para ello.

Respecto a la pregunta ¿alguna vez la información encontrada en los medios de comunicación digital cambiaron su manera de pensar sobre su salud?, el 91% de la muestra reportó haber experimentado ciertos cambios, siendo el más destacado sentirse más tranquilos (46,5%). En cuanto a ¿qué cambios ha realizado desde que utiliza los medios de comunicación para buscar información sobre salud?, el 89,2% afirmó que seguía más las indicaciones del equipo multidisciplinario. Ello también se observó en la asistencia a controles con los distintos profesionales, ya que el 88,3% refirió acudir a sus citas más que antes. Además, el 86,5% mencionó que ahora planteaba más preguntas al equipo de salud. En relación al ajuste de medicamentos, el 76,6% de los participantes aseguró que seguían la prescripción médica establecida. Sin embargo, un 19,8% admitió que, en ocasiones, tomaban menos de lo indicado, y un 36% refirió consumir fármacos no prescritos durante las consultas, con el fin de cubrir necesidades de salud urgentes o no abordadas.

El 68,5% señaló que su alimentación había mejorado desde que comenzó a utilizar los medios de comunicación digital, mientras que, en el

caso del ejercicio físico, el 65,8% mencionó no realizar actividad física durante la semana.

En cuanto a la comunicación con los profesionales de salud, el 68,5% aseguró que comentaba los cambios o situaciones particulares de su salud. Por otro lado, el 31,5% no lo hacía, principalmente porque no consideraban que fuera importante (57,1%) o no creían que los profesionales de salud fueran a estar de acuerdo (17,1). A pesar de esto, la mayoría coincidió en que los medios de comunicación digital son una buena fuente de información, con un 83,8%.

Al analizar las razones por las cuales algunos no utilizaban los medios de comunicación digital (39,7%), se encontró que el 43,8% no se sentía cómodo buscando información en estas plataformas, un 26% prefería otras fuentes, y un 21,9% no confiaba en la calidad de la información disponible.

9.4. Relación entre el perfil biosociodemográfico y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico

Tabla 6. Relación entre sexo, escolaridad y ocupación y grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184).

Variable		Grado			Chi-cuadrado*	Valor p
		Baja	Media	Alta		
Sexo	Hombre	15 (31,3)	22 (45,8)	11 (22,9)	0,968	0,616
	Mujer	33 (24,3)	66 (48,5)	37 (27,2)		
Escolaridad	Básica	32 (31,4)	40 (39,2)	30 (29,4)	6,149	0,185
	Media	9 (22,0)	23 (56,1)	9 (22,0)		
	Superior	2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)		
Ocupación	No trabaja	31 (23,8)	58 (44,6)	41 (31,5)	6,854	**0,032**
	Trabaja	17 (31,5)	30 (55,6)	7 (13,0)		

*estadígrafo utilizado Chi-cuadrado de Pearson.

Tabla 7. Relación entre edad, número de comorbilidades y tiempo de diagnóstico y grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184).

Variable	Adherencia			F*	Valor p
	Baja	Media	Alta		
Edad	61,0	63,4	66,5	3,692	**0,027**
Número de comorbilidades	2,7	2,5	2,3	1,738	0,179
Tiempo de diagnóstico	9,7	11,9	13,1	1,566	0,212

*estadígrafo utilizado ANOVA

En cuanto a la relación entre el perfil biosociodemográfico y la adherencia al tratamiento farmacológico, se observa una asociación estadísticamente significativa con la edad y la ocupación. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa con el sexo, la escolaridad, las comorbilidades y el tiempo de diagnóstico

9.5. Relación entre el comportamiento frente a los medios de comunicación digital y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico

Tabla 8. Comportamiento frente a los medios de comunicación digital y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184*).

Variable		Baja n (%)	Media n (%)	Alta n (%)	Chi-cuadrado**	Valor p
Uso en temas de salud	Sí	35 (31,5)	52 (46,8)	24 (21,6)	5,374	0,068
	No	13 (17,8)	36 (49,3)	24 (32,9)		
Resolución de dudas en temas de salud	Sí	18 (29,5)	29 (47,5)	14 (23,0)	1,624	0,826
	Algunas veces	15 (33,3)	20 (44,4)	10 (22,2)		
	No	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)		
Preferencia de plataformas	Internet	34 (32,1)	48 (45,3)	24 (22,6)	2,581	0,307
	Redes sociales	1 (20,0)	4 (80,0)	0 (0,0)		
Tiempo de uso	<30 minutos	28 (35,4)	34 (43,0)	17 (21,5)	8,073	0,438
	30 minutos	5 (41,7)	5 (41,7)	2 (16,7)		
	45 minutos	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)		
	1 hora	1 (12,5)	5 (62,5)	2 (25,0)		
	>1 hora	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)		
Cambios en la percepción	Sí	31 (30,7)	47 (46,5)	23 (22,8)	0,960	0,638
	No	4 (40,0)	5 (50,0)	1 (10,0)		
Tipos de cambios en la percepción	Estoy más interesado	7 (28,0)	14 (56,0)	4 (16,0)	4,473	0,834
	Me siento más tranquilo	15 (31,9)	20 (42,6)	12 (25,5)		
	Estoy más confundido	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)		
	Me siento abrumado	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)		
	Estoy menos confundido	4 (25,0)	8 (50,0)	4 (25,0)		
Seguir las recomendaciones	Más que antes	30 (30,3)	48 (48,5)	21 (21,2)	2,985	0,619
	Igual	5 (45,5)	3 (27,3)	3 (27,3)		
	Menos que antes	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)		

Tabla 8. Continuación. Comportamiento frente a los medios de comunicación digital y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes del Programa de Salud Cardiovascular, CESFAM Lebu Norte, año 2024 (n=184*).

Asistencia a controles	Más que antes	32 (32,7)	45 (45,9)	21 (21,4)		
	Igual	2 (20,0)	7 (70,0)	1 (10,0)	6,473	0,163
	Menos que antes	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)		
Exponer consultas	Más que antes	30 (31,3)	44 (45,8)	22 (22,9)	1,667	0,852
	Igual	3 (27,3)	6 (54,5)	2 (18,2)		
	Menos que antes	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)		
Ajuste de medicamentos	Tomando más	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	11,086	**0,020**
	Igual	22 (25,9)	39 (45,9)	24 (28,2)		
	Tomando menos	11 (50,0)	11 (50,0)	0 (0,0)		
Tomar medicamentos sin prescripción	Más que antes	16 (40,0)	18 (45,0)	6 (15,0)	3,775	0,457
	Igual	19 (27,9)	32 (47,1)	17 (25,0)		
	Menos que antes	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)		
Alimentación saludable	Sí	20 (26,3)	39 (51,3)	17 (22,4)	3,169	0,205
	No	15 (42,9)	13 (37,1)	7 (20,0)		
Actividad física	Sí	10 (26,3)	17 (44,7)	11 (28,9)	1,988	0,370
	No	25 (34,2)	35 (47,9)	13 (17,8)		
Comunicación con los profesionales de salud	Sí	19 (25,0)	41 (53,9)	16 (21,1)	5,891	0,053
	No	16 (45,7)	11 (31,4)	8 (22,9)		
Razón de la falta de comunicación con los profesionales de salud	Se me olvidó	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	5,976	0,455
	No creí que fuera importante	7 (35,0)	8 (40,0)	5 (25,0)		
	No creí que estuvieran de acuerdo	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)		
	Me pareció que no hubo tiempo para comentárselo	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (50,0)		
Percepción como fuente de información	Sí	31 (33,3)	41 (44,1)	21 (22,6)	1,768	0,413
	No	4 (22,2)	11 (61,1)	3 (16,7)		
Razón de no uso de los medios de comunicación digital	Creo que ya estoy lo suficientemente informado	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	9,328	0,155
	Busco la información en otras fuentes	1 (5,3)	9 (47,4)	9 (47,4)		
	No me siento cómodo buscando información en los medios de comunicación digital	9 (28,1)	17 (53,1)	6 (18,8)		
	No confío en la información que hay en los medios de comunicación digital	3 (18,8)	6 (37,5)	7 (43,8)		

*n varía en función del uso en temas de salud, cambio en la percepción de salud y comunicación con los profesionales de salud.
**estadígrafo utilizado Chi-cuadrado de Pearson

En relación con el comportamiento frente a los medios de comunicación digital y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico, se puede señalar que el único hallazgo estadísticamente significativo corresponde al ajuste de medicamentos. Ninguno de los otros aspectos analizados mostró una asociación significativa.

Mediante el contraste de hipótesis, se rechaza la hipótesis que planteaba que el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con condiciones crónicas presenta una relación negativa con el uso de los medios de comunicación digital en temas de salud, al obtener en la prueba de la media para muestras independientes un valor p de 0,126.

10. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio son consistentes con los hallazgos de otras investigaciones, que indican una mayor participación de mujeres en comparación con los hombres (57-59), lo que se puede explicar por el hecho de que son ellas las que suelen desempeñar un rol más activo en la gestión de la salud familiar y en el cuidado propio (60). En términos de edad, la media bordeaba los 63,6 años lo que sugiere que la muestra corresponde a una población envejecida, lo cual es coherente con diversas publicaciones que señalan que las personas mayores son más vulnerables a enfermedades crónicas y, por lo tanto, están más dispuestas a participar en estudios relacionados con la salud (61). En cuanto a la escolaridad, solo el 21,2% de los participantes indicó haber completado su enseñanza media, lo que revela una brecha educativa considerable en el resto de la muestra, situación que se reconoce como un elemento que impacta negativamente en la adherencia al tratamiento farmacológico y en la alfabetización en salud (62). Es este sentido, un estudio realizado en Ecuador (63) sostiene que la baja escolaridad es uno de los componentes más importantes en la no adherencia, lo cual está relacionado al escaso conocimiento que presenta el individuo de su enfermedad. A esto se suma lo reportado en una investigación en México (64), la cual señaló que la alfabetización en salud suficiente se asociaba con un mejor control de presión arterial solo en los pacientes con escolaridad equivalente a nivel medio o superior. En relación a la ocupación, el 70,6% de los usuarios señaló no contar con un empleo formal, lo que podría representar un problema, ya que afecta la estabilidad

económica y puede constituir una barrera para mantener el cuidado adecuado y el control de la patología (65).

En lo que concierne a la adherencia al tratamiento farmacológico, se evidenció que el olvido es el principal factor que conduce a la no adherencia, lo que coincide con los estudios realizados en Cuba (66) y Chile (52) que concluyeron que es una de las barreras más comunes en los pacientes con enfermedades crónicas. Por otra parte, un 47,8% de participantes fue categorizado una adherencia media, resultado similar a lo habitualmente reportado en la literatura (50%) (58,67). Sin embargo, este grado no debe entenderse como un punto intermedio o aceptable, ya que, desde el punto de vista clínico, tales variaciones pueden comprometer los resultados terapéuticos, especialmente en lo que respecta al manejo y tratamiento de las condiciones crónicas cardiovasculares.

Respecto al comportamiento frente a los medios de comunicación digital, se observó que el 60,3% de los participantes refirió haber utilizado estas plataformas para obtener información sobre temas de salud, superando en un 15,7% la media nacional (19), lo que refleja la creciente confianza de la población en este tipo de recursos disponibles. A su vez, el 55% afirmó que tras la búsqueda de información sobre temas de salud lograron resolver sus dudas, lo que se asemeja con investigaciones recientes que sugieren que los medios digitales se han convertido en fuentes confiables y accesibles para los usuarios, especialmente aquellos con patologías crónicas, que buscan información adicional sobre sus condiciones y tratamientos (68). Por otro lado, el 95,5% de la muestra indició que prefiere

utilizar el internet para buscar información sanitaria, realidad que parece ser global debido a que se mencionan valores similares en publicaciones asiáticas (69,70), lo que pudiese estar determinado por la accesibilidad y conveniencia que ofrece.

Los cambios en la percepción reportados por los participantes, como sentirse más tranquilos, más interesados y menos confundidos, también se evidenciaron en una investigación realizada en Colombia (57) que sugería que el uso de medios de comunicación digital puede mejorar la confianza de los pacientes y en consecuencia propiciar su capacidad de manejar sus condiciones de salud.

En cuanto a las recomendaciones de salud, el 89,2% comentó que seguía más las indicaciones entregadas por el equipo de salud, mientras que un 88,3% refirió acudir más que antes a sus controles de salud y un 86,5% expuso que efectuaban con más frecuencia sus consultas al equipo de salud. Esto refleja una mayor motivación y proactividad hacia la gestión del cuidado, lo cual es un hallazgo positivo de esta investigación, lo cual es concordante con un estudio en Indonesia (71) que reveló que los vídeos educativos sobre el cuidado del pie diabético en usuarios con riesgo de úlceras mejoraron significativamente su conocimiento, lo que favoreció tanto el manejo como la prevención de estas complicaciones.

La información sanitaria que los usuarios encuentran puede influir en las decisiones que toman sobre los medicamentos. Un aspecto interesante en los resultados es que 36% de los participantes mencionaron el uso de medicamentos no prescritos. Esta conducta resalta un área crítica, ya que el

uso de medicamentos no supervisado por profesionales de salud es riesgoso, si bien surge en un intento de suplir una demanda, los pacientes presentan una baja percepción de riesgo, no considerando que dicha práctica puede ocasionar efectos adversos, interacción medicamentosa, enmascaramiento de una enfermedad, farmacodependencia o incluso contraindicación (72). Una investigación realizada en Malasia (73) sobre el comportamiento en materia de información sanitaria y su asociación con la adherencia a las estatinas, mostró que los pacientes que buscaban activamente información sanitaria en línea tenían mayores preocupaciones sobre el uso de estatinas y niveles más bajos de adherencia a los mismos. Por ello, se considera una parte importante del cuidado del paciente, siendo necesaria la educación y el refuerzo de información en esta área, para así, evitar la falta de adherencia y la automedicación (74), siendo el profesional de enfermería el primer eslabón y el punto de contacto más sólido entre el sistema de salud y las personas, desempeñando una función primordial en esta estrategia (31).

Aunque se reportó una mejora en la alimentación, se pone en manifiesto el desafío persistente de realizar cambios en los hábitos saludables, debido a que, si bien la población era envejecida y con antecedentes de artrosis, la falta de ejercicio repercute negativamente en el bienestar (75).

En cuanto a la comunicación con los profesionales de salud, se observó que más de la mitad de los participantes interactúa con ellos (68,5%), lo que puede explicarse por el empoderamiento que genera el

conocimiento y el apoyo que reciben en línea (20). Esto les brinda mayor seguridad, lo que los motiva a hacer preguntas a los profesionales, aumentando así la probabilidad de participar en la toma de decisiones compartidas (76).

Esta comunicación favorece una mayor satisfacción y confianza, evidenciándose en estudios que, a su vez, repercute directamente en una mejor adherencia al tratamiento, mayor precisión en su aplicación y mejores resultados en salud (13,77).

La escucha activa, considerar los miedos y mitos existentes, y el fomento de la participación del usuario son fundamentales para facilitar el cambio. La evidencia sugiere que, cuando los usuarios participan en la toma de decisiones, es más probable que continúen con las opciones elegidas, ya que las consideran personales y significativas (78). En cuanto a las razones mencionadas que indicaron una falta de comunicación, un amplio porcentaje señaló que no creían que fuera importante, lo que es semejante a lo reportado en un estudio realizado en España (17), en donde fue la principal razón con un 59,6%.

Sobre este asunto, se puede señalar que el uso de medios de comunicación digital presenta más ventajas que desventajas, debido a que si se observan los ítems relacionados con los cambios de conducta la mayoría de los usuarios reportaron aumentar ciertos comportamientos que son favorables hacia su salud, como seguir las indicaciones, asistir a los controles, realizar más preguntas en torno a su salud, tomar sus medicamentos y mantener una alimentación saludable, lo que se percibe

como un refuerzo positivo a las recomendaciones que proporciona el equipo multidisciplinario. Pero, no se puede minimizar el tema de la automedicación evidenciada en los usuarios con patologías crónicas, producto a la alta capacidad de difusión que presentan estas plataformas, ocurriendo en muchas oportunidades que se dispone información de manera más llamativa y sencilla, lo que hace que sea más fácil comprender, siendo aceptada y utilizada por la población, pasando a ser un riesgo para la salud e integridad física de las personas (79).

Es importante reconocer que los medios de comunicación digital son considerados una fuente primaria de información para muchas personas, caracterizándose por ser rápidos, masivos y eficientes, por ende, es fundamental maximizar el impacto positivo que portan, implementando estrategias que aseguren buenos resultados. En este sentido es importante el asesoramiento respecto al uso, para que la calidad y credibilidad de los contenidos buscados sean los apropiados, permitiendo de esta manera que dicha herramienta sirva como medio para potenciar el aprendizaje en salud de los usuarios (80).

Aunque el 83,8% de los participantes respondió que los medios de comunicación digital eran una buena fuente de información, la muestra restante expuso que les generaban desconfianza e incomodidad. Por ende, los proveedores de salud deben realizar cursos de formación sobre habilidades de búsquedas de información sanitaria en línea para que el público pueda percibir los beneficios y adquirir habilidades, para fortalecer la

regulación de la información en línea y asegurar la calidad de contenidos (68).

Dicho esto, en lo referente a la relación entre sexo y adherencia al tratamiento farmacológico, no se observó una asociación significativa. Estos resultados son similares a los reportados en un estudio realizado en la región Metropolitana (81), en donde se encontró que el 18% de la población adherente era de sexo femenino, frente al 6% de sexo masculino, sin una relación significativa. No obstante, en otra investigación realizada en la región de Ñuble (82), se asoció que el ser mujer es un factor protector en la adherencia.

Respecto al análisis estadístico de la edad y la adherencia al tratamiento farmacológico se puede señalar que presentan una asociación significativa, lo que sugiere que, a medida que aumenta la edad de los participantes, existe una tendencia a obtener mejores resultados en la adherencia al tratamiento. Esto es coherente con los informes presentados por otros autores (83-85). Siendo una posible explicación el desarrollo de un mayor nivel de adaptación y conocimiento sobre su propio cuerpo, la enfermedad y las acciones farmacológicas y no farmacológicas necesarias para vivir con la patología y prevenir sus complicaciones (86).

Por otro lado, se observó que las personas sin trabajo remunerado presentan una asociación significativa con adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que disponen de más tiempo para seguir de manera rigurosa las indicaciones, como tomar los medicamentos en horarios específicos, asistir a sus controles y realizar cambios en su estilo de vida. Lo

que se contrapone con lo reportado en una publicación realizada en Perú (87), donde no se encontró una relación significativa entre la ocupación y el grado de adherencia.

Cuando se analizó relación entre uso de los medios de comunicación digital y adherencia al tratamiento farmacológico, se determinó que no existe una relación significativa en ambas variables, por ende, se rechaza la hipótesis planteada del estudio. Estos hallazgos se asemejan a lo reportado por una investigación realizada en Estados Unidos (88) que buscaba determinar la asociación entre los comportamientos de búsqueda de información de salud en línea y los comportamientos en salud, en donde se obtuvo asociación significativa para el consumo de frutas, verduras y actividad física, pero no para el consumo de alcohol o la adherencia a la medicación para la hipertensión.

Un factor a considerar es que la mayoría de la muestra eran personas mayores, lo cual es concordante con las estadísticas de la población cardiovascular en Chile que indica que ésta se concentra en los 60 y más años (89), lo que pudiese ser un determinante en los resultados, ya que el uso de los medios de comunicación digital para buscar información relacionada con medicamentos podría ser inferior en este grupo etario en comparación con otros, posiblemente debido a dificultades cognitivas o físicas asociadas a la edad. Una investigación en Estados Unidos (90) informó que la adopción y uso de las tecnologías de la información y la comunicación para abordar los problemas de salud se mantienen en una tasa relativamente baja en dicha población, efectuando esta misma

aseveración otro estudio realizado en el mismo país (91), que estableció que a medida que las personas envejecen, buscan significativamente menos información sobre salud y bienestar.

No obstante, el único hallazgo estadísticamente significativo entre el comportamiento frente a los medios de comunicación digital y la adherencia al tratamiento, fue el ajuste de medicamentos, en donde las personas aseveraron seguir las prescripciones médicas establecidas durante los controles de salud. Este resultado podría explicarse a través de una publicación de Linn et al. (92), que mostró que las búsquedas en Internet de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal después de su consulta (en la fase de implementación del tratamiento) afectaron negativamente la adherencia a la medicación a corto plazo (después de tres semanas), sin embargo, este impacto negativo no se observó después de seis meses, lo que sugiere que los usuarios son menos adherentes en la fase inicial del tratamiento, pero tienden a volverse más adherentes transcurrido el tiempo.

En síntesis, los resultados del presente estudio no mostraron una relación significativa entre el uso de los medios de comunicación digital y la adherencia farmacológica, por lo cual estos hallazgos se suman a la evidencia aún no concluyente en este ámbito, tal como lo reportó la revisión y metaanálisis de Lim et al. (16) quienes sólo identificaron una relación entre ambas variables en personas que viven con VIH/SIDA.

Es necesario continuar investigando para esclarecer en qué condiciones los medios digitales pueden influir en la adherencia farmacológica, considerando factores individuales y de contexto que puedan

mediar esta relación, ya que se dispone de evidencia que señala que las plataformas brindan a los pacientes la oportunidad de experimentar un sentido de confianza, identidad colectiva y pertenencia, lo que las convierte en espacios atractivos para buscar y compartir información sobre salud en línea, siendo eficaces para el intercambio de apoyo social y la mejora de varios resultados relacionados con la salud, como la motivación, la confianza, la autoeficacia y la adherencia al tratamiento en algunas condiciones crónicas (93,94).

Tal como lo plantea el modelo de la comunicación persuasiva, la información sobre salud disponible en los medios de comunicación digital puede ocasionar modificaciones en la conducta y comportamiento, cuyo proceso está determinado por los factores internos, externos y contextuales del usuario, que permiten incentivar la toma de decisiones respecto a la mantención, fortalecimiento o cambio en las indicaciones, hábitos o acciones acordadas con los profesionales de salud.

Sin embargo, para que exista persuasión es necesario que el emisor de la información goce de cierta credibilidad, así como, que, el mensaje resulte medianamente exacto y apropiado en relación al conocimiento preexistente que posee el receptor, para lo cual es necesario que mejore la alfabetización en salud, que se refiere a la capacidad de obtener, comprender y utilizar información sobre salud, a través de la guía y educación que proporcionen los profesionales, sobre el uso adecuado de estos recursos, asegurándose de que la información obtenida sea confiable y apropiada para el manejo de su patología, debido a que de esta manera se empodera a los usuarios y se

favorece la obtención de mejores resultados en salud, al permitirles participar activamente en su propio cuidado y en la toma de decisiones informadas. Por lo cual, se destaca la función educativa que debe asumir el profesional de enfermería, debido a que son quienes, de manera constante, brindan apoyo emocional y motivacional, resuelven dudas y ayudan a reducir temores relacionados con la condición de salud y tratamiento, además promueven la participación mediante la escucha activa y comunicación efectiva (31). De hecho, la enfermería está posicionada, como una de las profesiones más confiables para ayudar a los pacientes en su búsqueda de información de salud y la toma de decisiones compartida (95).

11. CONCLUSIÓN

En relación al presente estudio, se concluye que:

En cuanto al perfil biosociodemográfico, la mayoría de los participantes eran mujeres, con una media de 63,6 años. La mitad de la muestra solo contaba con enseñanza básica, y tres cuartas partes no eran laboralmente activos, ya que se dedicaban a tareas domésticas o eran pensionados. La mayoría presentaba tres patologías asociadas, siendo las más comunes la hipertensión, la diabetes mellitus y la artrosis.

Respecto al grado de adherencia al tratamiento farmacológico, un tercio de los participantes fue categorizado con una adherencia media y alta, siendo la principal barrera es el olvido.

En lo que refiere al comportamiento frente a los medios de comunicación digital, más de la mitad de los participantes indicó haber utilizado estas plataformas para obtener información sobre salud, destacando el uso de internet, con tiempo estimado de menos de 30 minutos. La mayoría afirmaba que dicha búsqueda les proporcionaba tranquilidad y contribuía de manera positiva a las conductas que favorecen la adherencia al tratamiento farmacológico, exceptuando el área de la automedicación. Además, la muestra consideró que eran una fuente confiable en un 83,8% de los casos.

En relación con el perfil biosociodemográfico y el grado de adherencia, se observó una asociación estadísticamente significativa con la

edad y la ocupación. Respecto al grado de adherencia y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital, el único hallazgo estadísticamente significativo correspondió al ajuste de medicamentos.

12. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

En lo que concierne a las fortalezas de esta investigación, cabe destacar que proporciona evidencia sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con el uso de los medios de comunicación digital, considerando que en la última década, la utilización de estos medios de comunicación en temas de salud ha experimentado un aumento significativo, posicionándose como uno de los primeros estudios a nivel nacional que aborda esta temática, lo que impulsa la realización de futuras investigaciones que permitan análisis más profundos y exhaustivos de este fenómeno.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la posible presencia de sesgo en la aplicación de los instrumentos, dado que fue la propia investigadora quien llevó a cabo esta tarea, lo que podría haber influido en la obtención de los resultados. Por otra parte, la falta de un instrumento estandarizado y validado para abordar la variable comportamiento frente a los medios de comunicación digital dificulta la medición precisa, lo que a su vez afecta la confiabilidad de los resultados y limita la comparabilidad con otras investigaciones.

13. SUGERENCIAS E IMPLICACIONES FUTURAS

Considerando que más de la mitad de los participantes utiliza internet para buscar información sobre salud, resulta fundamental que los profesionales de la salud, especialmente del área de enfermería, promuevan la alfabetización en salud durante sus atenciones. Esta estrategia educativa permite entregar herramientas útiles que favorezcan el autocuidado, mediante la adopción de comportamientos orientados a hábitos más saludables y a una mayor adherencia al tratamiento.

En este contexto, es crucial desarrollar investigaciones que incluyan poblaciones distintas a las abordadas en este estudio, con el fin de validar o contrastar los resultados obtenidos. Asimismo, se hace necesario evaluar la eficacia de educar sobre la búsqueda de información sobre salud, con el propósito de evidenciar científicamente esta necesidad y, de este modo, incorporar dicha práctica de forma definitiva en las atenciones, bajo lineamientos estandarizados.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado 01 Sept 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. Lima: Organización Panamericana de la Salud. 2014 [citado 14 Jul 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf

3. Martínez M, Leiva A, Petermann F, Celis C. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? Rev Med Chil [Internet]. 2021 [citado 24 Oct 2022]; 149 (1): 149-152. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000100149&lng=es.

4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2021: Mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) [Internet]. Lima: Organización Panamericana de la Salud. 2021 [citado 20 Mar 2023]. Disponible en: https://hia.paho.org/es/mortalidad-evitable

5. Marcano R, Castañeda J. Caracterización epidemiológica de pacientes diabéticos e hipertensos en consultorio en Quinta Normal, 2018-2019. Rev Med Chil [Internet]. 2022 [citado 22 Sept 2022]; 150 (1): 17-22. Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000100017&lng=es.

6. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud. 2020 [citado 11 Mar 2025]. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/temas-de-salud/ecicep/

7. Jara J, Paccot M. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud. 2017 [citado 14 Jul 2022]. Disponible en: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf

8. SEFAC. Plan de Adherencia al Tratamiento [Internet]. Madrid: SEFAC. 2010 [citado 14 Jul 2022]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf

9. Infac. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. KOMUN IKT Salud digital [Internet]. 2011 [citado 14 Jul 2022]; 19 (1): 1-6. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

10. Castro A, Barrero J, García F, Cruz E, Soto J, et al. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida [Internet]. Madrid: Pfizer. 2010 [citado 01 Jul 2022]. Disponible en:

http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf

11. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado 15 Jul 2022]; 16 (3): 226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es.

12. Sociedad Argentina de Cardiología. Adherencia: disminuye 25% los eventos cardiovasculares [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Cardiología; 2016 [citado 14 Jul 2022]. Disponible en: https://www.sac.org.ar/actualidad/adherencia-al-tratamiento-disminuye-25-los-eventos-cardiovasculares-y-la-muerte/

13. Pagès N, Valverde M. Adherencia terapéutica: factores modificables y estrategias de mejora. Granada: Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado 12 Jul 2023]; 59 (4): 251-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es.

14. Briones A, Wong L, Flores D, Guzmán M, Castellanos M, et al. Falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores asociados en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Chile [Internet]. 2022 [citado 15 Jul 2022]; 150: 985-993. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v150n8/0717-6163-rmc-150-08-0985.pdf

15. Zavorotnyy M, Ehrlich F, Nenadic I. Health-related Internet use and treatment adherence: A transdiagnostic comparison of outpatients with major depressive disorder and schizophrenia. Psych J [Internet]. 2020 [citado 15 Jul 2022]; 9 (2): 174-184. doi: 10.1002/pchj.355.

16. Lim H, Dunn A, Ran L, Abdullah A, Ng C. Association between online health information-seeking and medication adherence: A systematic review and meta-analysis. Digit Health [Internet]. 2022 [citado 15 Jul 2022]; 8: 20552076221097784. doi: 10.1177/20552076221097784

17. Marin V, Valverde J, Sánchez I, Sáenz del Castillo M, Polentinos E, et al. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. Madrid: Aten Primaria [Internet]. 2013 [citado 05 Jun 2022]; 45 (1): 46-53. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712003782?via%3Dihub

18. Nangsangna R, Vroom F. Factors influencing online health information seeking behaviour among patients in Kwahu West Municipal, Nkawkaw, Ghana. Online J Public Health Inform [Internet]. 2019 [citado 15 Jul 2022]; 11 (2): e13. doi: 10.5210/ojphi.v11i2.10141.

19. Subsecretaría de Telecomunicaciones de Chile. Estudio Décima Encuesta sobre acceso, usos y usuarios de Internet en Chile [Internet]. Santiago: CADEM. 2023 [citado 29 Ene 2025]. Disponible en: https://www.subtel.gob.cl/wp-

content/uploads/2024/03/Informe_Final_Acceso_y_uso_Internet_2023_VF.pdf

20. Subsecretaría de Telecomunicaciones de Chile. IX Encuesta de Acceso y Usos de Internet [Internet]. Santiago: Brújula investigación y estrategia. 2017 [citado 05 Jun 2022]. Disponible en: https://www.subtel.gob.cl/wp-content/uploads/2018/07/Informe_Final_IX_Encuesta_Acceso_y_Usos_Internet_2017.pdf

21. Gijsen V, Maddux M, Lavertu A, Gonzalez G, Ram N, et al. Science: The Potential and the Challenges of Utilizing Social Media and Other Electronic Communication Platforms in Health Care. Clin Transl Sci [Internet]. 2020 [citado 05 Jun 2022]; 13 (1): 26-30. doi: 10.1111/cts.12687.

22. Dentzel Z. El impacto de internet en la vida diaria [Internet]. Madrid: Universidad de Ciencias y Humanidades. 2023 [citado 06 Ene 2023]. Disponible en: https://www.uch.edu.pe/uch-noticias/p/el-impacto-del-internet-en-la-vida-diaria

23. Zhang R, Lu X, Wu W, Shang X, Liu M. Mature or Emerging? The Impact of Treatment-Related Internet Health Information Seeking on Patients' Trust in Physicians. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 [citado 06 Ene 2023]; 15 (9): 1855. doi: 10.3390/ijerph15091855.

24. Im H, Huh J. Does Health Information in Mass Media Help or Hurt Patients? Investigation of Potential Negative Influence of Mass Media Health Information on Patients' Beliefs and Medication Regimen Adherence. J

Health Commun [Internet]. 2017 [citado 06 Ene 2023]; 22 (3): 214-222. doi: 10.1080/10810730.2016.1261970.

25. Laugesen J, Hassanein K, Yuan Y. The Impact of Internet Health Information on Patient Compliance: A Research Model and an Empirical Study. J Med Internet Res [Internet]. 2015 [citado 06 Ene 2023]; 17 (6): e143. doi: 10.2196/jmir.4333.

26. Zhang Z, Yang H, He J, Lu X, Zhang R. The Impact of Treatment-Related Internet Health Information Seeking on Patient Compliance. Telemed J E Health. [Internet]. 2021 [citado 25 Feb 2025]; 27 (5): 513-524. doi: 10.1089/tmj.2020.0081.

27. Higgins O, Sixsmith J, Barry M, Domegan C. A literature review on health informationseeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective [Internet]. Stockholm: ECDC. 2011 [citado 06 Ene 2023]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/literature-review-health-information-seeking-behaviour-web-health-consumer-and seeking%20behaviour%20on%20the%20web.pdf

28. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. Syst Rev [Internet]. 2019 [citado 06 Ene 2023]; 8, 112. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8

29. DEIS. Controles de Salud Programa Cardiovascular [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud. 2024 [citado 02 Mar 2025]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2

Freports%2F09de985b-d8d1-48df-bf54-6635389023b5&sectionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

30. Alberti T, Crawford S. Health information-seeking behaviors and adherence to urgent care discharge instructions. J Am Assoc Nurse Pract [Internet]. 2020 [citado 15 Feb 2025]; 32 (6): 438-446. doi: 10.1097/JXX.0000000000000262.
31. García C, Gallegos R. El papel del personal de Enfermería en la educación para la salud [Internet]. Santiago de Querétaro: Horiz Enferm. 2019 [citado 02 Mar 2025]; 3: 271-285. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223572/271-285.pdf
32. BIREME. Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento [Internet]. Sao Paulo: Biblioteca virtual en salud. 2023 [citado 14 Mar 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57215&filter=ths_termall&q=adherencia%20al%20tratamiento
33. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2004 [citado 14 Mar 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf
34. Medina N. Calidad de vida relacionada con salud y adherencia terapéutica en personas viviendo con VIH [Internet]. Concepción: Universidad de Concepción. 2019 [citado 14 Mar 2023]. Disponible en:

http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3544/4/Tesis_Calidad_de_vida_relacionada.Image.Marked.pdf

35. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas [Internet]. La Habana: Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2015 [citado 14 Mar 2023]; 16 (2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.
36. Rodríguez M, Rentería A. Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo [Internet]. Tlalnepantla: Psicología y Salud. 2016 [citado 10 Jul 2022]; 26 (1): 51-62. Disponible en: https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1898
37. Salcedo A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2011 [citado 10 Jul 2022]. Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/7712/539474.2011.pdf
38. López L, Romero S, Parra D, Rojas L. Adherencia al tratamiento: concepto y medición [Internet]. Bucaramanga: Hacia promoc. salud. 2016 [citado 10 Jul 2022]; 21 (1): 117-137. Disponible en: https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/3892
39. Bertolotti P. Conceptos básicos comunicación digital [Internet]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2009 [citado 12 Abr 2023]. Disponible en:

https://argos.fhycs.unam.edu.ar/bitstream/handle/123456789/152/Conceptos%20Comunicacion%20digital.pdf?sequence=4&isAllowed=y

40. Arango G. Comunicación digital: una propuesta de análisis desde el pensamiento complejo [Internet]. Bogotá: Revista Palabra-Clave. 2013 [citado 01 Jul 2022]; 16 (3): 673-697. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/649/64930924002.pdf

41. Silva A. Una mirada regional al acceso y tenencia de tecnologías de la información y comunicaciones – TIC, a partir de los censos [Internet]. Santiago: CEPAL. 2018 [citado 18 Jul 2022]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/enfoques/mirada-regional-al-acceso-tenencia-tecnologias-la-informacion-comunicaciones-tic-partir

42. Amar V. La educación en medios digitales de comunicación [Internet]. Sevilla: Rev de Medios y Educación. 2010 [citado 14 Nov 2022]; 36: 115-124. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/368/36815128009.pdf

43. Velasco S. Creación del Cuestionario de Evaluación de Salud Mental en Adolescentes usuarios de TICs y Redes Sociales (CESMA-TICRS) versión 1.0 [Internet]. Alicante: Universidad de Alicante. 2021 [citado 18 Jul 2022]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/115508/1/Creacion_del_Cuestionario_de_Evaluacion_de_Salud_Mental__Velasco_Pastor_Sara.pdf

44. Galindo J. La internet y sus redes sociales. Comunicología e ingeniería en comunicación social de un fenómeno aún emergente [Internet]. Quito: Razón

y Palabra. 2010 [citado 10 Feb 2025]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1995/199514914051.pdf

45. Álvarez J. Modelos teóricos sobre los efectos de los medios de comunicación de masas [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2012 [citado 01 Jul 2022]. Disponible en: https://eprints.ucm.es/id/eprint/45089/1/doc%20trab%202.pdf

46. Litzkendorf S, Frank M, Babac A, Rosenfeldt D, Schauer F, et al. Use and importance of different information sources among patients with rare diseases and their relatives over time: a qualitative study. BMC Public Health [Internet]. 2020 [citado 01 Jul 2022]; 20, 860. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08926-9

47. Hone T, Palladino R, Filippidis F. Association of searching for health-related information online with self-rated health in the European Union. Eur J Public Health [Internet]. 2016 [citado 01 Jul 2022]; 26 (5): 748-753. doi: 10.1093/eurpub/ckw022.

48. Lu X. The Effects of Patient Health Information Seeking in Online Health Communities on Patient Compliance in China: Social Perspective. J Med Internet Res [Internet]. 2023 [citado 07 Ene 2023]; 25: e38848. doi: 10.2196/38848.

49. Nelakurthi A, Pinto A, Cook C, Jones L, Boyle M, et al. Should patients with diabetes be encouraged to integrate social media into their care plan?.

Future Sci OA [Internet]. 2018 [citado 01 Jul 2022]; 4 (7): FSO323. doi: 10.4155/fsoa-2018-0021.

50. Nielsen S, Nordestgaard B. Negative statin-related news stories decrease statin persistence and increase myocardial infarction and cardiovascular mortality: a nationwide prospective cohort study. Eur Heart J [Internet]. 2016 [citado 01 Jul 2022]; 37 (11): 908-916. doi: 10.1093/eurheartj/ehv641.

51. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudios más frecuentes utilizados en investigación clínica [Internet]. Temuco: Revista Médica Clínica Las Condes. 2019 [citado 10 Oct 2023]; 30 (1): 36-49. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-metodologia-tipos-disenos-estudio-mas-S0716864019300057

52. 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 [Internet]. Concepción: Rev. perú. med. exp. salud publica. 2017 [citado 21 Jul 2022]; 34 (2): 245-249. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012&lng=es.

53. Valencia F. Evaluación diagnóstica de 2 instrumentos que miden adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos [Internet]. Concepción: Universidad de Concepción. 2014 [citado 18 Jul 2022]. Disponible en: https://repositorio.udec.cl/items/38f8b253-57dd-4c8f-9d9c-baa0d3412273

54. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica [Internet]. Barcelona: Scielo. 2018 [citado 18 Jul 2022]; 59 (3): 163-172. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf

55. De las Cuevas C, Peñete W. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios [Internet]. Granada: International Journal of Clinical and Health Psychology. 2015 [citado 18 Jul 2022]; 15 (2): 121-129. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/337/33738719005.pdf

56. Rodríguez E. Comités de Evaluación Ética y Científica para la Investigación en Seres Humanos y las Pautas CIOMS 2002 [Internet]. Santiago: Scielo. 2004 [citado 13 Oct 2023]; 10 (1): 37-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005&lng=es

57. Gil D, Flórez M, Díaz L. Factores de la adherencia terapéutica y uso de tecnologías de la información en pacientes hipertensos [Internet]. Bogotá: Hacia promoc. Salud. 2024 [citado 03 Ene 2025]; 29 (1): 30-45. https://doi.org/10.17151/hpsal.2024.29.1.3.

58. Vera P, Mastroianni P, Samaniego L, Lugo G, Maciel O, et al. Evaluación del conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en una unidad de salud de la familia [Internet]. Barcelona: Pharm Care Esp. 2023 [citado 03 Ene 2025]; 25 (4): 7-21. https://dx.doi.org/10.60103/phc.v25i4.815.

59. Angelucci L, Rondón J. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018 [Internet]. Bucaramanga: Médicas UIS. 2021 [citado 03 Ene 2025]; 34 (2): 29-39. https://doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021003.

60. Fonseca I. Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares [Internet]. Santiago: Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2020 [citado 03 Ene 2025]; 20 (2): 133-143. Disponible en: https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/51517

61. Leiva A, Troncoso C, Martínez M, Nazar G, Concha Y, et al. Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI [Internet]. Santiago: Rev. méd. Chile. 2020 [citado 03 Ene 2025]; 148 (6): 799-809. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799.

62. CENDHY. La adherencia a tratamientos con medicamentos es clave para cumplir los objetivos terapéuticos [Internet]. Asunción: Escuela de Medicina UC. 2020 [citado 01 Mar 2025]. Disponible en: https://cendhy.cl/adherencia-tratamientos-medicamentos-clave-objetivos-terapeuticos/

63. Ortega M, Moreno J, Valdivieso S, Cango C, Montoya K, et al. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas terapéuticos [Internet]. Loja: Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2020 [citado 01 Mar 2025]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/adherencia-al-tratamiento-en-enfermedades-cronicas/

64. García E, Doubova S, Sánchez R, Monroy A. Alfabetización en salud y su asociación con el control de hipertensión arterial. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2024 [citado 21 Abr 2025]; 62 (3): e5759 doi: 10.5281/zenodo.10998845

65. García C, Landeros M, Gollner R, Solano G, Alvarado L, et al. Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial - contribución de enfermería [Internet]. Bucaramanga: Rev Cuid. 2012 [citado 15 Feb 2025]; 3 (1): 280-286. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.22.

66. Jiménez L, Siverio D, Chala J, Brito Y, Armada Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo [Internet]. Santa Clara: CorSalud. 2017 [citado 15 Feb 2025]; 9 (1): 10-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702017000100002&lng=es.

67. Guzmán G, Arce A, Saavedra H, Rojas M, Solarte J, et al. Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Cali: Rev ALAD. 2018 [citado 15 Feb 2025]; 8: 35-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323594344

68. Luo A, Yu Z, Liu F, Xie W. The Chain Mediating Effect of the Public's Online Health Information-Seeking Behavior on Doctor-Patient Interaction. Front

Public Health [Internet]. 2022 [citado 15 Feb 2025]; 10: 874495. doi: 10.3389/fpubh.2022.874495.

69. Lim H, Wong S, Yip K, Chang F, Chin A, et al. Online health information-seeking behaviour of patients attending a primary care clinic in Malaysia: a cross-sectional study. Fam Pract [Internet]. 2022 [citado 15 Feb 2025]; 39 (1): 38-45. doi: 10.1093/fampra/cmab099.

70. Wong D, Cheung M. Online Health Information Seeking and eHealth Literacy Among Patients Attending a Primary Care Clinic in Hong Kong: A Cross-Sectional Survey. J Med Internet Res [Internet]. 2019 [citado 15 Feb 2025]; 21 (3): e10831. doi: 10.2196/10831.

71. Abrar E, Yusuf S, Sjattar E, Rachmawaty R. Desarrollo y evaluación de videos educativos sobre cuidado del pie diabético en idiomas tradicionales para mejorar el conocimiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes y el riesgo de úlceras del pie diabético [Internet]. Makassar: Atención primaria en diabetes. 2020 [citado 15 Feb 2025]; 14 (2): 104-110. doi: 10.1016/j.pcd.2019.06.005

72. Murillo N. Automedicación y polimedicación en personas mayores de 50 años que asisten a farmacia privada en la ciudad de Catacamas, Olancho, Honduras, diciembre 2019 a enero 2020 [Internet]. Ocotal: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2020 [citado 15 Feb 2025]. Disponible en: https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/19025/1/t1197.pdf

73. Lim H, Ng C, Abdullah A, Danee M, Raubenheimer J, Dunn A. Online health information behaviour and its association with statin adherence in patients with high cardiovascular risk: A prospective cohort study. Digit Health [Internet]. 2024 [citado 15 Feb 2025]; 10: 20552076241241250. doi: 10.1177/20552076241241250.

74. National Institute on Drug Abuse. ¿Cómo se puede evitar el uso indebido de medicamentos recetados? [Internet]. Washington D.C: National Institute on Drug Abuse. 2023 [citado 15 Feb 2025]. Disponible en: https://nida.nih.gov/es/publicaciones/los-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/como-se-puede-evitar-el-uso-indebido-de-medicamentos-recetados

75. Guarda P, Muñoz M, Cortinez A, Aguilar N, Vargas R. Beneficios de los espacios verdes y actividad física en el bienestar y salud de las personas [Internet]. Santiago: Rev. méd. Chile. 2022 [citado 15 Feb 2025]; 150 (8): 1095-1107. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000801095.

76. Bravo P, Dois A, Contreras A, Soto G, Mora I. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile [Internet]. Santiago: Rev Panam de Salud Publica. 2018 [citado 15 Feb 2025]; 42: e133. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.133

77. Roy P, Blasco M. Comunicación entre paciente y profesional de la salud: una revisión bibliográfica [Internet]. Madrid: Revista Ocronos. 2024 [citado 15 Feb 2025]; 7 (4): 444. Disponible en: https://revistamedica.com/comunicacion-paciente-profesional-salud/

78. Pisano M, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica [Internet]. Madrid: Elsevier. 2014 [citado 15 Feb 2025]; 24 (1): 59-66. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.10.006

79. Tejada S, Medina D. La automedicación promovida por medios de comunicación, un peligro con consecuencias en tiempos de crisis de salud pública por la COVID-19 [Internet]. La Habana: Rev. cuba. inf. cienc. Salud. 2020 [citado 15 Feb 2025]; 31 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132020000300006&lng=es.

80. Ramirez A, Gil A. El papel de los medios de comunicación en la promoción de la salud pública [Internet]. Madrid: Revista Ocronos. 2024 [citado 15 Feb 2025]; 7 (10): 488. Disponible en: https://revistamedica.com/papel-medios-comunicacion-promocion-salud-publica/

81. Letelier A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en servicios de medicina interna [Internet]. Santiago: Universidad de Chile. 2023 [citado 04 Mar 2025]. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/201491/evaluacion-de-la-adherencia-terapeutica-en-pacientes-con-enfermedades-cronicas-hospitalizados.pdf?sequence=1

82. Bello N, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados [Internet]. Chillán:

Gerokomos. 2017 [citado 04 Mar 2025]; 28 (2): 73-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es.

83. Cordero C, Alba C, Muñoz M, Guzmán E, Ramírez N. Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con Diabetes Tipo 2 [Internet]. Villahermosa: Horiz. sanitario. 2022 [citado 04 Mar 2025]; 21 (2): 276-281. https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.3885.

84. Xie Z, Liu K, Or C, Chen J, Yan M, et al. An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. BMC Public Health [Internet]. 2020 [citado 04 Mar 2025]; 20 (1): 1227. doi: 10.1186/s12889-020-09274-4.

85. Ferreira C, Leite I. Epidemiological characteristics and adherence of a cohort of elderly people with HIV/AIDS in the Public Health System. Einstein (Sao Paulo) [Internet]. 2022 [citado 04 Mar 2025]; 20: eAO6474. doi: 10.31744/einstein_journal/2022AO6474.

86. Ann P. Influencia de la edad y la educación en la adherencia al tratamiento [Internet]. Panamá: Academia Panameña de Psicología. 2024 [citado 04 Mar 2025]. Disponible en: https://www.academiapanamenadepsicologia.com/post/influencia-de-la-edad-y-la-educaci%C3%B3n-en-la-adherencia-al-tratamiento

87. Mendoza P. Asociación entre factores cognitivos y demográficos con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, Cerro de Pasco – Perú 2023 [Internet]. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion. 2023 [citado 04 Mar 2025]. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3723

88. Lee Y, Boden B, Jia H, Wilcox A, Bakken S. The Association Between Online Health Information-Seeking Behaviors and Health Behaviors Among Hispanics in New York City: A Community-Based Cross-Sectional Study. J Med Internet Res [Internet]. 2015 [citado 04 Ene 2025]; 17 (11): e261. doi: 10.2196/jmir.4368.

89. DEIS. Controles de Salud Programa Cardiovascular [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud. 2024 [citado 02 Mar 2025]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F09de985b-d8d1-48df-bf54-6635389023b5&sectionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

90. Yoon H, Jang Y, Vaughan P, Garcia M. Older Adults' Internet Use for Health Information: Digital Divide by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. J Appl Gerontol [Internet]. 2020 [citado 02 Mar 2025]; 39 (1): 105-110. doi: 10.1177/0733464818770772.

91. Sinha J, Serin N. Online Health Information Seeking and Preventative Health Actions: Cross-Generational Online Survey Study. J Med Internet Res [Internet]. 2024 [citado 02 Mar 2025]; 11; 26: e48977. doi: 10.2196/48977.

92. Linn AJ, van Weert JCM, Gebeyehu BG, Sanders R, Diviani N, Smit EG, van Dijk L. Patients' Online Information-Seeking Behavior Throughout Treatment: The Impact on Medication Beliefs and Medication Adherence. Health Commun [Internet]. 2019 [citado 09 Mar 2025]; 34 (12): 1461-1468. doi: 10.1080/10410236.2018.1500430.

93. Bazrafshani A, Panahi S, Sharifi H, Merghati-Khoei E. The role of online social networks in improving health literacy and medication adherence among people living with HIV/AIDS in Iran: Development of a conceptual model. PLoS One [Internet]. 2022 [citado 02 Mar 2025]; 17 (6): e0261304. doi: 10.1371/journal.pone.0261304.

94. Chung JE. Social networking in online support groups for health: how online social networking benefits patients. J Health Commun [Internet]. 2014 [citado 11 Mar 2025]; 19 (6): 639-59. doi: 10.1080/10810730.2012.757396.

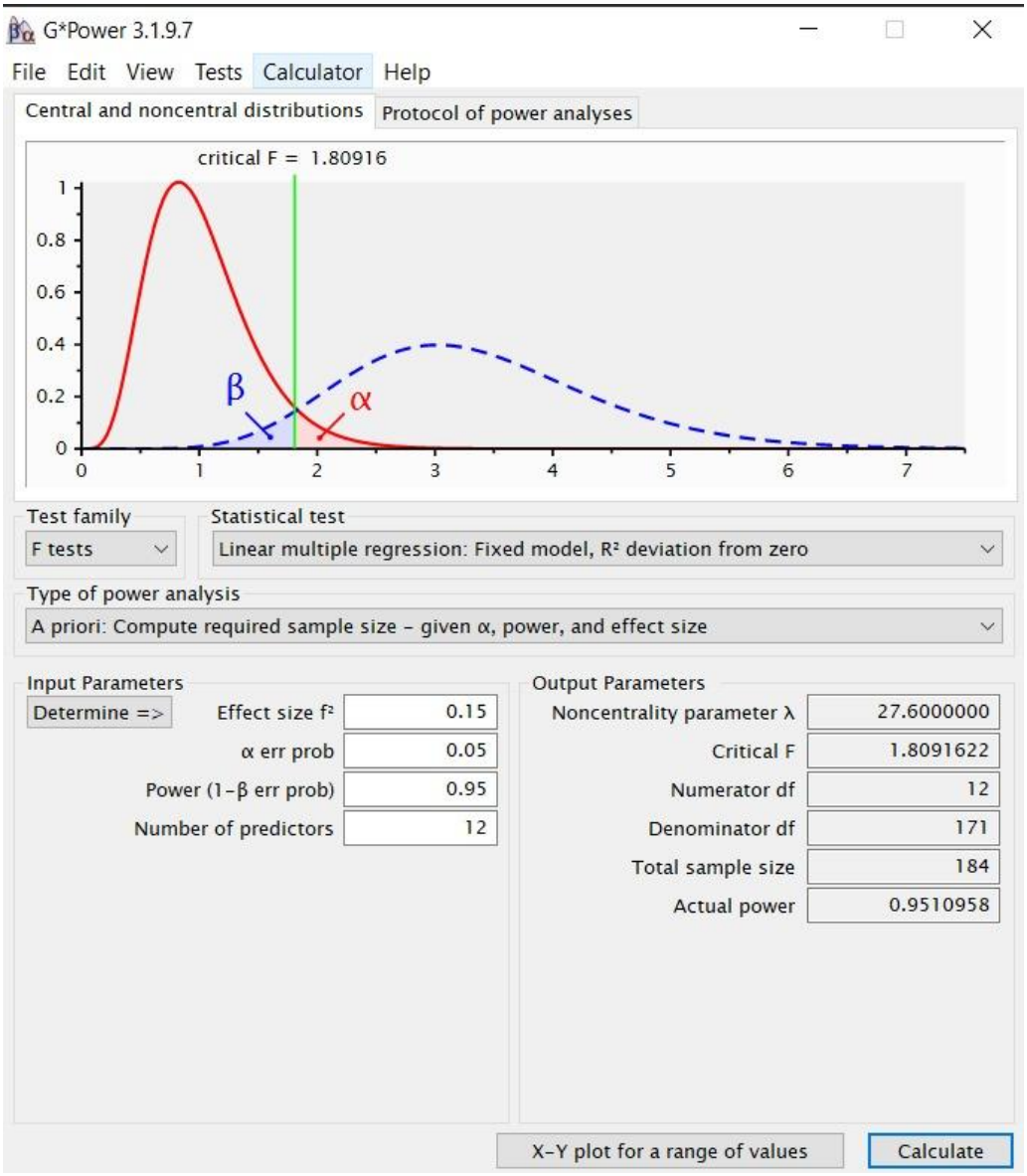
95. Ortiz G, Llanos J, Cuvi E, Villacís W, Alban W, et al. El papel de la Enfermería en el Cuidado de Pacientes con Enfermedades Crónicas: Retos, Estrategias de Manejo y Resultados de Salud [Internet]. Quito: Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023 [citado 09 Mar 2025]; 7 (5): 3438-3459. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.7969

15. ANEXOS

15.1. Anexo 1: Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Grado de adherencia al tratamiento farmacológico (variable cualitativa ordinal)	Grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica	Se medirá a través de la escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems. Que clasifica en: Adherencia alta al tener 8 puntos Adherencia media al tener 6 o 7 puntos Adherencia baja al tener de 0 a 5 puntos
Comportamiento frente a los medios de comunicación digital (variable cualitativa nominal)	Conducta que presenta un individuo frente al conjunto de tecnologías	Se aplicará un cuestionario anónimo de 11 preguntas
Sexo (variable cualitativa nominal)	Condición orgánica, masculina o femenina	Se preguntará si es mujer u hombre
Edad (variable cuantitativa discreta)	Tiempo vivido por una persona expresado en años	Se preguntará el número de años cumplidos
Escolaridad (variable cuantitativa discreta)	Años de estudio aprobados en la enseñanza formal	Se preguntará por los años de estudio aprobados
Ocupación (variable cualitativa nominal)	Oficio o profesión que tiene una persona	Se preguntará por el oficio o profesión
Comorbilidades (variable cualitativa nominal)	Enfermedades diagnosticadas a un individuo	Se preguntará que enfermedades presenta
Tiempo de diagnóstico (variable cuantitativa discreta)	Número de años transcurridos tras la identificación de una enfermedad a partir de los signos y síntomas clínicos	Se preguntará número de años trascurridos desde que fue diagnosticado

15.2. Anexo 2: Cálculo tamaño de muestra


G*Power 3.1.9.7
File Edit View Tests Calculator Help
Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses
critical F = 1.80916
β
α
Test family
F tests
Statistical test
Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero
Type of power analysis
A priori: Compute required sample size – given α, power, and effect size
Input Parameters
Determine =>
Effect size f²
0.15
α err prob
0.05
Power (1–β err prob)
0.95
Number of predictors
12
Output Parameters
Noncentrality parameter λ
27.6000000
Critical F
1.8091622
Numerator df
12
Denominator df
171
Total sample size
184
Actual power
0.9510958
X-Y plot for a range of values
Calculate

15.3. Anexo 3.1: Cuestionario de características biosociodemográficas

P.1 Sexo	Hombre Mujer	1 2
P.2 Edad	_____ años cumplidos	
P.3 ¿Cuál fue el último nivel de escolaridad que usted cursó y aprobó?	Sin escolaridad (no lee ni escribe) Sin escolaridad (lee y escribe) Educación básica incompleta Educación básica completa Educación media incompleta Educación media completa Instituto técnico-profesional incompleta Instituto técnico-profesional completa Universitaria incompleta Universitaria completa Universitaria de postgrado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
P.4 ¿Cuál es su situación ocupacional actual?	Independiente/cuenta propia Rentista Asalariado en empresa pública Fuerzas armadas y de orden Asalariado en empresa privada Servicio doméstico Temporalmente cesante No trabaja remuneradamente	1 2 3 4 5 6 7 8
P.5 ¿Qué tipo de trabajo hace usted?		
P.6 ¿Qué enfermedad/es tiene diagnosticada/s?		
P.7 ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con su/s enfermedad/es?		

15.4. Anexo 3.2: Escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems (MMAS-8)

MMAS-8

Usted indicó que está tomando medicamentos para (identifique su problema de salud, como "presión arterial alta"). Ciertas personas han identificado varios problemas relacionados con su hábito a la hora de tomar medicamentos y deseamos conocer las experiencias que ha tenido al respecto. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Conteste cada pregunta según su experiencia personal con sus medicamentos para [problema de salud].		
	Sí	**No**
1. ¿Se olvida a veces de tomar sus medicamentos?		
2. A veces, las personas omiten la toma de sus medicamentos por razones distintas al olvido. Pensando en las dos últimas semanas, ¿hubo algún día en que no tomó sus medicamentos?		
3. ¿Alguna vez ha reducido o dejado de tomar sus medicamentos sin decírselo a su médico, porque se sentía peor cuando los tomaba?		
4. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar sus medicamentos?		
5. ¿Tomó sus medicamentos la última vez que debía tomarlos?		
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar sus medicamentos?		
7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se ha sentido molesto por tener que seguir su plan de tratamiento?		

8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para acordarse de tomar todos sus medicamentos?

(Rodee con un círculo su respuesta)

Nunca/rara vez..... **a**

De vez en cuando..... **b**

A veces..... **c**

Habitualmente ..... **d**

Siempre ..... **e**

100 Oceangate, 12th Floor Long Beach, CA 90802
adherence.cc

15.5. Anexo 3.3: Permiso de licencia de la escala Morisky de adherencia a los medicamentos de 8 ítems (MMAS-8)

LETTER OF PERMISSION

Certificate Number: 5584-9901-3206-4148-3257
4-Mar-2025

To Whom It May Concern:

This is to inform you that Yaritza Villar Pilgrin, 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:

"ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT AND DIGITAL MEDIA IN USERS OF THE CARDIOVASCULAR HEALTH PROGRAM."

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

1. **Medina-Rodriguez and Lugo-Bautista. Consistency, Reliability, and Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Mexican Patients with Depressive Disorders and Type 2 Diabetes Mellitus; Revista APM| . Vol. 4, Núm. 2, 2024 doi:10.5281/zenodo.14523508**

2. **Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. Am J Manag Care. 2009 Jan;15(1):59-66. PMID: 19146365; PMCID: PMC2728593.**

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, in the Acknowledgment Section of manuscripts submitted for publication:

©MMAS 2006 used with permission www.adherence.cc

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

Philip Morisky, MBA
Chief Optimus
adherence.
www.adherence.cc
4-Mar-2025

100 Oceangate 12th floor | Long Beach, CA | 90802

15.6. Anexo 3.4: Cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación

1. ¿Alguna vez ha utilizado los medios de comunicación digital para buscar información sobre temas de salud? □ Sí □ No SI SU RESPUESTA ES NO, POR FAVOR PASAR A LA PREGUNTA 11
2. Si ha utilizado los medios de comunicación digital, ¿logro resolver sus dudas sobre salud? □ Sí □ No □ Algunas veces
3. ¿Cuál de estos medios de comunicación digital utiliza? □ Internet □ Redes sociales
4. ¿Cuánto tiempo destina para buscar información en los medios de comunicación digital? □ Menos de 30 minutos □ 30 minutos □ 45 minutos □ 1 hora □ Más de 1 hora
5. ¿Alguna vez la información encontrada en los medios de comunicación digital cambiaron su manera de pensar sobre su salud? □ Sí □ No
6. Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, ¿qué es lo que ha cambiado? □ Estoy más interesado □ Me siento más tranquilo □ Estoy más confundido □ Estoy menos interesado □ Me siento abrumado □ Estoy menos confundido - Otro:
7. ¿Qué cambios a realizado desde que utiliza los medios de comunicación para buscar información sobre salud? Sigo las recomendaciones del equipo de salud □ Mejor que antes □ Peor que antes □ Igual Voy a mis controles □ Mejor que antes □ Peor que antes □ Igual Hago preguntas cuando visito al equipo de salud □ Más que antes □ Menos que antes □ Igual

He ajustado mis medicamentos □ Tomando más □ Tomando menos □ Igual He tomado algún medicamento sin consultarlo con mi médico □ Más que antes □ Menos que antes □ Igual Empecé a comer diferente □ Sí □ No Empecé a hacer ejercicio □ Sí □ No
8. Si he hecho algún cambio ¿se lo he comentado a los profesionales de salud? □ Sí □ No
9. Si la respuesta a la pregunta anterior fue no ¿por qué no? □ Se me olvidó □ No creí que fuera importante □ No creí que estuvieran de acuerdo □ Me pareció que no hubo tiempo para comentárselo - Otro:
10. ¿Cree que los medios de comunicación digital son una buena fuente de información? □ Sí □ No
11. Si no ha utilizado los medios de comunicación para buscar información ¿por qué no lo ha hecho? □ Creo que ya estoy suficientemente informado □ Busco la información en otras fuentes □ No tengo acceso a los medios de comunicación digital □ No me siento cómodo buscando información en los medios de comunicación digital □ No confío en la información que hay en los medios de comunicación digital - Otro:

15.7. Anexo 3.5: Autorización de uso de cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación digital

Gmail **Yaritza Villar <yaritzavillar10@gmail.com>**

Autorización.

Viviana Marín Torres <vvmarin@yahoo.com> 26 de marzo de 2024, 6:31
Para: Yaritza Villar <yaritzavillar10@gmail.com>

Estimada Yaritza,

Si puedes utilizar el cuestionario. Se utilizó como base este otro:

S.A. Iverson, K.B. Howard, B.K. Penney
Impact of internet use on health-related behaviors and the patient-physician relationship: a survey-based study and review
J Am Osteopath Assoc Dic, 108 (2008), pp. 699-711

Recibe un cordial saludo y éxitos en tu tesis.

Un saludo,

Viviana Marín
[El texto citado está oculto]

15.8. Anexo 4.1: Aprobación del Comité Ético Científico. Facultad de Enfermería.

Universidad de Concepción

FACULTAD DE ENFERMERIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Concepción 06 de mayo 2024

Ref: Resolución N°07-24

Yaritza Villar Pilgrin
Investigadora Responsable
Presente.

Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por los académicos Patricia Cid H., Maritza Espinoza V. y Luis Luengo M., en reunión el día 03 de mayo del presente año, ha revisado la segunda versión del proyecto de investigación titulado: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIGITAL EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR".

El proyecto es **Aprobado,** sin embargo, antes de enviarlo a las otras instancias de evaluación ética científica, debe considerar las siguientes recomendaciones menores:

a) Debe referenciar cada tabla en el texto del proyecto.
b) Agregar, a las tablas, el título y la fuente respectiva.
c) Corregir en página 43, primer párrafo, lo referente a: *"firmarán la copia de consentimiento informado"*, debería decir *"firmarán el consentimiento informado con una copia que se entregará al participante"*.
d) Especificar si el instrumento de investigación será autoaplicado o administrado por la investigadora. El término "acompañar" no se clarifica.
e) En página 46, se sugiere para una mejor comprensión, cambiar el tiempo verbal (de futuro a pasado), por ejemplo, en la frase donde dice:

"Cambiar término *"internet" por "medios de comunicación digital"*, se sugiere: "Se cambió el término *"internet" por "medios de comunicación digital"*.

f) En página 50, plan de análisis del objetivo específico 3, insertar lo siguiente: "Se utilizará estadística descriptiva bivariada del grado de adherencia comparando la tendencia central…"

g) En consentimiento de prueba piloto debe mencionar el tiempo que demorará el/la participante en contestar el instrumento.

h) En ambos consentimientos informados incorporar los beneficios para el participante, asimismo, la atención que proporcionará frente a "*la generación de sentimientos o pensamientos negativos*".

En caso de surgir alguna duda, este comité queda a su disposición.

Atentamente,

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Maritza Espinoza V.
Presidenta CEC
Facultad Enfermería

15.9. Anexo 4.2: Aprobación del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría Universidad de Concepción

Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1718-2024

Concepción, junio de 2024.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado y evaluado el **PROYECTO DE TESIS** titulado "**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIGITAL EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR**", presentado por la **SRA. YARITZA ALEJANDRA VILLAR PILGRIN**, en calidad de Investigadora Responsable, alumna regularmente matriculada en el Programa de Magíster en Enfermería, junto a su Profesora Guía, la **DRA. ALIDE ALEJANDRINA SALAZAR MOLINA**, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para investigación que involucra personas.

El objetivo general del Proyecto de Tesis es determinar la relación entre el grado de adherencia al tratamiento y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte, en el primer semestre del año 2024.

El desarrollo de esta investigación se estructura en 04 (cuatro) objetivos específicos, que se describen como: (1) identificar el perfil biosociodemográfico de los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte, en el primer semestre del año 2024; (2) establecer el grado de adherencia al tratamiento y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte, en el primer semestre del año 2024; (3) relacionar el perfil biosociodemográfico y el grado de adherencia al tratamiento en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte, en el primer semestre del año 2024 y (4) relacionar el grado de adherencia al tratamiento y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Lebu Norte, en el primer semestre del año 2024.

El abordaje metodológico de este estudio que es de diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, considera aplicar los siguientes instrumentos: Cuestionario de Características Biosociodemográficas, Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8 ítems y Cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación.

Los criterios de inclusión para definir la muestra de estudio consideran personas adscritas al Programa de Salud Cardiovascular con un mínimo de 6 meses, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y/o dislipidemia, mayor de 18 años, que cuente con terapia farmacológica y acceso a algún medio de comunicación digital.

Los posibles participantes serán definidos mediante un muestreo probabilístico bietapico aleatorio, con información proporcionada por un enfermero a cargo del sector seleccionado, quien revisando si cumple con los criterios de inclusión, los contactará por vía telefónica para explicar el objetivo del estudio. Con aquellos que acepten participar del estudio, la investigadora realizará un segundo contacto para consensuar el día y horario que ellos pueden asistir al CESFAM para detallar los

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile

distintos aspectos que implica su participación, aclarar dudas al respecto y firmar el consentimiento informado, él que deberá ser documentado y regularmente firmado con presencia de ministro de Fé, conforme modelo presentado a este Comité institucional.

El tamaño de la muestra se calculó a través del modelo de regresión lineal múltiple con variable respuesta grado de adherencia al tratamiento y 12 posibles variables predictoras relacionadas al perfil biosociodemográfico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital para detectar un efecto medio 0.15, alfa 0.05 y potencia 0.95. Utilizando el Programa G*Power 3.1.9.7 se obtiene un tamaño de muestra 184 personas.

Para el análisis de los datos se utilizará pruebas estadísticas adecuadas para obtener el resultado que busque dar respuesta a la pregunta planteada, estando todo debidamente indicado en el proyecto.

La custodia de la información y de los resultados de los estudios enmarcados en el Proyecto de Tesis, serán de responsabilidad de la Sra. Yaritza Alejandra Villar Pilgrin.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el proyecto presentado observa los derechos y principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las normas éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución Política de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana", la Ley N° 19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada", la Ley Nº 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos que indica, y Ley Nº 21.369, que Regula el Acoso Sexual, la Violencia y la Discriminación de Género en el ámbito de la Educación Superior. Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y dado que el **PROYECTO DE TESIS** titulado "**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIGITAL EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR**", presentado por la **SRA. YARITZA ALEJANDRA VILLAR PILGRIN**, en calidad de Investigadora Responsable, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación que considera la participación de personas, así como también pautas éticas y bioéticas rectoras de nuestra Institución Universitaria los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (Resolución Exenta Nº 157, de 2013, CONICYT) y las normas relativas adoptadas por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.

DRA. MARÍA ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
Maria Andrea Rodriguez Tastets <andrea@udec.cl>
Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 19.799

15.10. Anexo 4.3: Aprobación del Comité Ético Científico Provincial del Servicio de Salud Arauco

Carta de Observaciones

Lebu,23 de julio de 2024.

Estimado(a) Investigador(a)

Presente:

Mediante la presente, informo a usted que con fecha miércoles, 23 de julio de 2024 se realizó reunión del Comité de evaluación de estudios clínicos, donde se evaluó protocolo N°202401, Titulo "Adherencia al tratamiento y medios de comunicación digital en usuarios del Programa de Salud Cardiovascular".

Este comité emitió las siguientes observaciones, para ser desarrolladas:
1.-Para la realización del estudio, este Comité **requiere** que se solicite previo a la realización de la investigación una nueva solicitud de autorización a la dirección del establecimiento, en la cual se indique claramente un aproximado del tiempo que requerirá el funcionario que contacte al universo de usuarios del estudio vía telefónica. Una vez obtenida la aprobación por parte de la dirección del establecimiento podrá iniciar el estudio.

Dr Felipe Reyes S
Rehabilitador Oral
Salud Pública
17.106.023-6

PRESIDENTE(s) COMITÉ PROVINCIAL ÉTICA
SERVICIO SALUD ARAUCO

Acta de Comité "Evaluación de Estudios Clínicos".

Lebu, 23 de julio de 2024

Resultados

1. Protocolo Nº: 202401
2.- Estudio Clínico: "¿Adherencia al tratamiento y medios de comunicación digital en usuarios del Programa de Salud Cardiovascular".
3.- Fecha de Presentación: 27 de junio de 2024

ACTA:

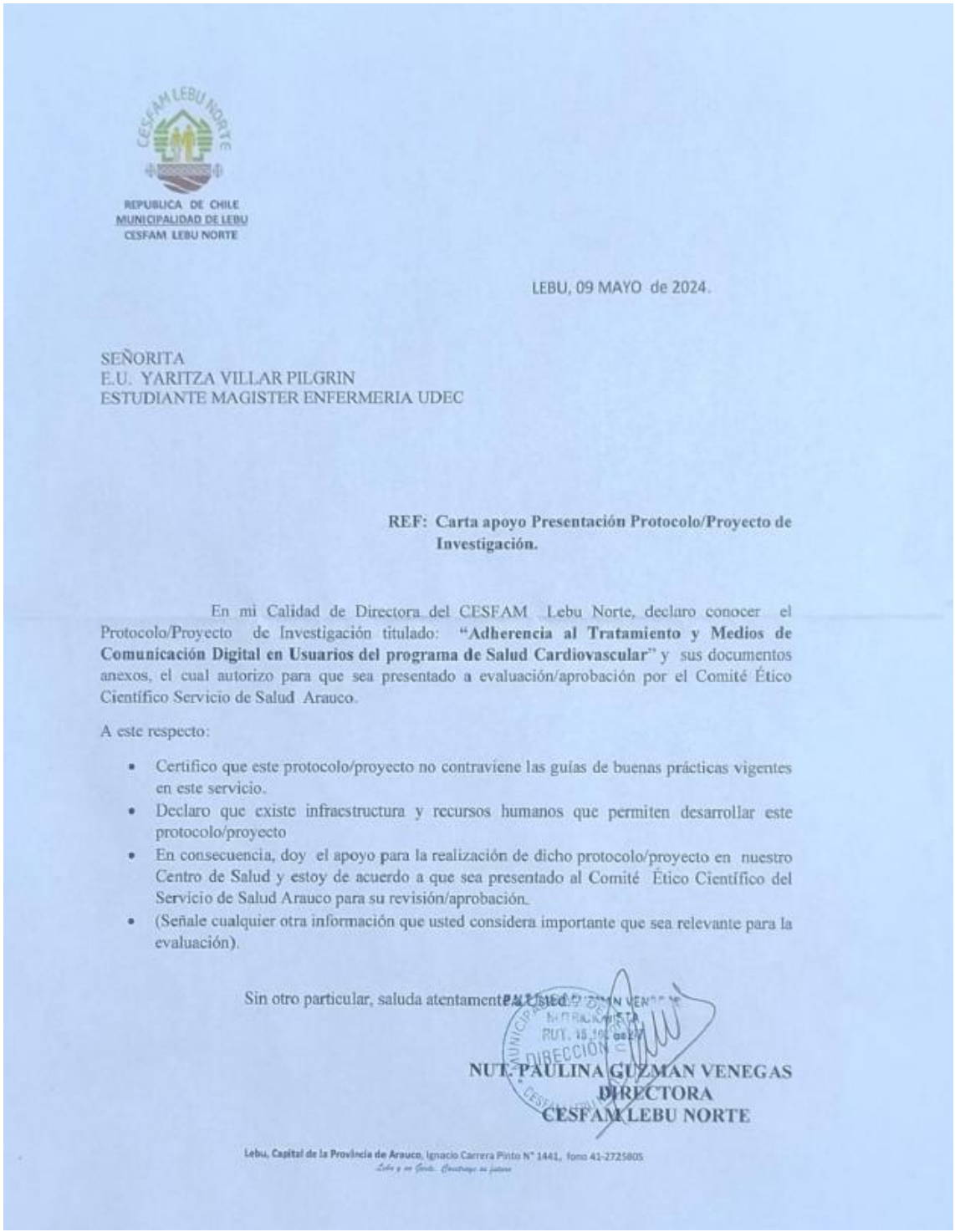
En reunión del Comité de Ética, y analizados los antecedentes del Estudio clínico presentado, se concluye lo siguiente:

Determinación:

APROBADO con Observaciones

PRESIDENTE(s) COMITÉ PROVINCIAL ÉTICA
SERVICIO SALUD ARAUCO

15.11. Anexo 5: Carta apoyo CESFAM Lebu Norte



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE LEBU
CESFAM LEBU NORTE

LEBU, 09 MAYO de 2024.

SEÑORITA
E.U. YARITZA VILLAR PILGRIN
ESTUDIANTE MAGISTER ENFERMERIA UDEC

REF: Carta apoyo Presentación Protocolo/Proyecto de Investigación.

En mi Calidad de Directora del CESFAM Lebu Norte, declaro conocer el Protocolo/Proyecto de Investigación titulado: **"Adherencia al Tratamiento y Medios de Comunicación Digital en Usuarios del programa de Salud Cardiovascular"** y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación/aprobación por el Comité Ético Científico Servicio de Salud Arauco.

A este respecto:

- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Centro de Salud y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Arauco para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considera importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted.

NUT. PAULINA GUZMAN VENEGAS
DIRECTORA
CESFAM LEBU NORTE

Lebu, Capital de la Provincia de Arauco, Ignacio Carrera Pinto N° 1441, fono 41-2725805

15.12. Anexo 6.1: Consentimiento informado de la prueba piloto

Consentimiento informado de la prueba piloto

Folio n°___

El propósito del presente documento es invitarle a participar de la prueba piloto del proyecto de tesis “Adherencia al tratamiento y medios de comunicación digital en usuarios del Programa de Salud Cardiovascular”, cuya investigadora es Yaritza Alejandra Villar Pilgrin.

Para que pueda tomar una decisión informada, le explicaremos los procedimientos involucrados en la investigación, así como en que consistiría su participación.

La prueba piloto se realizará en la ciudad de Lebu, específicamente en el espacio físico designado por el director en el CESFAM Lebu Norte, en el primer semestre del año 2024.

La finalidad es poder evaluar el tiempo destinado en contestar el instrumento recolector de datos e identificar la comprensión y entendimiento del mismo.

Su participación consistirá en que una vez explicados los distintos aspectos relacionados a la prueba piloto y aclarando sus dudas respectivas, se procederá a firmar este documento de consentimiento informado, que autoriza la aplicación del instrumento recolector de datos (una escala y dos cuestionarios), que será administrado por la investigadora en una sola oportunidad, además de la realización de una pregunta para valorar la comprensión, cuya duración aproximada es de 25 minutos. Cabe destacar que en todo este proceso no se hará uso de su nombre, rut o dirección. Por

otra parte, toda la información que usted proporcione para la prueba piloto será de carácter estrictamente confidencial y se utilizará únicamente por el investigador para fines científicos resguardándose por 15 años, no encontrándose disponible para ningún otro propósito, ni persona.

Debe considerar que su participación es absolutamente libre y voluntaria y usted está en plena libertad de negarse y su decisión no afectara de ninguna manera su relación o atención en el CESFAM Lebu Norte.

Por otro lado, es importante que usted sepa que la investigación tiene riesgos mínimos asociados, relacionados con los instrumentos a utilizar, cuya aplicación pudiese generar algún sentimiento o pensamiento negativo, en dicho caso usted tiene todo el derecho de continuar en otro momento la aplicación o cancelar su participación, teniendo disponible el acceso a una intervención en crisis guiada por la investigadora y respecto a la vulneración de datos, la investigadora resguardará la información en su computador personal, en archivo con código de seguridad. En relación a los beneficios estos son proporcionales o exceden la de los riesgos asumidos, debido a que con la información obtenida se podrá desarrollar planes de trabajo que conlleven la ejecución de estrategias que favorezcan un mejor control de su enfermedad y a largo plazo un aumento en su calidad de vida.

Yo_____
(Nombre y apellidos)

Declaro que:

• He leído la información de este documento.

• He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.

• He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:

-Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

-Los beneficios e inconvenientes del estudio.

-Que mi participación es libre y voluntaria.

-El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y el cumplimiento de los procedimientos vigentes.

-Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

Consiento en la participación en el presente estudio

SI ☐

NO ☐

Para dejar constancia de todo ello:

_____	_____	_____
Firma Participante	Ministro de Fe	Firma Investigador

Fecha_____

Si posee dudas con respecto al estudio y su participación, puede comunicarse con:

Investigadora responsable: Yaritza Alejandra Villar Pilgrin

Correo: yvillar@udec.cl Teléfono: +56964118609

También puede comunicarse con el Comité de ético-científico del Servicio de Salud Arauco

Presidente: Felipe Reyes Santana

Dirección: Carrera 302

Correo electrónico: cecp@ssarauco.cl Teléfono: 41 2724337

15.13. Anexo 6.2: Consentimiento informado del estudio

Consentimiento informado del estudio

Folio n°___

El propósito del presente documento es invitarle a participar en el proyecto de tesis “Adherencia al tratamiento y medios de comunicación digital en usuarios del Programa de Salud Cardiovascular”, cuya investigadora es Yaritza Alejandra Villar Pilgrin.

Para que pueda tomar una decisión informada, le explicaremos los procedimientos involucrados en la investigación, así como en que consistiría su participación.

La investigación se realizará en la ciudad de Lebu, específicamente en el espacio físico designado por el director en el CESFAM Lebu Norte, en el primer semestre del año 2024.

Esta investigación permitirá la generación de nuevos conocimientos en torno al fenómeno, elemento fundamental para poder crear y diseñar estrategias de intervención.

La investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el grado de adherencia al tratamiento y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital.

Su participación consistirá en asistir al CEFSAM en el día y horario acordado, en donde se le explicaran los distintos aspectos relacionados a la investigación y se aclararan sus dudas asociadas, para posteriormente firmar este documento de consentimiento informado, que autoriza la

aplicación del instrumento recolector de datos (una escala y dos cuestionarios), que será administrado por la investigadora en una sola oportunidad, cuya duración aproximada es de 25 minutos. Cabe destacar que en todo este proceso no se hará uso de su nombre, rut o dirección. Por otra parte, toda la información que usted proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial y se utilizará únicamente por la investigadora para fines científicos resguardándose por 15 años, no encontrándose disponible para ningún otro propósito, ni persona.

Debe considerar que su participación es absolutamente libre y voluntaria y usted está en plena libertad de negarse y su decisión no afectara de ninguna manera su relación o atención en el CESFAM Lebu Norte.

Por otro lado, es importante que usted sepa que la investigación tiene riesgos mínimos asociados, relacionados con los instrumentos a utilizar, cuya aplicación pudiese generar algún sentimiento o pensamiento negativo, en dicho caso usted tiene todo el derecho de continuar en otro momento la aplicación o cancelar su participación, teniendo disponible el acceso a una intervención en crisis guiada por la investigadora y respecto a la vulneración de datos, la investigadora resguardará la información en su computador personal, en archivo con código de seguridad. En relación a los beneficios estos son proporcionales o exceden la de los riesgos asumidos, debido a que con la información obtenida se podrá desarrollar planes de trabajo que conlleven la ejecución de estrategias que favorezcan un mejor control de su enfermedad y a largo plazo un aumento en su calidad de vida.

Además, en caso que lo requiera, recibirá el reembolso correspondiente al pago de los pasajes ida y regreso para asistir al Centro de Salud a responder los cuestionarios.

Yo_____
(Nombre y apellidos)

Declaro que:

• He leído la información de este documento.

• He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.

• He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:

-Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

-Los beneficios e inconvenientes del estudio.

-Que mi participación es libre y voluntaria.

-El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y el cumplimiento de los procedimientos vigentes.

-Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

Consiento en la participación en el presente estudio

SI ☐

NO ☐

Para dejar constancia de todo ello:

_____	_____	_____
Firma Participante	Ministro de Fe	Firma Investigador

Fecha_____

Si posee dudas con respecto al estudio y su participación, puede comunicarse con:

Investigadora responsable: Yaritza Alejandra Villar Pilgrin

Correo: yvillar@udec.cl Teléfono: +56964118609

También puede comunicarse con el Comité de ético-científico del Servicio de Salud Arauco

Presidente: Felipe Reyes Santana

Dirección: Carrera 302

Correo electrónico: cecp@ssarauco.cl Teléfono: 41 2724337