UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga Valle

Paola Andrea Fontal Vargas

Universidad Nacional de Colombia
Maestría en Enfermería
Posgrados Facultad de Enfermería
Sede Bogotá
2014

Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga Valle

Paola Andrea Fontal Vargas

Tesis para optar el título de
Magister en enfermería con énfasis en el
Cuidado para la salud cardiovascular

Director (a):

Mg. Elizabeth Vargas Rosero

Universidad Nacional de Colombia

Maestría en Enfermería

Posgrados Facultad de Enfermería

Sede Bogotá

2014

Dedicatoria

A Dios por permitirme culminar una etapa más en la vida,
A mi padre Gustavo Fontal q.e.p.d
A mi madre Cecilia Vargas
quienes con su amor y apoyo, me dieron
las bases para el cuidar de los demás,
a mi esposo, por su amor y apoyo en este proceso
a mis hijos quienes son la razón de mi vida
a todos los que me apoyaron en este proceso
gracias…

Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos a las personas e instituciones que colaboraron en esta investigación:

La Universidad Nacional de Colombia por darme las bases para mi estudio.

A la Mg Elizabeth Vargas Rosero quien dirigió mi trabajo y me brindó sus valiosos aportes y necesarios para culminar este proceso.

Al profesor Jorge Humberto Mayorga Álvarez, por sus aportes, experiencia y dedicación durante el proceso de la investigación.

A todos los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, por los conocimientos aportados.

A las directivas del Hospital Divino Niño de Buga, Valle del Cauca, por darme las herramientas y permitir los espacios para realizar esta investigación.

A cada una de las personas que participaron en la investigación por brindarme la confianza para obtener los datos y participar de forma voluntaria en este proceso.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular de la E.S.E Hospital Divino Niño Guadalajara de Buga Valle del Cauca, Colombia.

Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo cuantitativo, realizado con 335 pacientes inscritos en el programa de crónicos. Se aplicó la cuarta versión del instrumento diseñado por Bonilla y de Reales “Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” diseñado por Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales en el año 2006.

Resultados: con respecto al grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los participantes en la investigación se encontró que 76 % de los pacientes se encuentran en situación de ventaja para adherencia, 14 % están en situación de riesgo de adherencia y el 9 % no tienen adherencia.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes están adheridos a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo cual se respalda con los hallazgos individuales por dimensiones relacionados con la disponibilidad de recursos económicos para la satisfacción de necesidades básicas. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar los procesos de atención a los pacientes inscritos en los programas de crónicos y mejorar la adherencia a enfermedades crónicas.

Palabras claves: adherencia, factores que influyen en la adherencia, riesgo cardiovascular, factores de riesgo, grado de adherencia.

Abstract

The objective of this research was to determine the degree of adherence to drug therapy and non-drug in people with cardiovascular risk factors of the E.S.E Hospital divine child Guadalajara de Buga Valle del Cauca, Colombia.

Methodology: This study was quantitative descriptive, with 335 patients enrolled in the program of chronic. The instrument applied the fourth version of the instrument designed by Bonilla and real “to assess the factors that influence in adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in patients with risk factors for cardiovascular disease” designed by Claudia Bonilla and Edilma Gutiérrez de Reales in 2006.

Results: regarding the degree of adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment of participants in the research found that 76% of the patients are in situation of advantage for adhesion, 14% are at risk of adhesion and 9% have no grip.

Conclusions: the majority of patients are attached to the pharmacological and non-pharmacological treatments, which keeps consistent with individual findings by dimensions related to the availability of financial resources for basic needs satisfaction. These findings suggest the need to improve the processes of care to patients enrolled in the programs of chronic and improved adherence to chronic diseases.

Key words: adhesion, factors that influence adhesion, cardiovascular risk, risk factors, degree of adhesion.

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IX**

Lista de figuras ..... **XIII**

Lista de tablas ..... **XV**

Lista de anexos ..... **XVII**

Introducción **1**

1. Marco de referencia **5**
1.1 Descripción del área problema 5
1.2 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 14
1.3 Justificación 14
1.4 Objetivos 18
1.4.1 Objetivo general 18
1.4.2 Objetivos específicos 19
1.5 Definición de conceptos 19
1.5.1 Adherencia 19
1.5.2 Factores que influyen en la adherencia 19
1.5.3 Adherencia al tratamiento farmacológico 20
1.5.4 Adherencia al tratamiento no farmacológico 20
1.5.5 Paciente con factor de riesgo cardiovascular 20
1.5.6 Reseña histórica del Hospital Divino Niño 21

2. Marco teórico **23**
2.1 Modelo de Autocuidado de Orem 23
2.2 ADHERENCIA 27
2.3 Factores que influyen la adherencia 28
2.3.1 Factores sociales y económicos 28
2.3.2 Factores relacionados con el proveedor: sistemas y equipo de salud 29
2.3.3 Factores relacionados con la terapia y/o tratamiento 30
2.3.4 Factores relacionados con el paciente 31

3. Marco de diseño **33**
3.1 Tipo de Estudio: 33
3.2 Área de Estudio 34
3.3 Riesgo del Diseño 34
3.4 Universo 35
3.5 Población 35

3.6 Muestra y muestreo....35
3.6.1 Cálculo del tamaño de la muestra....35
3.6.2 Prueba piloto....36
3.6.3 Selección de la Muestra....37
3.7 Criterios de Inclusión....37
3.8 Criterios de Exclusión....38
3.9 Fuente de Información....38
3.10 Materiales y Métodos....38
3.10.1 Instrumento....38
3.11 Recolección de Datos....42
3.11.1 Procedimiento para la investigación....42
3.11.2 Procedimiento para procesar y analizar la información....43
3.11.3 Limitantes del Estudio....43
3.12 Aspectos Éticos....44
3.13 Difusión y publicación....45

4. Análisis y discusión de los resultados....47
4.1 Descripción sociodemográfica de la muestra....48
4.2 Grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los participantes....52
4.3 Análisis de las dimensiones en términos de los factores sociodemográficos y de riesgo cardiovascular....53
4.3.1 Dimensión I: Factores socioeconómicos....53
4.3.2 Dimensión II: Factores relacionados con el proveedor: Sistemas y equipos de salud....57
4.3.3 Dimensión III: Factores relacionados con la terapia....60
4.3.4 Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente....63
4.4 Grado de adherencia....66
4.4.1 Situación de ventaja para adherencia....69
4.4.2 Situación de riesgo no adherencia....71
4.4.3 Situación de condiciones de no adherencia....74

5. Conclusiones y recomendaciones....79
5.1 Conclusiones....79
5.2 Recomendaciones....82

Anexos....85

Bibliografía....115

Lista de gráficas

Pág.

Gráfica 1 Resumen estadístico gráfico de cada una de las dimensiones estandarizadas.65

Gráfica 2 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación a la ocupación. 66

Gráfica 3 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al estrato socioeconómico. 54

Gráfica 4 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al nivel educativo. 67

Gráfica 5 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al estado civil. 55

Gráfica 6 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al número de factores de riesgo cardiovascular. 56

Gráfica 7 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y ocupación. 57

Gráfica 8 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y estrato socioeconómico. 57

Gráfica 9 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y nivel educativo. 58

Gráfica 10 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y estado civil. 59

Gráfica 11 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y riesgo cardiovascular. 59

Gráfica 12 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y ocupación. 60

Gráfica 13 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y estrato socioeconómico. 61

Gráfica 14 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y nivel educativo. 75

Gráfica 15 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y estado civil. 76

Gráfica 16 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y riesgo cardiovascular. 77

Gráfica 17 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y ocupación. 78

Gráfica 18 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y estrato socioeconómico. 78

Gráfica 19 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y nivel educativo. 79

Gráfica 20 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y estado civil. 79

Gráfica 21 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y riesgo cardiovascular. 80

Gráfica 22 Análisis del grado de adherencia. 82

Gráfica 23 Resumen estadístico gráfico de la Situación de Ventaja para Adherencia. 84

Gráfica 24 Resumen estadístico gráfico de la situación de riesgo de Adherencia. 71

Gráfica 25 Resumen estadístico gráfico de Condiciones de No Adherencia 87

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1 Factores del Instrumento 41

Tabla 2 Situación de Adherencia 41

Tabla 3 Dimensiones del Instrumento 41

Tabla 4 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según edad..... 48

Tabla 5 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según género. 49

Tabla 6 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según ocupación. 49

Tabla 7 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según nivel educativo. 50

Tabla 8 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según estrato socioeconómico..... 50

Tabla 9 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según estado civil 51

Tabla 10 Resumen estadístico básico de cada una de las dimensiones estandarizadas.53

Tabla 11 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según grado de Adherencia. 66

Tabla 12 Promedio de las Dimensiones por Situación de Adherencia. 68

Tabla 13 Resumen estadístico de pacientes en Situación de Ventaja de Adherencia. ... 70

Tabla 14 Resumen estadístico según dimensiones de la Situación de Ventaja para Adherencia. 70

Tabla 15 Resumen estadístico de Riesgos de no Adherencia relacionados con el paciente..... 72

Tabla 16. Resumen estadístico según dimensiones de la Situación de Riesgo para No Adherencia..... 73

Tabla 17 Resumen estadístico de Condiciones de No Adherencia relacionados con el paciente. 74

Tabla 18. Resumen estadístico según dimensiones de Condiciones de No Adherencia. 75

Lista de anexos

Pág.

A. ANEXO: Formato de consentimiento informado.....110

B. ANEXO: Instrumento para evaluar los factores que influyen en el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Cuarta versión 111

C. ANEXO: Autorización de la institución para realizar la investigación.....113

D. ANEXO Descripcion Dimensión I: aspectos socioeconómicos y ocupación 114

E. ANEXO: Descripción Dimensión I aspectos socioeconómicos y estrato socioeconómico.....115

F. ANEXO: Descripción Dimensión I: aspectos socioeconómicos y nivel educativo 116

G. ANEXO: Descripción Dimensión I: aspectos socioeconómicos y estado civil.....117

H. ANEXO: Descripción Dimensión I: aspectos socioeconómicos y factores de riesgo cardiovascular 118

I. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores socioeconómicos119

J. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores relacionados con el proveedor. 120

K. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores relacionados con la terapia. 121

L. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores relacionados con el paciente.....98

M. ANEXO: Grado de adherencia de los pacientes en situación de ventaja para adherencia 993

N. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y estrato socioeconómico1004

O. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y nivel educativo 101

P. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y estado civil 102

Q. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y riesgo cardiovascular 103

R. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y ocupación..... 104

S. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y estrato socioeconómico 105

T. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y nivel educativo..... 106

U. ANEXO Situación de riesgo de no adherencia y estado civil 107

V. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y factores de riesgo cardiovascular .. 108

W: ANEXO: Situación de no adherencia y ocupación 109

X. ANEXO: Situación de no adherencia y estrato socioeconómico 110

Y. ANEXO: Situación de no adherencia y nivel educativo 111

Z. ANEXO: Situación de no adherencia y estado civil 112

AA. ANEXO: Situación de no adherencia y riesgo cardiovascular..... 113

Introducción

En el mundo las enfermedades cardiovasculares son consideradas como la primera causa de mortalidad de la población en general. Cada año mueren más personas por Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) que por cualquier otra causa[1]. La incidencia de enfermedades crónicas genera discapacidad, y tiene repercusiones sobre el área a nivel personal y social.

Es de anotar que, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal de las defunciones en la Región de Américas. En el año 2007, las ECV fueron responsables de casi 1,6 millones de muertes y el 30% de éstas muertes se produjeron prematuramente en las edades de 30 a 69 años[2]. Además, la distribución porcentual de las muertes por ECV han sido dominadas por las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, seguidos por la insuficiencia cardiaca y las enfermedades hipertensivas[3].

De igual modo, se considera que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en países industrializados y en los países en vía de desarrollo. Dentro de estas patologías, la enfermedad coronaria es la manifestación más prevalente y se asocia con alta mortalidad y morbilidad. Las presentaciones clínicas de la enfermedad coronaria isquémica incluyen, isquemia silente, angina de pecho estable, falla cardiaca, angina inestable, infarto agudo de miocardio y muerte súbita[4].

---

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. [online]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html

[2] Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. [online]. Disponible en: http://www.paho.org/hipertension/?page_id=298

[3] Ibíd.

[4] Guías colombianas de cardiología. Síndrome coronario agudo con elevación del ST (Infarto Agudo del Miocardio con elevación del ST). Revista Colombiana de Cardiología. Febrero del 2010. Vol.17 supl. .[online]. Disponible en: <www.scc.org.co>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 82 % se producen en países de ingresos bajos y medios[5]. Pero la cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infecciones respiratorias bajas se han mantenido como los principales asesinos durante la última década. Sin embargo, las enfermedades crónicas causan un número creciente de muertes en todo el mundo; la diabetes había causado 1,5 millones (2,7%) de muertes en el año 2012 y hasta un millón de defunciones en el año[6].

Es de anotar, que las ECV pueden evitarse si se modifican factores de riesgo como la obesidad, el colesterol alto, el sedentarismo, tabaquismo y patologías de base como la hipertensión, que ha sido considerada como uno de los factores que desencadenan el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Además, entre el año 2006 y el 2015, se prevé que las muertes debidas a enfermedades no trasmisibles (la mitad se deberá a enfermedades cardiovasculares) aumentarán un 17% y la mitad de la carga de morbilidad en los países de ingresos bajos y medianos se debe ya a las enfermedades no trasmisibles.[7] Según, los estudios epidemiológicos muestran que para 2020 la enfermedad cardiovascular será responsable de 25 millones de muertes al año; es decir 36 %, y por primera vez en la historia será la causa más común de muerte[8].

En Colombia según cifras del DANE para el año 2012, la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes fue de 58.85%[9].

---

[5] Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. [online]. Op. cit.

[6] Global Health Observatory (GHO). 2014. Disponible en: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/#.

[7] World Health Organization. Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Directrices para la evaluación y manejo del riesgo cardiovascular. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13815&Itemid.Año, 2007.

[8] Guías colombianas de Cardiología. Óp. Cit. p.123.

[9] DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de la población 2006-2020. Así vamos en salud. Indicadores Estado de salud. 2013. [online]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/

Es de anotar que en Colombia las enfermedades crónicas van en aumento, lo cual se convierte en un desafío para el presente siglo. Según el informe de la OMS[10], se estima que la carga mundial de las enfermedades no trasmisibles va aumentando día a día, entre ellas las enfermedades cardiovasculares y otras que causaron más de 35 millones de muertes durante el 2005 y en personas menores de 70 años. Según datos del Observatorio Regional de OMS/OPS, para el año 2008, el 14.64% de las muertes son causadas por enfermedades isquémicas del corazón, siendo la principal causa de mortalidad en el país[11].

Además, la ECV es la principal causa de muerte en Colombia y en gran parte del mundo. El envejecimiento de la población, la epidemia de la obesidad, la falta de implementación de las estrategias de promoción y prevención, el control en los factores de riesgo, la falta de conciencia del usuario o personal de salud pueden empeorar la situación. Por esta razón, es fundamental mejorar la adherencia a las guías de prevención y tratamiento de la enfermedad coronaria tanto a nivel clínico como comunitario[12].

Sin embargo, los profesionales de la salud deben tomar decisiones frente a ésta problemática. Además, falta fortalecer el tratamiento de patologías cardiovasculares y evitar en parte las complicaciones que esto genera, es importante tomar decisiones al respecto, siendo las ECV un problema de salud pública. Así, las enfermeras pueden contribuir de manera positiva y efectiva, con los pacientes y mejorar en parte su calidad de vida.

Al respecto cabe resaltar el trabajo que viene realizando la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá a través del grupo de Cuidado de la Salud Cardiovascular, además, el presente estudio hace parte de la línea de investigación del Autocuidado de la Salud Cardiovascular de la Facultad de Enfermería, y con el desarrollo de este proyecto

[10] Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. [online]. Disponible en: www.oms.gov.co

[11] Organización Mundial de la salud (OMS). 2014. [online]. Disponible en: http://ais.paho.org/phip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp

[12] Guías colombianas de Cardiología Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST (Infarto agudo de miocardio con elevación del ST). Revista colombiana de Cardiología. Volumen 17 suplemento 3. p. 20. (consultado febrero 2011). [online]: Disponible en www.scc.org.co

se aporta al conocimiento disciplinar y tratar de dar respuesta a la falta de adherencia a patologías crónicas.

En la presente investigación se tuvo en cuenta supuestos planteados en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem. Donde se puede ver a la luz de la teoría la capacidad de acciones que tienen los pacientes para adherirse a su régimen terapéutico.

Para esta investigación se utilizó el instrumento de las enfermeras Edilma Gutiérrez de Reales y Claudia Bonilla, creado en el año 2006 para conocer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, se empleó en el presente estudio la cuarta versión de la enfermera Consuelo Ortíz, que ha sido utilizado en varias regiones del país; al cual le han realizado pruebas psicométricas, esto denota que es un instrumento válido y confiable utilizado por varios autores.

1. Marco de referencia

Éste capítulo presenta aspectos de la descripción del área problema, justificación, formulación del problema, objetivo general y objetivos específicos.

1.1 Descripción del área problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de defunción en todo el mundo. Cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa. Se calcula que en el año 2008 murieron 17,3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo que representa el 30% de las defunciones registradas en el mundo. Donde 7.3 millones se debieron a cardiopatías coronarias, y 6,2 millones a accidentes cerebrovasculares. Hacía al año 2030 se prevé que casi 23.6 millones de personas fallecerán por la misma causa[13].

Es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, constituye la primera causa de mortalidad al ocasionar 17 millones de muertes al año. La ECV es responsable de 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebro-vasculares, de los cuales 40-70 % son fatales en países desarrollados[14].

Según la OMS el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres. La amenaza es cada vez mayor: el número de personas, familias y

---

[13] Organización Mundial de la Salud OMS. [online]. 2014. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

[14] DIAZ-REALPE, Jesús E.; MUÑOZ-MARTÍNEZ, Juliana and SIERRA-TORRES, Carlos H. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. *Rev. salud pública* [online]. 2007, vol.9, n.1 [cited 2011-04-26], pp. 64-75.

comunidades afectadas está aumentado. Esta amenaza creciente constituye una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico de países[15].

De igual manera, en Europa las Enfermedades Cardiovasculares producen 4.3 millones de fallecimientos en personas mayores de 65 años y la prevalencia de estas enfermedades aumenta de forma considerable[16].

Es de anotar, que en Estados Unidos, 60 millones de personas padecen ECV y el 42 % de la población muere cada año; lo cierto es que según proyecciones realizadas hacia el año 2020, ésta patología va a ser responsable de más de 25 millones de muertes cada año y en más del 30 % de la población, la causa de muerte se presentará por el desarrollo de enfermedades de origen cardiovascular[17].

Por otro lado, se dice que en la mayoría de países de América Latina las personas con problemas cardiovasculares, ocupan los primeros lugares[18]. A pesar de éste panorama, el personal de enfermería debe participar de forma activa para fortalecer todo tipo de intervenciones terapéuticas que ayuden a modificar el estilo de vida de los pacientes y mejorar el nivel de adherencia de patologías crónicas.

También, se han realizado proyecciones sobre las cuatro causas principales de muerte a escala mundial en 2030[19], indican que serán en su orden: la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular (ECV), el VIH/SIDA y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

---

[15] Organización Mundial de la Salud, OMS. Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital: 2014. [online].En: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/

[16] Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2014. [online]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/Factsheets/Fr317/es/index.html.

[17] DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de la población. 2006-2020. [online]. Disponible en: www.dane.gov.co

[18] COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2007. [online]. (consultado febrero 2011). Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3

[19] Guías colombianas de Cardiología. Op. cit. p. 123.

De acuerdo con las estadísticas publicadas por el Ministerio de Protección Social en el informe sobre la Situación de Salud en Colombia – Indicadores de salud 2007, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años, superando incluso las muertes violentas o los cánceres. La tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad fue de 107,3 por 100.000 habitantes en personas de 45 a 64 años, y de 867,1 por 100.000 habitantes para personas de 65 o más años[20].

Según el DANE, para el año 2009, entre las cinco primeras causas de mortalidad en Colombia, predominó en primer lugar la enfermedad isquémica del corazón con (28650 casos), seguido de agresiones y en tercer lugar se halló la enfermedad cerebrovascular con (14.555 casos)[21].

Por otro lado, en el Departamento del Valle del Cauca, se encontró un crecimiento poblacional de 1.04, y la tasa bruta de mortalidad de 6.63 por mil habitantes[22], en Cali, la tasa de mortalidad general fue de 5.46 por 100.000 habitantes. Las muertes por causas relacionadas con enfermedades crónicas constituyeron el 49.7% del total, entre las primeras causas se encontró los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad hipertensiva[23]. De igual modo, en el año 2008, murieron 633 mujeres por infarto agudo al miocardio, lo que representó una tasa de 27 por cada cien mil habitantes y es la primera causa de

muerte entre éste género en el Valle del Cauca[24].

---

[20] Guías colombianas de Cardiología. Op. cit. p.127.

[21] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín del Observatorio en Salud. Vol. 3; núm. 4; 2010. p. 3.

[22] Indicadores Básicos 2009. Situación de Salud en Colombia. OPS. Minprotección. INS. 2011).

[23] Ibíd.

[24] FUNDESALUD. CEDETES. Universidad del Valle. Propuestas para el control y prevención en Enfermedades Crónicas no trasmisibles. Curso de Salud pública basado en la Evidencia. 2009. OPS. OMS. [online]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/curso_spbe_FundeSalud_sintesis_casos.pdf

Según el Plan Local de Salud de Buga[25], la tasa de mortalidad general del municipio fue de 5.14 por 1000 habitantes. Además, la mortalidad general está determinada, especialmente por enfermedades crónicas (cardiovasculares, Enfermedad pulmonar obstructiva, cáncer) y por lesiones traumáticas como (agresiones externas o autoinfligidas, accidentes de tránsito). Para la población mayor de 45 años las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos de miocardio), metabólicas (diabetes), crónicas respiratorias (EPOC) y neoplasias ocupan las principales y más frecuentes causas de muerte.

Después de revisar todo este panorama de la incidencia de patologías cardiovasculares y ver cómo influye de manera directa sobre los aspectos sociales, económicos, emocionales y la calidad de atención, se observa las consecuencias de tipo socioeconómico y las complicaciones que esto genera por la prevalencia de las ECV en la población. Es de anotar, que esta nueva información debe tenerse en cuenta en el área de la salud y desarrollar políticas que generen impacto en una población vulnerable y con múltiples factores de riesgo cardiovascular[26].

Es así, como la adherencia a tratamientos farmacológicos se convierte en un fenómeno de estudio de carácter multidimensional, que incluye aspectos sociales, emocionales, económicos, y otros relacionados con la calidad de atención en salud[27]. Además, la falta de adherencia tiene repercusiones económicas[28]. Hay que desarrollar programas educativos tendientes al mejoramiento de la adherencia y grado de dificultad específica que enfrenta el grupo al que van dirigidos[29]. Desde un enfoque biopsicosocial se deben proponer estrategias culturalmente adaptadas que permitan el mejoramiento de los

[25] MUNICIPIO GUADALAJARA DE BUGA. Plan Local de Salud. 2008-2011. p. 27. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/planes_territoriales_salud/plan_territorial_de_salud_2012_2015_buga.pdf

[26] DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de la población 2006-2020. [online]. Disponible en: www.dane.gov.co/files/investigaciones/población/proyepobla06_20/7proyecciones_pob.pdf

[27] ALAYON, Alicia N. et al. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos. Cartagena de Indias. Colombia. Revista de Salud Pública. Vol. 10, num. 5, diciembre, 2008. Pp. 777-787 (Pag. 779). Universidad Nacional de Colombia.

[28] ALAYON, Alicia N. et al. p. 779

[29] Ibíd., p. 779.

programas que se imparten[30]. Es necesario fortalecer los pilares no farmacológicos[31] y realizar refuerzos específicos desde los programas educativos.

También, es importante realizar estudios regionales que permitan extraer conclusiones con mayor poder de generalización y complementar la mirada psicosocial, para realizar intervenciones mejor adaptadas a las características del grupo al que van dirigidas[32]. Hay que tomar conciencia de que los perfiles de morbimortalidad del futuro dependerán, en gran medida, de las acciones que se tomen en el presente[33].

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario realizar investigaciones y proponer alguna salida a la problemática actual de la salud; esto altera de manera significativa los años útiles de su vida y afecta las condiciones socioeconómicas de la población en general. Además, es importante efectuar actividades que fortalezcan el autocuidado individual, familiar y colectivo de una población en riesgo, y que adquiera una conducta de buena salud para que mejore la adherencia a los tratamientos, esto contribuye a modificar su comportamiento y evita, en un futuro el desarrollo de complicaciones.
Existen muchos factores que permiten que una persona tenga algún grado de adherencia y específicamente en pacientes con patología crónica; entre ellos, se encuentra el grado de satisfacción personal que siente un paciente al ser atendido, la empatía que tiene con los profesionales de la salud y el número de medicamentos formulados, estas condiciones permiten que se adhiera fácilmente al régimen terapéutico ordenado; entre otras causas. Además, hay dificultades que se pueden presentar en los pacientes, no es fácil que una persona tome conciencia del estilo de vida que lleva y adoptar comportamientos saludables que mejoren su calidad de vida.

Además, la falta de adherencia al tratamiento de patologías crónicas, como un factor de riesgo para el tratamiento efectivo de las ECV, debe ser revisado periódicamente por

---

[30] ALAYON, Alicia N. et al. Op. cit., p. 780.

[31] Ibíd., p. 783.

[32] Ibíd., p. 784.

[33] Ibíd., p. 784.

todo el personal de salud; es importante además fortalecer los conocimientos de los pacientes para lograr modificar su actitud frente al manejo de su enfermedad.

El presente estudio surge ante la necesidad de conocer el grado de Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular; siendo la ECV uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial; éste es un problema grave y, que a su vez se convierte en los principales motivos de hospitalizaciones por complicaciones que lo pueden llevar hasta la muerte. Por eso es necesario realizar estudios sobre adherencia dirigidos a pacientes con patologías crónicas, que le permitan al profesional de enfermería generar estrategias para fortalecer este aspecto.

La OMS[34] refiere que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros que inciden sobre la adherencia a los tratamientos: factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros[35].

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la adherencia tiene efectos positivos sobre la salud y el bienestar. Según un estudio realizado en el año 2007, *"La adherencia a tratamientos farmacológicos es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud de los países con enfermedad cardiovascular"*. Aunado a esto, la inquietud por la tendencia mundial de aumento en la morbimortalidad por esta causa (aproximadamente el 50% de todos los pacientes abandonan sus tratamiento), lleva a reconocer que el problema de la no adherencia requiere un manejo diferente en todos los escenarios de la salud[36].

---

[34] SABATE E. WHO. Adherente Meeting Report. Genove. World Health Organization. 2001.

[35] RODRÍGUEZ A., Alba L., GÓMEZ O., Ana M. Factores influyentes en la adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010 Artículo de investigación.

[36] BONILLA IBÁNEZ, Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo cardiovascular. Av.enferm., XXV (1): 46-55, 2007. p. 47.

Es necesario hacer estudios con otros grupos de adultos mayores y en sitios geográficos diferentes, lo cual permite fortalecer el soporte teórico y conceptual sobre esta temática. Por este motivo en esta investigación se seleccionó como herramienta para recolectar la información y aplicar la cuarta versión del instrumento diseñado por Bonilla y Reales[37], que ha sido validado en varias ciudades de Colombia como Bogotá, Santa Marta, Cartagena[38], Sincelejo[39], Bucaramanga[40] y en Montería[41] en el año 2010, para conocer el grado de adherencia en pacientes con tratamiento farmacológico y no farmacológico y con algún factor de riesgo cardiovascular.

Según Contreras[42], el estudio realizado en la EPS de Sincelejo de Coomeva, reportó que 98 % de los participantes se encontraron sin riesgo de no adherirse al tratamiento y el 2 % en riesgo moderado. Estos datos corresponden al condensado de las cinco dimensiones del instrumento aplicado en el estudio.

En el mismo sentido Herrera[43] en su estudio con pacientes de la Caja Social de Cartagena, encontró que el 83.59 % de los pacientes se encuentra en la categoría sin riesgo de no adherirse y el 16.41% se encuentra en riesgo moderado de no adherirse.

En un estudio realizado por Holguín et al, en Cali en el año 2006: sobre Adherencia en 44 pacientes hipertensos, se encontró que la efectividad de un programa biopsicosocial para

---

[37] BONILLA IBAÑEZ, Claudia. Óp. Cit., p. 70.

[38] HERRERA L., Arleth. Factores que influyen en la Adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo cardiovascular. Av.enferm., XXVI (1):36-42, 2008. Artículo de investigación

[39] CONTRERAS OROZCO, Astrid. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia). 2006. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

[40] RODRÍGUEZ A., Alba Luz., GÓMEZ O., Ana Maritza. Óp. Cit. p. 63-71.

[41] ORTEGA O., Stella Ignacia. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Montería. 2010. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010. p. 22.

[42] CONTRERAS O, Astrid. Óp. Cit. pág. 205. Publicado en Revista Salud Uninorte. Barraquilla (Col) 2010; 26 (2): 201-211.

[43] HERRERA LIAN, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Cartagena. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2007. p. 70

disminuir los niveles de presión arterial y mejorar la adherencia, reportaron que el promedio de pre intervención fue de 110,66 (en una escala entre 0-148), con una desviación estándar de 12.868, mientras que en la pos intervención el promedio aumentó en 14,39 puntos y la desviación estándar disminuyó en 2,787 puntos. Cabe anotar que antes de la intervención se observó que ningún paciente se ubicó en el nivel bajo de adherencia, estaban en un nivel medio y alto; posterior a la intervención los pacientes incrementaron el nivel de adherencia terapéutica[44].

Por su parte Bonilla, dice que: *"El proceso para tratar de clarificar el concepto de adherencia y la construcción del mismo, fue importante para realizar la literatura de campo de la salud, especialmente relacionada con la adherencia a tratamientos farmacológicos, a recomendaciones sobre conductas de salud tanto de prevención primaria como secundaria; literatura proveniente principalmente de medicina, de la psicología y de enfermería"*[45].

Según un estudio realizado por Nogués en el año 2007, dice que es necesario medir la adherencia al tratamiento si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades. La adherencia engloba dos conceptos: cumplimiento de dosis y forma de administración (*compliance* para los anglosajones) y persistencia en la duración del tratamiento prescrito[46].

En el estudio de Herrera[47] en el año 2008: "el 92 % de las personas se encuentra en la categoría de riesgo de no adherirse, es decir, están adheridos a los tratamiento farmacológicos y no farmacológicos, que guarda concordancia con los hallazgos individuales por dimensiones relacionadas con la disponibilidad de recursos económicos

[44] HOLGUÍN L, CORREA D, ARRIVILLAGA M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Pontifica Universidad Javeriana de Cali, octubre-diciembre de 2006; 5(3): 535-547.

[45] BONILLA I., Claudia Patricia. Óp. Cit. p. 46-55.

[46] X. NOGUÉS SOLÁN, M.L. SORLI REDÓ, J. VILLAR GARCÍA. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Pub. AN. MED. INTERNA (Madrid). Vol. 24, Nº. 3, p. 138-141, 2007.

[47] HERRERA L., Arleth. Óp. Cit. p. 36-42, 2008

para la satisfacción de las necesidades básicas, de redes de apoyo familiar, el contar siempre con un sistema y equipo de salud organizado que responde a las inquietudes y consecución del tratamiento".

Por su parte Rodríguez y Gómez[48] analizaron los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Bucaramanga en el año 2008, y encontraron que el 80.8 % de las personas presentan alto riesgo de no adherirse, el 12.8 % con ventajas y 6.4 % no muestra adherencia a los tratamientos. Así mismo, se evidenció que la adherencia beneficia el factor relacionado con el paciente.

Hay que considerar la necesidad de realizar estrategias para mejorar la adherencia en la intervención de pacientes crónicos, lo cual es importante si se tiene en cuenta que el apoyo familiar y social, contribuye y facilita la adopción y mantenimiento de los cambios en el estilo de vida (Roh, 2005; Schnall, 2005).

En cuanto a las investigaciones revisadas se observa que la falta de adherencia se da por una interrelación de varios factores que incluye aspectos personales, aspectos socioeconómicos, culturales, derivados de las enfermedades cardiovasculares, en este caso pacientes con tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Es importante la colaboración y cooperación entre profesionales y familiares de pacientes, necesarios para proveer un mejor cuidado de los pacientes. Donde existe una motivación permanente[49]. El profesional de enfermería debe tenerlo en cuenta dentro de su práctica rutinaria y aplicarlo de forma general en todos los pacientes.

Por otro lado, como soporte de la presente investigación se aplicó la teoría de Dorotea Orem, con los pacientes del programa de crónicos del Hospital Divino Niño de Buga; el cual a su vez se convierte en una herramienta que permite a los profesionales generar

---

[48] RODRÍGUEZ y GÓMEZ. Öp. Cit., p. 15.

[49] LAWS Rachel A., CHAN C. Bibiana., WILLIAMS Ana., Gawaine P., JAYASINGHE Upali W. FANAIN Mahnaz. HARRIS Mark F., CN SNAP Proyect Team. p. 8.

cuidados por medio de la aplicación de un método organizado y donde se tuvo en cuenta aspectos para medir el grado de adherencia de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Además, se propuso el uso de las tres teorías de Orem, modelo que comprende el autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería[50]. Esta teoría se utilizó para tratar de explicar el fenómeno del estudio y brindar así información a los demás profesionales en la línea de autocuidado de la salud cardiovascular.

Además, a través de esta experiencia surgió el desafío de la búsqueda de nuevas estrategias o tratar de consolidar las ya utilizadas para guiar pacientes de manera más eficaz en la toma de decisiones; es decir, que las personas tengan el conocimiento, reconozcan la importancia y lo incorporen en su conducta, este sigue siendo el principal desafío para enfermería "lograr el cambio de conducta"[51] para que tengan un mejor grado de adherencia y lograr así contribuir en la protección de la salud y de una mejor calidad de vida.

1.2 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, inscritos en el programa de crónicos del Hospital Divino Niño de Buga - Valle?

1.3 Justificación

A nivel disciplinar existe una búsqueda permanente de alternativas de solución a la problemática actual. Por eso es necesario generar espacios que enriquezcan nuestro quehacer de enfermería.

[50] MARRINER A., RAILE M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5º ed.). Barcelona: Mosby. 2003. p.

[51] PEÑA., Navarro. CASTRO S. M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Publicado en Revista Enfermería Global. Junio 2010. p. 2. Disponible en: www.um.es/eglobal/.

En el campo de la salud, específicamente en enfermería, es necesario revisar el grado de adherencia que tienen los pacientes crónicos, por medio de la aplicación de instrumentos que han sido validados y confiables, y que a su vez, permiten conocer las necesidades reales de una población en riesgo y generar estrategias con intervenciones oportunas y adecuadas.

A partir de esta investigación, se pueden plantear estrategias que fortalezcan el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con patologías crónicas; de igual modo, identificar el tipo de factores que influyen de manera positiva o negativa en el desarrollo de enfermedad.

En ese sentido, se hace necesario realizar investigaciones que midan el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes que asisten al control de patologías crónicas como es la hipertensión y diabetes, que además, tienen algún factor de riesgo cardiovascular. Esto permite al desarrollo de enfermería, obtener conocimientos para fortalecer las estrategias en la adherencia, teniendo en cuenta las necesidades de las personas que son atendidas en diferentes instituciones de salud de nivel 1 y 2 en el país.

Para enfermería, el desarrollo de la presente investigación permitió generar postulados, que fortalezcan el conocimiento de la disciplina, desde la teoría o la práctica; lo cual potencializa el conocimiento de los profesionales para manejar patologías crónicas y mejorar la adherencia a los tratamientos de pacientes. Este proceso investigativo aportará nuevas perspectivas, mediante esta investigación teniendo en cuenta el desarrollo de las necesidades que surgen desde la práctica y la aplicación de la atención de los pacientes en las instituciones de salud.

La enfermería, como disciplina profesional poseedora del conocimiento especializado sobre el cuidado, por el contacto directo y cercanía con el paciente, así como por su presencia en todos los niveles de asistencia, se convierte en elemento clave dentro del equipo multidisciplinario en los centros de salud para intervenir, a través de la educación

para la salud, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida o factores de riesgo en adulto mayores hipertensos, que puedan incidir en su calidad de vida[52].

Es importante abordar cómo el fenómeno de adherencia, fundamentado para enfermería, por medio de la aplicación de instrumentos, permite conocer el nivel de adherencia en pacientes con tratamiento farmacológico y no farmacológico. Enfermería tiene instrumentos con validez y confiabilidad, que dan una información pertinente, y le permite al profesional desarrollar, mejorar y aplicar estrategias que fortalezcan el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; es importante la utilización, implementación y análisis de los instrumentos en varias regiones del país.

Además, es necesario utilizar instrumentos validados. Así, en el año 2006 Bonilla[53], diseñó un instrumento sobre los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, este instrumento consta de 72 ítems, luego se realizó una validación del instrumento en Cartagena y Sincelejo elaborado por Flórez y Contreras[54], formalizaron la segunda validez de éste instrumento y elaborando una nueva propuesta con 63 ítems, luego con 53 ítems con la III dimensión, la distribuyeron en las demás dimensiones y finalmente quedó el instrumento con 53 ítems y ésta fue la tercera revisión de validez y confiabilidad del instrumento con cuatro dimensiones. Después se efectuó una validez en Bogotá[55]. Finalmente, realizaron la cuarta versión del instrumento y la validación para determinar el grado de adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en Montería[56].

---

[52] FERNÁNDEZ Alba R., MANRIQUE Fred G. Efecto de la intervención educativa en la Capacidad de Agencia de Autocuidado del adulto mayo hipertenso de Boyacá, Colombia.. Ciencia y Enfermería XVI (2): 83-97, 2010. p. 2.

[53] FLÓREZ TORRES, Inna. Evaluación de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, 2007, 104p. trabajo de grado (Maestría en Enfermería con Énfasis Salud Cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

[54] CONTRERAS OROZCO, Astrid. Óp. Cit., p. 107.

[55] ORTÍZ SUAREZ, Consuelo. Validez de constructo y Confiabilidad del instrumento “factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Colombia, Bogotá. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008. p. 50.

Es de anotar, que se han practicado pruebas metodológicas que fortalezcan su validez y confiabilidad en diferentes sitios de Colombia, como Sincelejo, Cartagena, Bogotá, Montería. En cuanto a las investigaciones realizadas se observa que la falta de adherencia se da por una interrelación de varios factores que incluyen aspectos personales, aspectos socioeconómicos, culturales, derivados de las enfermedades cardiovasculares, en este caso pacientes con tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Teniendo en cuenta esta información, se hizo necesario aplicar la cuarta versión del instrumento en el suroccidente colombiano, específicamente en el departamento del Valle del Cauca, en el municipio de Buga, para conocer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes en el Hospital Divino Niño de Buga E.S.E, inscritos en el programa de crónicos (hipertensión y diabetes), y conocer los factores que afectan de manera positiva o negativa su salud, y mejorar la calidad de vida de los pacientes por medio del fortalecimiento de medidas terapéuticas y evitar complicaciones a futuro.

Por lo tanto, en el Hospital Divino Niño de Buga E.S.E, que es una institución de nivel 1, y que atiende población del régimen subsidiado de salud, se convirtió en un punto de partida, y así lograr que el personal de salud genere estrategias frente al fenómeno de la adherencia.

Por otro lado, para la presente investigación, se tuvo en cuenta la teoría de Dorotea Orem, lo cual permitió conocer las necesidades reales y demandas de autocuidado personal que tienen los pacientes y mejorar así el grado de adherencia. Una vez identificados los factores que favorecen éste fenómeno, el personal de enfermería debe tener en cuenta aspectos económicos, sociales, personales, los del proveedor del servicio de salud, etc. Que intervienen de manera directa con el curso de una enfermedad.

---

[56] ORTEGA O, Stella Ignacia. Óp. Cit., p. 22.

Para la academia, esta investigación permitirá a partir de los resultados buscar mejores alternativas para que este tipo de pacientes modifiquen su comportamiento, donde asuman una postura diferente frente a su autocuidado personal y mejore su grado de adherencia terapéutica. Específicamente según los hallazgos de la investigación se puede trabajar las dimensiones que más se relacionen con la adherencia, al realizar la correlación de factores con diferentes autores.

Esta investigación permite conocer el comportamiento de pacientes con factores de riesgo cardiovascular, y la forma como el personal de salud puede realizar intervenciones oportunas para dar respuesta a los problemas reales de una población con déficit económico, social y educativo. De igual manera, se dice que los factores que influyen en la adherencia son un conjunto de elementos internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular, percibe como influyentes con respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por el profesional de salud[57].
Finalmente con la revisión realizada se encontró que el presente estudio fue relevante para la disciplina de enfermería, ya que permite el fortalecimiento de temáticas como lo es la adherencia al tratamiento y las medidas terapéuticas que se deben implementar con los pacientes[58].

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar el grado de Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, inscritos en el programa de Crónicos (Hipertensión y Diabetes) del Hospital Divino Niño de Buga Valle.

[57] BONILLA I., Claudia. Óp. Cit., p. 46-55, 2007.

[58] Ibíd., p. 46-55

1.4.2 Objetivos específicos

Describir la situación de ventaja para adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, según las cuatro dimensiones que la determinan.

Describir la situación de riesgo para no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, según las cuatro dimensiones que la determinan.

Describir la situación de condiciones de no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, según las cuatro dimensiones que la determinan.

1.5 Definición de conceptos

1.5.1 Adherencia

Según la Organización Mundial de la Salud OMS[59], se define adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona, como tomar el medicamento**,** seguir el régimen terapéutico, y realizar cambios en el estilo de vida de acuerdo con las recomendaciones del personal de salud.

1.5.2 Factores que influyen en la adherencia

Conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyentes en cierto grado, respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por profesionales de la salud[60].

También, se define como aquella característica o condicionante que afecta el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones

[59] OMS. Organización Mundial de la Salud. “Adherencia terapéutica”. [online]. Disponible en Internet: http://www.paho.org/spanis/AD/DPC/NC/adherencia_largo.pdf.

[60] BONILLA, I. Claudia P. Óp. Cit., p. 49.

dadas por el personal de salud. Entre estas tenemos las características socioeconómicas, las relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria[61].

1.5.3 Adherencia al tratamiento farmacológico

Grado en el cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de la salud, sea médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros[62].

1.5.4 Adherencia al tratamiento no farmacológico

Grado en el cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de la salud, sea médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de la dieta, control de peso, aumento y regulación del ejercicio físico, supresión o disminución en el hábito de fumar o consumo de alcohol[63].

1.5.5 Paciente con factor de riesgo cardiovascular

Se identifica a las personas con factores de riesgo cardiovascular aquellos que presentan condiciones de: hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, dislipidemia, alcohol y tabaquismo[64].

---

[61] CONTRERAS OROZCO, Astrid. Óp. Cit., p. 39.

[62] OMS, Óp. Cit., pág. 46.

[63] Ibíd., p. 46.

[64] Ibíd., p. 46.

1.5.6 Reseña histórica del Hospital Divino Niño[65]

El Hospital “Divino Niño” nació a la vida jurídica mediante acuerdo municipal 024 del 27 de noviembre de 1995; su estudio y proyecto fue presentado para aprobación y cofinanciación por la administración municipal, y fue considerado viable socialmente: es así como participa la nación (Fondo de Inversión Social) con la suma de 762 millones de pesos, recursos que empezaron a llegar a finales de 1995, pero la construcción comenzó desoló hasta noviembre de 1996 porque había serios tropiezos, pues el área proyectada para el hospital se encontraba ubicada en la calle 17 con carrera 15 donde funciona la escuela Teófilo Valenzuela, situación que causó malestar entre la comunidad del sector y entre los profesores, por lo que se debió replantear el sitio.

Ante la solicitud de los habitantes del norte del municipio, la administración gestionó la posibilidad de utilizar el terreno donde funcionaba el banco de materiales (BAMACO) de propiedad de IMVIBUGA ubicado en el barrio La Honda, que fue cedido finalmente para la construcción, con el compromiso de que el hospital, una vez empezara a funcionar, cancelaría el valor del lote, avaluado en 154 millones de pesos, para lo que se le darían 15 años de plazo con 2 años de gracia y 13 para pagarlo con cuotas mensuales de 1’968.000 pesos.

El 4 de octubre de 1997 se inaugura la Empresa Social del Estado Hospital Divino Niño, iniciándose con las áreas de Consulta Externa, Hospitalización y Servicios Generales, donde inicialmente se acondicionaron los servicios de Urgencias y Partos hasta el mes de febrero de 1998 cuando el departamento, a través de la Secretaría Departamental de Salud, hace entrega formal del área de Urgencias, Partos y Cirugías.

El 6 de octubre de 1997 se abren las puertas a la comunidad bugueña, desempeñándose como gerente el doctor Luis Eduardo Domínguez Castillo. Durante los primeros cinco meses de funcionamiento se trasladó la planta de personal que trabajaba en la secretaría de salud municipal compuesta por 46 personas, de las que solo dos eran del área administrativa (asistente administrativo y secretaria); el resto del personal pertenecía al área asistencial, (médicos, odontólogos, auxiliares y promotoras). No existía como hasta

[65] Hospital Divino Niño de Buga. Disponible en: www.hdn.buga

la fecha el edificio de administración, por lo cual la gerencia y las oficinas funcionaban en el área de talleres, cerca de la subestación eléctrica. Los ingresos efectivos del hospital en ese período fueron de solo 50 millones de pesos, mientras que las deudas con proveedores, los aportes de ley y a entidades bancarias ascendían a la suma de 150 millones de pesos, de los cuales 40 millones eran de sobregiros bancarios.

El Hospital Divino Niño de Buga se ha constituido en la única entidad del Estado que presta sus servicios a la población con enfermedad crónica en el municipio, es el punto de referencia al cual acceden los pacientes de las diferentes aseguradoras

2. Marco teórico

En éste capítulo se realizó una aproximación a los conceptos de la teoría de enfermería: "Teoría del déficit de autocuidado" de Dorothea E. Orem, la cual aborda el fenómeno del autocuidado y hace una relación entre adherencia y autocuidado[66].

Los modelos de autocuidado han sido de interés por muchos años en el área de enfermería; entre ellos encontramos el modelo de Dorotea Orem[67], en éste se hace una descripción sobre la forma en que las enfermeras pueden ayudar a los pacientes para que encuentren los requisitos de autocuidado personal y la forma de medirlo es conociendo el grado de adherencia que tienen los pacientes en el tratamiento farmacológico y no farmacológico y con algún factor de riesgo cardiovascular.

2.1 Modelo de Autocuidado de Orem

Este modelo ha sido utilizado en muchas investigaciones para observar la capacidad que tienen los pacientes para interpretar el tipo de cuidado que necesitaba y las respuestas que ellos dan frente al cuidado brindado a esas necesidades.

Orem[68] etiqueta su idea como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas que se describen a continuación:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.

---

[66] ORTEGA O., Stella I. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Montería, 2010. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. p. 28

[67] OREM, D.E. Nursing: Concepts of practice. St. Louis, MO: Mosby. 5ª. Ed. 1995. p. 123-130.

[68] MARRINER T., Ann., RAILE A. Martha. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Mosby. 6ª. Edición. 2007.2-828. p. 269.

2. La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Es importante tener en cuenta, que el concepto de autocuidado generado a partir de la teoría de Orem, podría ser equiparable al de adherencia, ya que la adherencia hace parte del comportamiento de autocuidado.

De acuerdo con lo anterior, algunos investigadores consideran útil aplicar el concepto de autocuidado, y tienen en cuenta la apreciación de la teórica Dorotea Orem. Según la autora la agencia de autocuidado[69], es entendida como: "la habilidad adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo, que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, el funcionamiento, el desarrollo humano y proveen el bienestar".

En este sentido Orem manifiesta también que *"la frecuencia y duración de contactos, la variedad de los contactos sociales, el contenido de las comunicaciones y la interpretación y reacciones del paciente a sus experiencias son factores que influyen sobre el cuidado sanitario y la enfermería"*[70]. Además, las personas pueden llegar a tener un adecuado cuidado de su salud, donde *"todos los adultos capaces de recibir educación deben conocer los requisitos universales de autocuidado…, los requisitos de desarrollo… y los de alteración o desviación de la salud"*[71]. Pero, deben tener disposición para llevar a cabo las acciones que compensen su estado, y mejorar el grado de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Sin embargo, la utilidad de la teoría de Orem para esta investigación es precisamente porque los pacientes que reciben cuidados de enfermería, son considerados seres racionales, con capacidad para tomar decisiones y que pueden reflexionar sobre sí

[69] Ibíd., p. 269.

[70] OREM, Dorothea E. Normas Prácticas en enfermería. Madrid, España: Ediciones Pirámide. 1983. p. 208.

[71] Ibíd., p. 57.

mismos y el entorno que les rodea, y practicar actividades que beneficien su salud. Desde ésta perspectiva lo que se busca es mejorar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, y lograr que el paciente conserve o mejore su estado de salud y evite complicaciones mayores.

Por otra parte, se hace necesario definir los conceptos que aborda el modelo de Orem como son: el autocuidado, los requisitos de autocuidado; donde se encuentran los requisitos universales de autocuidado, los relacionados con el desarrollo, las alteraciones del cuidado de salud y los sistemas de enfermería. Cada uno de estos conceptos, le permiten a cada paciente asumir su autocuidado de manera significativa o no; lo que se espera es que lleve a cabo acciones de autocuidado personal con ayuda del personal de salud, lo cual puede ser compensador, parcial o de apoyo educativo para ellos.

Los pacientes con ECV, que fortalece aspectos como lo plantea Orem, desarrollan mayor calidad y modificación de estilos de vida, lo cual ha sido ratificado por diferentes autores.

Según Velandia y Rivera *"La capacidad que tiene el individuo de ser agente de su propio cuidado, como forma de prevención y promoción tanto de factores de riesgo como de las ECV"*[72]. Esta facultad del individuo es lo que denomina Orem[73], como capacidad de agencia de autocuidado, que implica un proceso de participación dinámico por parte de las personas en el cuidado de su propia salud. Depende de cada persona el controlar los factores de riesgo o no, lo cual se convierte en un proceso de responsabilidad frente a las decisiones o acciones que tome con su enfermedad.

Por su parte Ortega afirma que en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular, el autocuidado busca prevenir daños y estados patológicos a nivel cardiovascular,

[72] VELANDIA A., Anita; RIVERA Luz N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Salud pública. 11 (4): 538-548. 2009.

[73] OREM Dorothea E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat; 1993.

requiriendo para ellos acciones intencionales por parte del paciente que permita una adecuada adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica[74].

Por lo tanto, se hace necesario fortalecer el autocuidado individual que necesita un paciente, el profesional de enfermería debe tratar de suplir y compensar el déficit de asistencia que necesita. Además, la adherencia se convierte en una estrategia de manejo del personal de salud, donde se identifican unas necesidades y se fortalece el aspecto comportamental de una población con múltiples factores de riesgo. Este modelo nos plantea algunos elementos que se deben tener en cuenta como estrategias de manejo y aplicarlos con los pacientes.

Por su parte Bonilla dice que la adherencia *"es un comportamiento de autocuidado que se espera tanto para satisfacer requisitos de autocuidado universal, adherencia a prácticas sanas en el estilo de vida para manejar o prevenir los factores de riesgo, así como de autocuidado en requisitos en estado de desviación de la salud donde la adherencia a tratamientos farmacológicos y recomendaciones a cambios en el estilo de vida son de obligatorio cumplimiento"*[75].

Según Rivera Álvarez[76] *"Las capacidades para operaciones de autocuidado se entienden como las habilidades del ser humano más inmediatas para realizar prácticas de autocuidado".* El paciente deber tomar aquellos aspectos que son significativos para su cuidado y tomar mejores decisiones para fortalecer el grado de adherencia a patologías crónicas; además, el paciente debe estar en capacidad de satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo.

Finalmente, se busca que el paciente asuma una postura diferente frente al cuidado de su enfermedad, es decir que fortalezca su adherencia. Orem afirma que: *"cuando las personas saben lo que han sentido, es importante para la vida y la salud y sienten una*

---

[74] ORTEGA O., Stella I. Óp. Cit., p.31

[75] BONILLA I, Claudia. Óp. Cit., p. 16.

[76] RIVERA ÁLVAREZ LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Revista Avances de Enfermería. 2006; XXIV (2): 91-98.

gran responsabilidad hacia sí mismas"[77]. Sin embargo, el papel del enfermo es importante donde ayude al fortalecimiento del autocuidado individual y se fomente la adherencia al tratamiento de patologías crónicas.

Por otro lado, es preciso conocer la opinión de otros autores como Isenberg[78], quien dice que el modelo de autocuidado es útil para el avance de enfermería como ciencia y para la aplicación en la práctica. Esta teoría se califica como general porque se aplica a todas las situaciones de práctica de enfermera. Y es fundamental contar con profesionales idóneos que fortalezcan y favorezcan la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de patologías crónicas.

2.2 ADHERENCIA

Según la OMS[79] se define como: "El grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria".

La adherencia hace parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y el mantenimiento de la misma[80]. El término ha sido utilizado por varios investigadores como adherencia o cumplimiento que el paciente ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, etc.

---

[77] OREM, Dorotea E. Óp. cit., p. 82.

[78] ISENBERG Marjorie. "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Direcciones para avanzar la ciencia de la enfermería y la práctica profesional". En Parker, Marylin, Nursing theories and Nursing practice, 2001, F.A. Davis Co. Philadelphia: cap. 13, p. 180-186.

[79] Organización Mundial de la Salud. OMS

[80] MARTIN ALFONSO, Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana de Salud Pública* [online]. 2006, vol. 32, n. 3 [citado 2011-03-16], PP. 0-0. Disponible en: http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=es&nrm=iso.issn0864-3466.

Según Tapia en un estudio realizado en Chile en el año 2006[81], existen varios factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que se cuentan: los factores socioeconómicos, demográficos, relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, los relacionados con la enfermedad, el tratamiento y el paciente. La no adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud[82].

2.3 Factores que influyen la adherencia

2.3.1 Factores sociales y económicos

Los factores socioeconómicos incluyen el estatus económico, aspectos de apoyo, educativos, ambientales, demográficos y culturales.

Es de anotar, que el estatus socioeconómico[83] se ha descrito como uno de los predictores más fuertes y consistentes respecto a la experiencia de morbilidad y mortalidad de una persona. Más explícitamente lo expone Medina al afirmar: "Cuando nos relacionamos con las personas a las que 'cuidamos', constatamos el impacto de las 'políticas de salud' y el contexto social, económico y político en sus vidas".

Dentro de los factores que influyen en la adherencia, este se define como un factor independiente; sin embargo, en países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud en ocasiones no puede cubrir, como ocurre en países como Chile[84].

---

[81] TAPIA MUÑOZ, José Alejandro. Adhesión al tratamiento antihipertensivo en el Hospital de Chaiten. Tesis Licenciado en Enfermería. Valdivia Chile. 2006. Online: Disponible en: http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf

[82] Ibíd., p. 17.

[83] MEDINA MOYA JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes.1998

[84] TAPIA M., J. A. Óp. Cit., p. 16.

Según la OMS[85], otros factores socioeconómicos incluyen la cesantía, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo, el costo elevado de algunos medicamentos, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Para Contreras (2006)[86], en los factores socioeconómicos se encontró que el mayor porcentaje en la categoría “siempre”, en aspectos tales como contar con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento (95%), contacto con grupos que le sirven de ejemplo (89%) y disponibilidad económica para costearse los medicamentos (68%). En cuanto a las ocupaciones dentro y fuera del hogar, 88 % de los participantes expresaron que nunca le han ocasionado dificultad para cumplir con el tratamiento; de igual forma, un 75 % expresó que las distancias del trabajo o de su casa al lugar de atención no han sido impedimento para asistir a las citas.

Por otro lado, se dice también que un factor importante es el demográfico, en el que se destaca la población adulto mayor, que desde el punto de vista epidemiológico representa un grupo de dolencias entre ellas, las neoplasias y accidentes, como causa de morbimortalidad de enfermedades principalmente las cardiovasculares[87].

2.3.2 Factores relacionados con el proveedor: sistemas y equipo de salud

Este factor tiene que ver con la relación que existe entre el proveedor de servicios, el acceso al cuidado y el escenario donde se atiende a un paciente.

Según la OMS una buena relación proveedor paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir de manera negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta

---

[85] TAPIA M., J. A. Óp. Cit., p. 16.

[86] CONTRERAS O, Astrid. Óp. Cit. p. 205. Publicado en Revista Salud Uninorte. Barraquilla (Col) 2010; 26 (2): 201-211.

[87] Ibíd., p. 16.

de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento[88].

En el estudio de Contreras[89], el 95 % expresó que recibe enseñanzas con palabras sencillas por parte del médico y enfermeras; 94 % consideró que el trato que reciben del personal de salud lo animan a volver a controles, y 88 % expresó que consigue los medicamentos a través del carnet. En lo referente a la organización del servicio, el 77 % expresó que la institución nunca muestra desorganización en la atención que le brinda.

En la investigación realizada por Tapia (2006)[90] en Chile advirtió que el tratamiento farmacológico es limitado en clases de medicamentos, formas de presentación y atributos propios de fármacos de última generación.

2.3.3 Factores relacionados con la terapia y/o tratamiento

Este factor tiene que ver con los mediadores de la terapia y/o el sitio donde recibe el tratamiento un paciente. Según Sabate (2004)[91], son múltiples las implicancias vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales.

Por su parte en el estudio de Contreras[92], se encontró que 98% de los participantes expresó que el tratamiento es beneficioso, y por eso lo sigue tomando; 95% tiene formas de distinguir los medicamentos para no confundirlos; 94% manifestó que controlar el peso mediante dieta y ejercicio es conveniente para cuidar su salud, y un 93% consideró que los medicamentos que toman siempre le alivian los síntomas.

---

[88] CONTRERAS O, Astrid. Óp. Cit. p. 16.

[89] Ibid., p. 205.

[90] TAPIA M., José Alejandro. Óp. Cit., p. 16.

[91] SABATÉ. Eduardo. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. [online]. OMS, 2004. (Traducción de la OPS). [Consultado en mayo de 2010]. Disponible en Internet: http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm.

[92] CONTRERAS O, Astrid. Óp. Cit. pág. 205.

Además en la adherencia interviene todo un conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular, percibe como influyentes con respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por el profesional de la salud[93].

2.3.4 Factores relacionados con el paciente

Incluye el conocimiento, la actitud del paciente frente al curso de enfermedad, el tipo de creencia, y la capacidad de tomar decisiones en un momento dado. Esto se ve influenciado por los factores emocionales, que representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, las percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando de manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica[94].

[93] BONILLA. I. Óp. Cit., p. 46-55

[94] Ibíd., p. 17.

3. Marco de diseño

La descripción del diseño metodológico contiene los siguientes aspectos: tipo de estudio, área de estudio, población, universo, muestra, muestreo, identificación de variables, criterios de inclusión, instrumentos, aspectos éticos, y legales, recolección de datos, procedimientos y aplicación de prueba piloto.

3.1 Tipo de Estudio:

La investigación descriptiva se aplica para resumir el estado de los fenómenos de interés tal como se presentan en un momento determinado. Por lo tanto, el estudio representa a través de los datos recolectados con los participantes, permitiendo describir y analizar la información sobre el grado de adherencia de pacientes y con factores de riesgo cardiovascular.

El presente estudio fue de tipo descriptivo cuantitativo transversal, porque permitió determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular, inscritas en el programa de crónicos del Hospital Divino Niño del municipio de Buga- Valle 2012.

El diseño es cuantitativo porque a través de la aplicación de instrumentos, se midió el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual permitió analizar los resultados de la investigación propuesta, por medio de la interpretación de datos estadísticos.

Es un estudio transversal porque implica la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos por investigar se captan, según se manifiestan, durante un periodo de colecta. Este tipo de estudio resulta particularmente adecuado para describir

el estado de fenómenos determinados o las relaciones entre ellos en un momento dado[95].

3.2 Área de Estudio

Municipio de Buga, departamento del Valle del Cauca, Colombia.

3.3 Riesgo del Diseño

Los riesgos del diseño se relacionan con errores sistemáticos o sesgos de la investigación propuesta. El término sesgo o error sistemático se refiere a diferencias que surgen entre los participantes[96]. Además, si no se realiza un control adecuado de todos los aspectos inmersos en la investigación, en el momento de efectuar el muestreo se podrían presentar errores o sesgos como de selección, observación e información[97]. Para controlar los errores o sesgos de la información se tuvo en cuenta algunos aspectos como:

En caso de pérdida de participantes que podían afectar la muestra, por no asistir a la consulta programada, se reemplazaron por otros que aceptaron participar en el estudio.

El sesgo de observación e información por omisión de respuestas al realizar el instrumento se controló por medio de una revisión minuciosa, posterior al auto-diligenciamiento del mismo, adicionando los datos faltantes con el paciente.
Para garantizar que el personal auxiliar de investigación tuviese un manejo preciso del instrumento, fue capacitado durante una semana previa a la etapa de recolección de la prueba piloto. Se verificó por medio de observación y ejercicios preliminares la habilidad para la presentación de la investigación frente a los posibles participantes.

De igual manera, para controlar los sesgos de la investigación se utilizó la cuarta versión del instrumento “para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento

[95] BONILLA. I. Óp. Cit., p. 160 y 161

[96] Ibíd., p. 164.

[97] Ibíd., p. 221.

farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular", de Consuelo Ortiz, que ha sido expuesto a pruebas de validez y confiabilidad en varias regiones de Colombia obteniendo resultados confiables en diferentes grupos poblacionales.

3.4 Universo

El universo estuvo conformado por todos los 1720 pacientes de ambos sexos, inscritos en el programa de crónicos, con diagnóstico de Hipertensión y Diabetes Mellitus tipo 2, del Hospital Divino Niño, que es una institución pública de nivel 1, del municipio de Buga, departamento del Valle del Cauca .

3.5 Población

La población estuvo conformada por los pacientes inscritos en el programa de crónicos (Hipertensión y Diabetes) del Hospital Divino Niño de Buga departamento del Valle del Cauca, que pertenecen al régimen subsidiado.

3.6 Muestra y muestreo

3.6.1 Cálculo del tamaño de la muestra

Para el presente estudio se tuvo en cuenta algunos aspectos como el tamaño de la población, el tipo de instrumento, la recolección de la información y los resultados de la prueba piloto.

Se planteó utilizar la fórmula estadística propuesta por Celis de la Rosa[98], con la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{z1-\alpha/2 + z1-\beta + 3}{\frac{1}{2} 1n \left[\frac{1+r}{1-r} \right]} \right)^2$$

[98] CELIS DE LA ROSA, Alfredo de J. Bioestadística. 2° ed. México: Editorial Manual Moderno, 2008, p. 170.

α es la probabilidad de error Tipo I, la cual será asumida en 0.1
β la probabilidad de error tipo II, asumida en 0.2
r es el coeficiente de correlación que se obtendrá de la prueba piloto

Con la aplicabilidad de la fórmula se hizo el cálculo de la muestra de pacientes para aplicar el instrumento propuesto.

El muestreo fue de tipo probabilístico donde cada unidad de la población de referencia tuvo la probabilidad de selección conocida. Es decir, se debe asegurar que la muestra tenga las mismas características de la población de estudio, y que ésta sea similar a la población de referencia[99].

Fueron escogidos los pacientes que asistieron al servicio de consulta externa del Hospital Divino Niño, inscritos en el programa de crónicos (Hipertensión y Diabetes), con factores de riesgo cardiovascular.

3.6.2 Prueba piloto

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Se solicitó permiso a la Institución de Salud para llevar a cabo la investigación (ver anexo) y aplicar el instrumento. Los pacientes inscritos en el programa de crónicos del Hospital Divino Niño de Buga participaron voluntariamente, se les informó acerca de los objetivos y de la intervención en el estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Se entrenó a un grupo de estudiantes de enfermería de la Unidad Central del Valle del Cauca UCEVA, para colaborar con la aplicación del instrumento.

Después se realizó la prueba piloto con el fin de conocer los ajustes necesarios para realizarle a los criterios de selección de los participantes de la investigación propuesta, entre ellos están:

[99] GERRISH Kate y LACEY Anne. Investigación en Enfermería. 5ª edición. Ma Graw Hill. 2008. p. 175.

La determinación de los elementos estadísticos y cálculo del tamaño de la muestra. Se contó con el entrenamiento adecuado para la aplicación de la cuarta versión del instrumento: “Para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, de las autoras Edilma Gutiérrez de Reales y Claudia Patricia Bonilla, y de Consuelo Ortiz que aplicó la cuarta versión del instrumento.

Se examinó las posibilidades del análisis estadístico que se utilizó. Además, se efectuó un cálculo aproximado de tiempo para diligenciar el instrumento con los pacientes y obtener la información necesaria para el procesamiento, análisis e interpretación de los resultados.

La prueba piloto se realizó con una muestra intencionada previa asesoría del estadístico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

3.6.3 Selección de la Muestra

Para la obtención de la muestra fue utilizado el muestreo probabilístico aleatorio simple, se seleccionaron los participantes inscritos en el programa de crónicos (hipertensos y diabéticos) del Hospital Divino Niño del municipio de Buga. En el muestreo aleatorio simple, el investigador determina el marco muestral, nombre técnico de la lista final de unidades o elementos de muestreo a partir de la cual se seleccionará la muestra[100].

3.7 Criterios de Inclusión

Los aspectos que se enumeran a continuación se tuvieron en cuenta para la inclusión de pacientes en el estudio:

1. Mujeres y hombres con algún factor de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, obesidad, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo).
2. Los pacientes debían estar inscritos en el programa de crónicos del Hospital Divino Niño de Buga.

[100] POLIT – HUNGLER. Óp., Cit. p. 274.

3. Que estuvieran en tratamiento farmacológico y no farmacológico
4. Que aceptaran participar de manera voluntaria en el estudio y no recibir ningún beneficio a cambio.

3.8 Criterios de Exclusión

Se tuvo en cuenta a los participantes que a pesar de cumplir los criterios, se negaran a firmar el consentimiento informado sobre la investigación; pacientes con trastornos afectivos o de la conducta.

3.9 Fuente de Información

Se consultaron fuentes primarias sobre datos requeridos en la investigación, con la información suministrada del instrumento diligenciado por el investigador y auxiliares de investigación. La información se tuvo en cuenta de la persona inscrita en el programa de crónicos del Hospital Divino Niño de Buga.

3.10 Materiales y Métodos

3.10.1 Instrumento

Para la presente investigación se aplicó un instrumento para conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular; diseñado por Bonilla y Gutiérrez. Sin embargo, para el presente estudio se aplicó la cuarta versión del instrumento realizado por Consuelo Ortiz.

Este instrumento inicialmente contaba con 5 dimensiones[101].

I Dimensión: 17 ítems. Factores socioeconómicos, que incluyen en su conformación subdimensiones de estatus económico, educación, aspectos sociales de apoyo[102], aspectos ambientales y aspectos culturales.

[101] CONTRERAS OROZCO, Astrid., FLOREZ TORRES, Inna Elida. HERRERA LIAN, Arleth. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. Av. Enferm., XXVI (2): 35-42,2008. p. 38 y 39.

II Dimensión: 24 ítems. Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud. Los ítems de esta dimensión se distribuyen en varias subdimensiones: relaciones entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado.

III Dimensión: 4 ítems. Condiciones de salud del paciente. Integrada por las subdimensiones de severidad de la enfermedad e incapacidad, percepción del paciente sobre su enfermedad, dificultades para usar los medicamentos.

IV Dimensión: 17 ítems. Factores relacionados con la terapia, la cual se organiza en una sola subdimensión: la de mediadores de la terapia.

V Dimensión: 10 ítems. Factores relacionados con el paciente, que incluye subdimensiones de conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de tomar decisiones.

La versión inicial contó con 79 ítems, se sometió a valoración por personas expertas para conocer su validez facial y de contenido, y quedó con 72 ítems. Se manejó con una escala Likert que consta de tres puntos; hay que tener en cuenta que existen condiciones que favorecen o no a los pacientes y esto se relaciona con el grado de adherencia que le permiten desarrollar un comportamiento positivo o negativo frente a su enfermedad.

Además, las autoras determinaron los rangos de interpretación del grado de adherencia. Para la aplicación de instrumento el paciente puede tener puntajes entre 80 y 100 % cuando desarrolla algún grado de adherencia, entre 60 y 79 % al encontrarse con algún riesgo de no desarrollar un comportamiento de adherencia y cuando es menor del 60 %, nos indica que la persona no desarrolla ningún grado de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Sin embargo, como el puntaje va desde 0 a 144 puntos, entonces aquellos pacientes que se considera que tienen una ventaja para adherencia, el puntaje se encuentra entre 115-144, cuando están en riesgo de no

[102] Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria, Vol. Núm. 1. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Buenos Aires Argentina. p. 31-60. Pág. 4. Consultado julio de 2010.

desarrollar comportamientos de adherencia entre 86-115. Al no responder con comportamientos de adherencia menor de 86.40.

Después el instrumento fue sometido a una validez facial y determinación de la confiabilidad, conduciendo los resultados al rediseño, lo aplicaron 40 personas expertas profesionales, a 40 pacientes con factores de riesgo cardiovascular que fueron seleccionados al azar y el instrumento quedó reagrupado en 62 ítems. El instrumento en la segunda versión se aplicó a una muestra de 831 pacientes (555 de Cartagena y 276 de Sincelejo) que cumplieron con los criterios de inclusión[103].

Además, la dimensión III: factores relacionados con las condiciones de salud del paciente, se organizó y quedó con 52 ítems, con un alfa Cronbach de 0.83, lo cual dio confiabilidad buena del instrumento. Según Contreras[104], las autoras no aprobaron la eliminación de la dimensión III, sino que recomendaron organizarlo diferente, finalmente quedó con 53 ítems y 4 dimensiones. Esta validación fue realizada por estudiantes de Maestría de la Universidad Nacional de Colombia.

Después en el año 2008, Rodríguez[105], aplicó el instrumento para conocer la confiabilidad de 0.85 de la segunda versión del instrumento, lo cual mostró una buena consistencia interna del instrumento y no se hicieron modificaciones.
De igual manera, Ortiz[106] en el año 2007- 2008, efectuó iguales pruebas en 485 pacientes en Bogotá, realizando una validez de constructo y determinó la correlación

[103] CONTRERAS et al. Óp., Cit. p. 40.

[104] Ibíd., p. 50-60.

[105] RODRIGUEZ ACELAS, Alba Luz. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008. p. 13.

[106] ORTÍZ SUAREZ, Consuelo. Validez de constructo y Confiabilidad del instrumento “factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Colombia, Bogotá. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008. p. 50.

entre variables y las dimensiones del instrumento. Lo cual llevó a reducir el número de ítems de 53 a 24 por medio del análisis factorial, sin afectar las 4 dimensiones[107].

Por ahora, la cuarta versión del instrumento quedó conformada por cuatro dimensiones con 24 ítems y se aplicó en el presente estudio.

Tabla 1 Factores del Instrumento

DIMENSIONES	FACTORES	ÍTEMS
Dimensión I	Socioeconómicos	6 ítems
Dimensión II	Relacionados con el Proveedor: sistema y equipo de salud	8 ítems
Dimensión III	Relacionados con la terapia	6 ítems
Dimensión IV	Relacionados con el Paciente	4 ítems

Cabe aclarar que en ésta última versión del instrumento (cuarta), se establecieron puntos de corte de manera porcentual y no en números absolutos; en la investigación de Ortiz[108], estos valores se dieron a conocer a la autora del instrumento inicial (Bonilla), y se organizó de la siguiente manera[109]:

Tabla 2 Situación de Adherencia

CONCEPTOS	PORCENTAJE	ESCALA DE VALORACIÓN LIKERTS
Situación de ventaja para adherencia	80-100%	38-48
Situación de riesgo de no adherencia	60-79%	29-37
Situación de no adherencia	Menor de 60%	Menor de 29

Cabe aclarar que el instrumento contiene ítems que se comportan como negativos y positivos, producidos por Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales, para evitar sesgos durante la investigación. Además se organizaron de la siguiente forma:

Tabla 3 Dimensiones del Instrumento

[107] ORTEGA O., Stella Ignacia. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería, 2010. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010. p. 66.

[108] ORTÍZ SUAREZ, Consuelo. Óp. Cit., p. 11, 56-57.

[109] ORTEGA OVIEDO, Stella Ignacia. Óp. Cit., p. 66 y 67.

DIMENSIONES	ÍTEMS POSITIVOS	ÍTEMS NEGATIVOS
I Dimensión	1,2,3,7 y8	6
II Dimensión	21,22,23,24,27,31 y 47	
III Dimensión		10,13, 18, 37, 38 y 43
IV Dimensión	40, 49, 52 y 53	

3.11 Recolección de Datos.

La recolección de datos se cumplió mediante la aplicación de la cuarta versión del instrumento diseñado por Consuelo Ortiz, para medir la variable adherencia, previa autorización de las autoras. (Ver anexo B).

El escenario de la investigación fue en el Hospital Divino Niño del municipio de Buga – Valle, que es una institución pública que atiende a población del régimen subsidiado. Se solicitó autorización a las directivas del Hospital para la aplicación del instrumento y se contó con la ayuda de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, del programa de Enfermería de la Unidad Central del Valle del Cauca UCEVA, donde existe convenio institucional vigente y colaboraron con la aplicación de la cuarta versión del instrumento, recolectaron la información de los pacientes programados para consulta, teniendo en cuenta previo entrenamiento por parte del investigador.

3.11.1 Procedimiento para la investigación

Para el desarrollo del presente proyecto se tuvo en cuenta el siguiente proceso:

Aprobación del Comité ético de la presente investigación
Carta de autorización de las autoras del instrumento.
Carta de aprobación del Director del Hospital Divino Niño del municipio de Buga Valle del Cauca.
Solicitud por escrito de la base de datos de pacientes inscritos en el programa de crónicos del Hospital Divino Niño de Buga- Valle
Solicitud para aplicación de los instrumentos.
Selección y entrenamiento de estudiantes del programa de enfermería para obtener la muestra seleccionada.

Aplicación de la prueba piloto a un grupo de pacientes inscritos en el programa de crónicos en sala de consulta externa del Hospital Divino Niño y que cumplían con los criterios de inclusión propuestos en el estudio.
Análisis de los datos obtenidos en la prueba piloto.
En el diligenciamiento del instrumento, se generaron algunas inquietudes, por lo que requirió explicación por parte del encuestador.
Durante la aplicación del instrumento se tuvo en cuenta que todos los participantes comprendieran la totalidad de ítems, se aclaró algunas dudas, se brindó apoyo y lectura de ítems en los pacientes con dificultad visual.
Los pacientes que aceptaron participar en la investigación diligenciaron el consentimiento informado, se explicaron los objetivos del estudio.
El sitio para recolectar la información fue en un consultorio del Hospital, libre de interrupciones.
Después se verificó la calificación de los ítems del instrumento para evitar datos faltantes.
El análisis y organización de la información recolectada, se hizo mediante el apoyo del programa Excel y SPSP v 20; y finalmente la presentación de resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio.

3.11.2 Procedimiento para procesar y analizar la información

Luego de recolectar la información esta fue organizada en una base de datos de Excel, se codificó a cada participante, de acuerdo con las características sociodemográficas y las dimensiones que contiene el instrumento.

Se analizó el grado de adherencia teniendo en cuenta la calificación de la cuarta versión del instrumento. Luego se hizo una descripción estadística mediante la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, entre otros; se utilizó el paquete estadístico SPSSS versión 20 con licencia autorizada por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

3.11.3 Limitantes del Estudio

Teniendo en cuenta que los participantes de la investigación poseen características particulares, no se puede generalizar a otras poblaciones similares y por los criterios de inclusión propuestos en la investigación.

3.12 Aspectos Éticos

Para realizar esta investigación, se tuvo en cuenta las consideraciones éticas enunciadas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia[110] por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el Código deontológico de enfermería expresado en la Ley 911 de 2004[111].

Además, se aplicó un instrumento de recolección de la información, y se respetaron los siguientes principios éticos:

1. Beneficencia: se entiende con este término no hacer daño a los participantes de la investigación, lo que se busca es disminuir algún posible daño para los pacientes.
2. Privacidad: en las investigaciones con seres humanos, se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice[112].
3. Respeto por la dignidad humana: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar[113].
4. Justicia: se entiende como equidad en la distribución de cargas y beneficios que le ofrecemos a los pacientes. Cada persona tiene una necesidad individual y todos tienen derecho a la privacidad, confidencialidad y veracidad de la información como sujetos partícipes de investigación.

En el desarrollo de esta investigación prevaleció la seguridad de los participantes, a los cuales se les expresó claramente que su cooperación con el estudio no implicaba

---

[110] COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución no. 008430 de 4 de octubre de 1993 (en línea). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en internet: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

[111] CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Título 1. Capítulo 1. Artículo 1., p. 15.

[112], MINISTERIO DE SALUD. Resolución No. 08430. Óp. cit., Título II, capítulo 1. Artículo 8.

[113] Ibíd., Título II, capítulo 1. Artículo 5.

riesgos, según lo definido en el literal a) del artículo 11 de la Resolución 08430[114]. Por eso, fue necesario informar de manera clara y completa los fines de la investigación propuesta, aclarando que sólo cumple funciones académicas. A pesar de ser una investigación sin riesgos, se garantizó que se cumplieran los principios éticos mencionados y el respeto por la dignidad humana, para no crear inconformidad entre los participantes. Tomando en cuenta la individualidad y privacidad de los sujetos de investigación, para diligenciar el instrumento se buscó un lugar cómodo, privado, así como el momento más oportuno después la consulta de control. Sin embargo, se contempló que si alguno de los participantes manifestaba incomodidad con la aplicación del instrumento éste podría retirarse y ser reemplazado por otro participante; esta situación no se presentó.

Por otro lado, se tuvo en cuenta la Ley 911 de 2004[115], por el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orienten el ejercicio de enfermería. De igual manera, se tuvo en cuenta aspectos contemplados en los procesos de investigación[116].

Se presentó la propuesta al Director del Hospital Divino Niño de Buga y al comité de ética de la institución, de los cuales se obtuvo su aval. Además, se contó con el aval del Comité de ética de Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

En cuanto a la propiedad intelectual, se reconocieron los créditos de autoría por medio de referencias bibliográficas de los autores citados y del instrumento utilizado.

3.13 Difusión y publicación

La socialización de los resultados de la Investigación se presentará en la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, en la Facultad de Enfermería, a las Directivas del

[114] MINISTERIO DE SALUD. Resolución 08430.. Óp. cit., Artículo 11, literal a).

[115] Ibíd., Título 1. Capítulo 1. Artículo 1., p. 15.

[116] Ibíd., p. 25.

Hospital Divino Niño de Buga Valle del Cauca. De igual manera, los hallazgos se publicarán en la revista Avances y se socializará en eventos a nivel regional, nacional o internacional.

4. Análisis y discusión de los resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio en el siguiente orden:

Primero, la caracterización demográfica del grupo de 335 pacientes inscritos en el programa de crónicos de la E.S.E. Hospital Divino Niño de Buga, Valle del Cauca, y que participaron en el estudio. Inicialmente se hizo una descripción de la población teniendo en cuenta las variables de edad, sexo, estrato socioeconómico y estado civil; posteriormente se describió el comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en esta población, estableciendo categorías de bajo y alto nivel de riesgo. El análisis e interpretación de los resultados respecto a la caracterización demográfica, se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva.

En segundo lugar, se presentan los resultados, de acuerdo con los objetivos planteados y en concordancia con la teoría de Autocuidado de Dorotea Orem, comenzando por la descripción de la situación de adherencia, para posteriormente presentar el análisis de las dimensiones en términos de los factores sociodemográficos y de riesgo cardiovascular.

La investigación se apoyó en elementos de estadística inferencial, porque ésta permite sustentar la relevancia de las diferencias de la situación de adherencia entre niveles o estados de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, relevancia valorada por medio de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (prueba que no requiere de supuestos de normalidad).

Por otra parte, se utilizó la correlación de Spearman, para valorar la concordancia de la edad de los participantes con la valoración de cada una de las dimensiones establecidas en el instrumento.

4.1 Descripción sociodemográfica de la muestra

A continuación se presentan las características sociodemográficas de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga, participantes en el estudio.

En la tabla 4 se describe la distribución porcentual según la edad de los pacientes que participaron en el estudio.

Tabla 4 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según edad.

EDAD (años)	Frecuencia	Porcentaje
19 - 49 años	65	19,4
50 - 59 años	111	33,1
60 - 69 años	84	25,1
70 años o más	75	22,4
Total	335	100,0

Fuente: Resultados aplicación cuarta versión del instrumento "Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Hospital Divino Niño, Buga Valle del Cauca, 2012.

Se recolectó información de 335 pacientes, con un rango entre 19 y 90 años, donde el grupo de edad con mayor número de participantes fue el comprendido entre los 50 y 59 años, que corresponde a 33,1 % de la muestra (n= 111). Cabe resaltar, que 52,5 % de los participantes tiene menos de 60 años. Estos resultados guardan relación con el estudio realizado por Rodríguez y Gómez[117], quienes también encontraron edades similares que oscilaron entre 23 y 85 años. Al respecto afirman "…este referente permite analizar el incremento de factores de riesgo cardiovascular en forma temprana y que continúan a lo largo de los años; los estudios epidemiológicos han demostrado que los factores de riesgo metabólicos tienden a incrementarse con la edad, de no intervenir en forma temprana". Igualmente se encontró similitud en estudio realizado por Ortega[118], donde la mayor proporción de pacientes de ambos géneros se encontró en rangos de edad entre 45 y 68 años, destacándose que 30 % está en intervalo de 53 a 60 años.

[117] RODRÍGUEZ A., Alba Luz., GÓMEZ O., Ana Maritza. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Publicado en: av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010 Artículo de Investigación. Consultado online. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a07.pdf. pág. 6.

[118] ORTEGA OVIEDO, Estela. Óp. Cit., p. 71.

Tabla 5 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	243	72,5
MASCULINO	92	27,5
Total	335	100,0

Fuente: Resultados aplicación cuarta versión del instrumento "Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Hospital Divino Niño, Buga Valle del Cauca, 2012.

Con respecto al género, se encontró una mayor participación del género femenino con 72,5%, (n=243), frente al masculino con 27,5% (n=92). Es importante destacar que en la mayoría de los programas de patologías crónicas en la región, las mujeres acuden con mayor frecuencia que los hombres, teniendo en cuenta que las pacientes son amas de casa y probablemente por esta razón tengan mayor tiempo y disposición para acudir a sus citas de controles. Esto lo corroboran estudios realizados por otros investigadores que reportan una mayor asistencia de las mujeres a la institución de salud, relacionada con la ocupación (pensionada o encargada del hogar) que permite flexibilidad en el manejo del tiempo, en contraste el género masculino presenta dificultades en los permisos laborales y olvido con el tratamiento[119]. Sin embargo, en la literatura, se reporta que los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres, y son afectados en edades más tempranas[120]. En los estudios de Rodríguez y Gómez[121], y Flórez[122], predominó el género femenino con 63.4 y 54 % respectivamente.

Tabla 6 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
HOGAR	188	56,1
PENSIONADO	14	4,2
EMPLEADO	120	35,8
DESEMPLEADO	12	3,6
ESTUDIANTE	1	,3

[119] Ibíd., pág. 6.

[120] ORTEGA OVIEDO., Stella Ignacia. Óp. Cit., p. 73.

[121] RODRÍGUEZ ACELAS, Alba Luz, GÓMEZ OCHOA, Ana Maritza. ÓP. Cit. p.65.

[122] FLOREZ T., Inna Elida. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Publicado en revista: Avances en Enfermería. Vol. 27. Nro. 2.

Total	335	100,0

Fuente: Resultados aplicación cuarta versión del instrumento "Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Hospital Divino Niño, Buga Valle del Cauca, 2012.

En cuanto a la ocupación se encontró que 56,1% (n=188) de los pacientes se dedican a actividades del hogar, 35,8% (n=120) son empleados, 4,2% (n=14) son pensionados, 3,6% (n=12) desempleado y 3% (n=1) es estudiante.

Tabla 7 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según nivel educativo.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	16	4,8
PRIMARIA	163	48,7
SECUNDARIA	119	35,5
TÉCNICO	28	8,4
UNIVERSITARIO	9	2,7
Total	335	100,0

Fuente: Resultados aplicación cuarta versión del instrumento "Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Hospital Divino Niño, Buga Valle del Cauca, 2012.

Con referencia al nivel educativo se observa que 48,7% (n=163) tienen estudios de básica primaria, 35,5% (n=119) estudios secundarios, 8,4% (n=28) son técnicos, 4,8% (n=16) ningún nivel educativo y 2,7% (n=9) son universitarios.

Tabla 8 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según estrato socioeconómico.

Estrato Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
1	104	31,0
2	125	37,3
3	101	30,1
4	5	1,5
Total	335	100,0

Fuente: Resultados aplicación cuarta versión del instrumento "Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Hospital Divino Niño, Buga Valle del Cauca, 2012.

Los pacientes (37,3%) (n=125), reside en viviendas de estrato socioeconómico 2, seguido de 31% (n=104) en estrato 1; 30,1% (n=101) en estrato 3 y sólo 1% (n=5) tiene domicilio en estrato socioeconómico 4. Se confirma con estos resultados, que la

población de influencia de la E.S.E. Hospital Divino Niño, corresponde a pacientes con menor nivel socioeconómico.

Tabla 9 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	162	48,4
SOLTERO	49	14,6
SEPARADO	27	8,1
UNIÓN LIBRE	58	17,3
VIUDO	39	11,6
Total	335	100,0

Fuente: Resultados aplicación cuarta versión del instrumento "Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Hospital Divino Niño, Buga Valle del Cauca, 2012.

Al analizar el estado civil de los pacientes se encontró que predominan los casados con 48,4% (n=162), seguidos de personas en unión libre con 17,3% (n=58), solteros 14,6% (n=49), viudos con 11,6% (n=39) y separados 8,1% (n=27). Según el estudio realizado por Flórez[123], se encontró que 46% eran casados. Existe similitud con el estudio de Ortega[124], 57% de los pacientes son casados, 22% viven en unión libre, 4% son solteros, 15% viudos y 2% separados.

Con relación a los factores de riesgo cardiovascular en los participantes del estudio, se encontró que 94 % de los pacientes tiene hipertensión arterial, 21 % diabetes mellitus, 16 % obesidad y 4 % con más factores de riesgo como dislipidemia. Es de anotar, que la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de todas las formas de enfermedad cardiovascular para ambos sexos entre los 35 y 64 años de edad[125]. Este factor prevalece y conlleva a incrementar las cifras de morbimortalidad en la población en general.

[123] FLOREZ T., Inna Elida. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Publicado en revista: Avances en Enfermería. Vol. 27. Nro. 2.

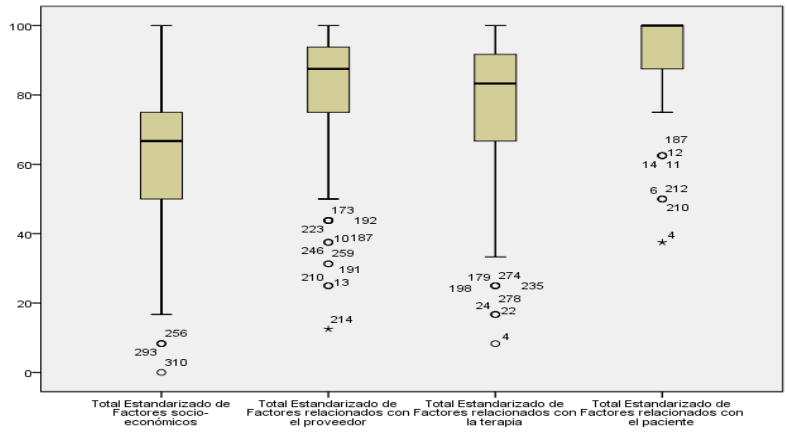
[124] ORTEGA OVIEDO., Stella Ignacia. Óp. Cit., p. 73

[125] STOKES J., KANNEL WB., WOLF P.A. et al: the relative importance of selected risk factors for various manifestations of cardio-vascular disease amoung men and women from 35-64 years: 30Years of follow-up from the Framingham study. Circulation 1987; (suppl V) 75:65-73. Citado por: CORTES C, Luis Alberto. Tipificación del síntoma del dolor toráxico tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Tesis de Maestría Universidad Nacional de Colombia. 2006. p. 39

4.2 Grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los participantes

Como se detalló en el capítulo del marco de diseño, la cuarta versión del instrumento para determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, está constituido por cuatro dimensiones que incluyen los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el proveedor: sistemas y equipo de salud, factores relacionados con la terapia y con el paciente. Cada una de estas dimensiones está conformada por un número de ítems que difiere entre estas, por tanto, fue preciso considerar una nueva escala que permitiera la comparación entre las dimensiones; para identificarla se denomina para cada dimensión *total estandarizado.*

Gráfica 1 Resumen estadístico gráfico de cada una de las dimensiones estandarizadas.



En forma general se observa que la dimensión IV: Factores relacionados con el paciente, presenta los mayores valores en la escala, con menor variabilidad y con presencia *outliers* en un sector intermedio. Se resalta el hecho de que la mediana de esta dimensión, está adherida al cuartil superior, lo cual significa un apiñamiento de valores en la máxima calificación posible.

La dimensión factores socioeconómicos, presenta un comportamiento opuesto a la anterior dimensión, pues presenta los resultados con menor calificación; sus *outliers* se encuentran en el extremo inferior de la escala, la variabilidad es mayor y la mediana está alejada del cuartil superior, lo cual permite visualizar una distribución relativamente simétrica de los datos.

Las dimensiones II y III, relacionadas con el proveedor del sistema de salud y la terapia, presentan rasgos estadísticos similares.

En síntesis, el comportamiento estadístico de las dimensiones se condensa en la siguiente tabla.

Tabla 10 Resumen estadístico básico de cada una de las dimensiones estandarizadas.

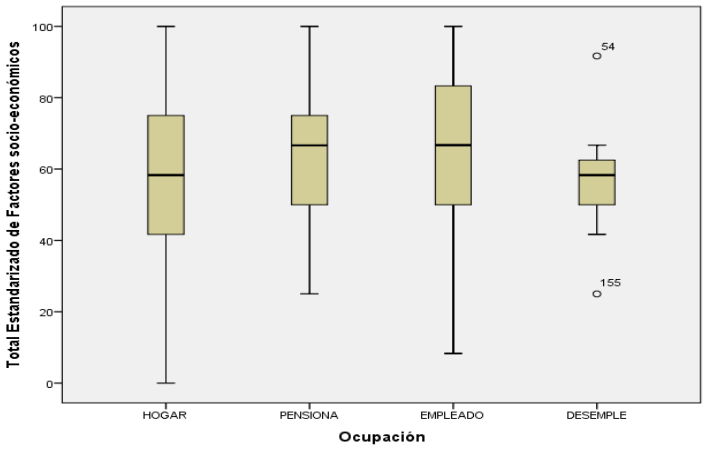
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
Total Estandarizado de Factores socio-económicos	0	100	61,37	20,318	-,413	-,246
Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	13	100	82,35	16,087	-1,453	2,472
Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	8	100	75,40	19,300	-,832	,294
Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	38	100	92,84	10,770	-1,707	3,399
N válido (según lista)						

4.3 Análisis de las dimensiones en términos de los factores sociodemográficos y de riesgo cardiovascular

4.3.1 Dimensión I: Factores socioeconómicos

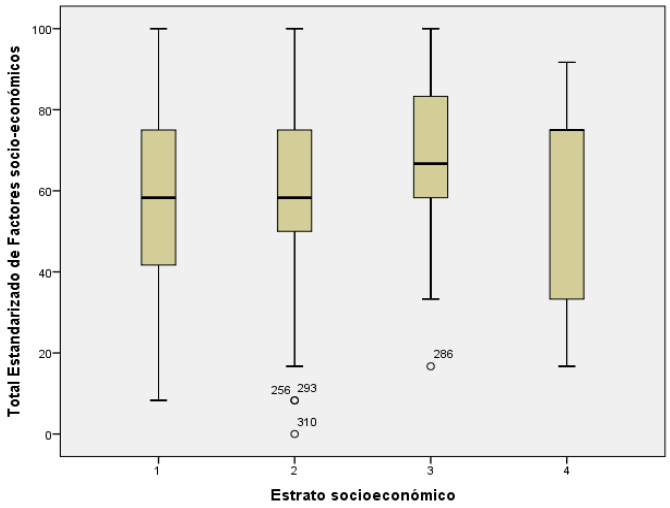
Los ítems que contempla esta dimensión buscan explorar las posibilidades sociales y económicas de los pacientes para adherirse a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; entre las variables sociodemográficas, la ocupación se espera guarde una relación importante con estas posibilidades.

Gráfica 2 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación a la ocupación.



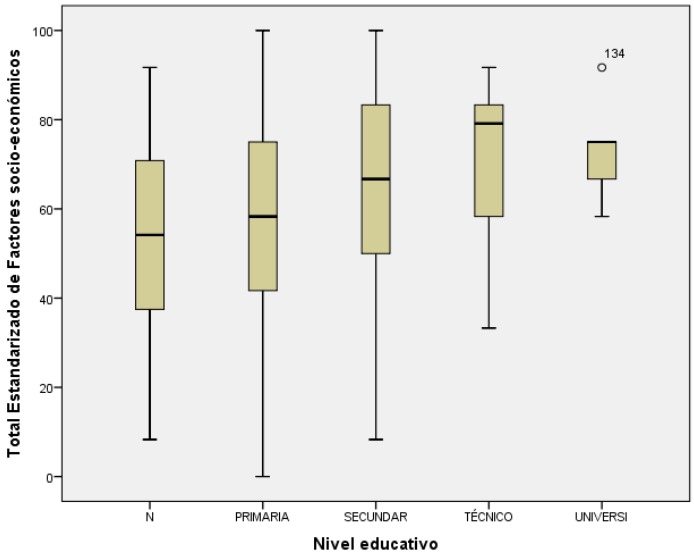
Gráficamente esta dimensión tiene comportamientos disímiles entre las diferentes categorías adoptadas en este estudio. La dimensión alcanza su mayor variabilidad en el grupo de empleados; los desempleados son más unánimes en la evaluación de la adherencia en este factor, pero es llamativa la presencia de outliers. Analíticamente, la prueba de Kruskal-Wallis muestra que la ocupación es un elemento diferenciador en la dimensión factores socioeconómicos, al presentar un valor P de 0.020 que comparado con el nivel adoptado de 0.05 permite sustentar esta afirmación (Ver anexo D).

Gráfica 3 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al estrato socioeconómico.



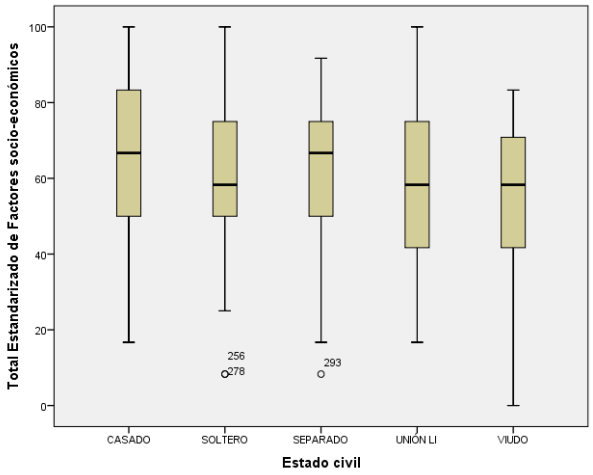
El diagrama muestra las diferencias de la distribución de la dimensión I: factores relacionados con los aspectos socioeconómicos, donde analíticamente la prueba de Kruskal-Wallis precisa que el estrato socioeconómico también es un elemento diferenciador en la dimensión I, puesto que el valor P de 0.021 comparado con el nivel adoptado de 0.05 respalda dicha aseveración (Ver anexo E).

Gráfica 4 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al nivel educativo.



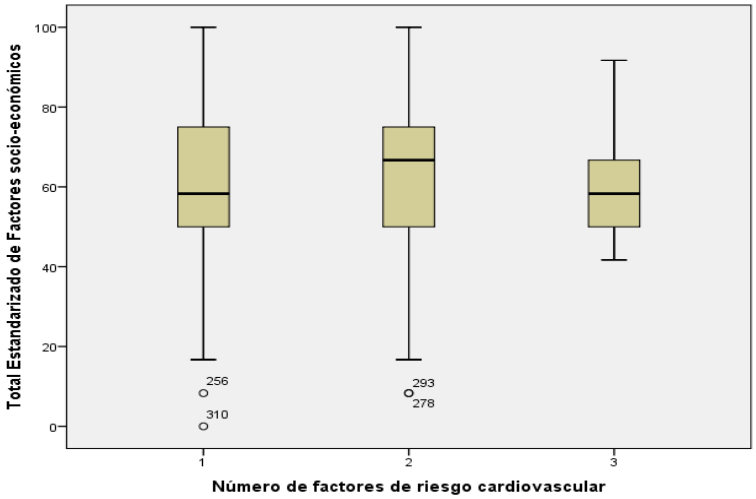
La gráfica 4 denota un aumento progresivo de la valoración de los factores socioeconómicos, concordante con el nivel educativo, es decir, la valoración parece mejorar al contar con un mayor grado de escolaridad. Para este caso la prueba de Kruskal-Wallis, también destaca al nivel educativo como un elemento diferenciador en la dimensión factores socioeconómicos, puesto que el valor P de 0.001 es evidencia estadística al respecto. (Ver anexo F).

Gráfica 5 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al estado civil.



El diagrama de la gráfica muestra que el estado civil no es una condición relevante en la valoración de los factores socioeconómicos, confirmado por la prueba de Kruskal-Wallis, que reveló un valor P de 0.129 que es mayor al punto de referencia 0.05, lo cual permite afirmar que la distribución del puntaje en la dimensión es similar en las diferentes categorías del estado civil. (Ver anexo G).

Gráfica 6 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores socioeconómicos con relación al número de factores de riesgo cardiovascular.



Por su parte el diagrama de la gráfica y el resultado de la correspondiente prueba de Kruskal-Wallis (P=0.531), expresan que el número de factores de riesgo cardiovascular no se destaca como un elemento distintivo en la valoración de los factores socioeconómicos. (Ver anexo H).

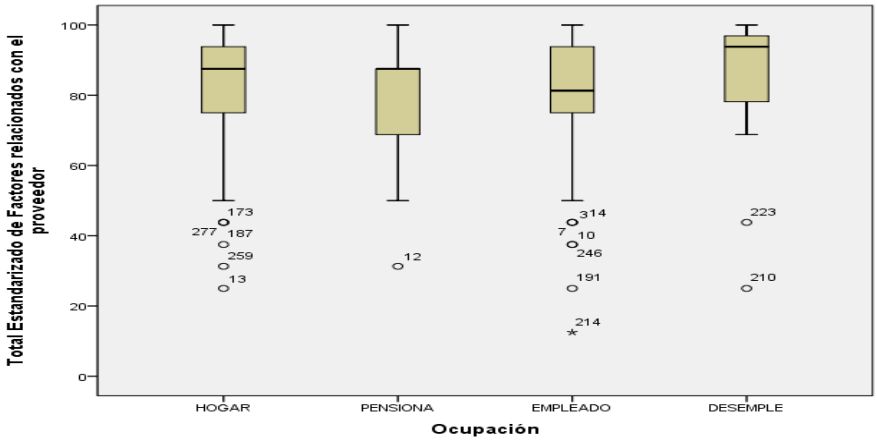
Por último, la variable edad no tiene relación con la dimensión I, que sintetiza aspectos de orden económico, puesto que el valor P correspondiente al análisis de la correlación de Spearman de 0.646 y el valor propiamente dicho de la correlación de 0.025 lo indican. (Ver anexo I).

En síntesis, los factores socioeconómicos relacionados con el número de factores de riesgo cardiovascular no parecen tener influencia en esta valoración.

4.3.2 Dimensión II: Factores relacionados con el proveedor: Sistemas y equipos de salud.

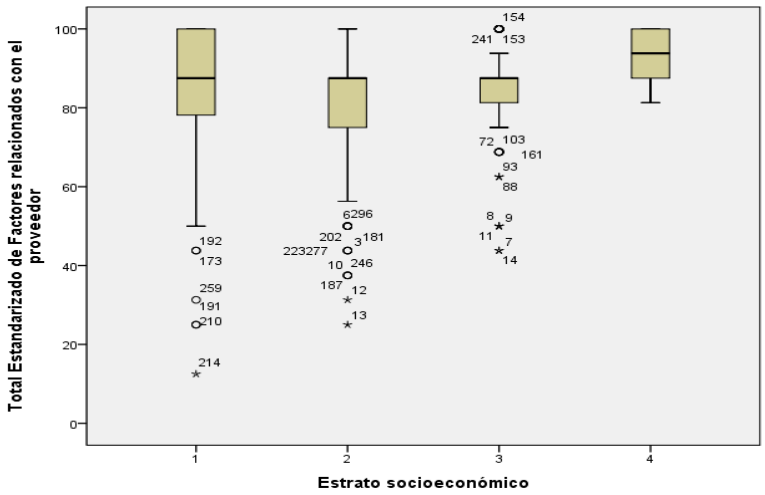
Los ítems que contempla esta dimensión buscan explorar la relación que tienen los pacientes con el proveedor del sistema y equipo de salud y la adherencia que tienen los pacientes a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; entre las variables se espera guarde una relación importante con estas posibilidades.

Gráfica 7 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y ocupación.



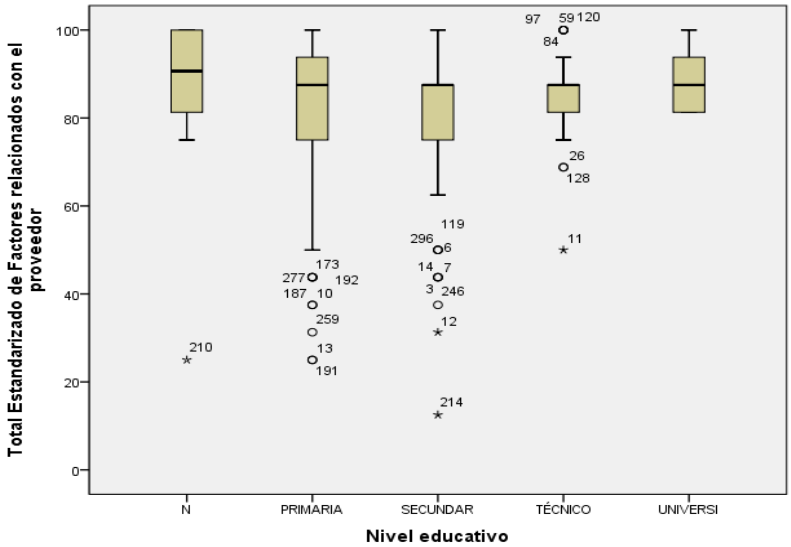
Gráficamente esta dimensión tiene comportamientos similares entre las diferentes categorías adoptadas en este estudio. En la dimensión se observa una variabilidad muy similar en todos los grupos y no sobresale ninguna de ellas, pero es llamativa la presencia de *outliers* en todos los grupos, pero principalmente en hogar y empleados. Analíticamente, la prueba de Kruskal-Wallis muestra que la ocupación no es un elemento diferenciador en la dimensión de factores relacionados con el proveedor y ocupación, al presentar un valor P de 0.673 que comparado con el nivel adoptado de 0.05 permite sustentar esta afirmación (Ver anexo D).

Gráfica 8 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y estrato socioeconómico.



El diagrama de la gráfica muestra diferencias de la distribución de la dimensión II, según el proveedor, analíticamente la prueba de Kruskal-Wallis muestra que el estrato socioeconómico aunque no es un elemento diferenciador a la luz del valor de referencia 0.05, el valor P (0.080) sí está muy cercano a éste, luego no es posible llegar a una conclusión estadística categórica. (Ver anexo E).

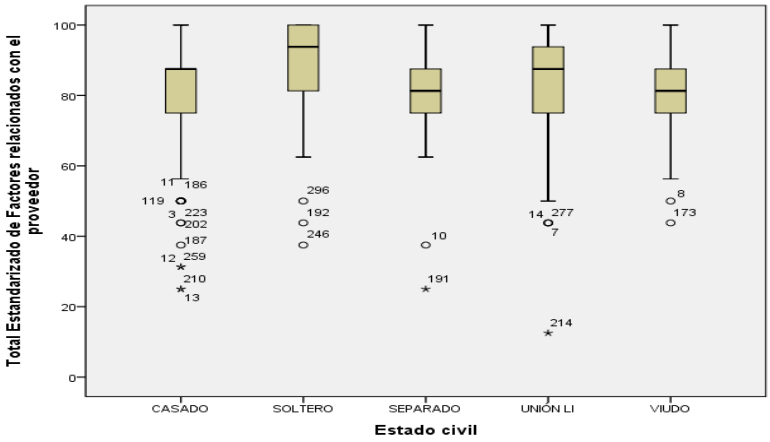
Gráfica 9 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y nivel educativo.



En la gráfica 9, se muestra el diagrama de caja para la variable nivel educativo. Analizando este diagrama se observa que la distribución de pesos es asimétrica. Para este caso la prueba de Kruskal-Wallis, no detecta fuertes diferencias entre el grado de

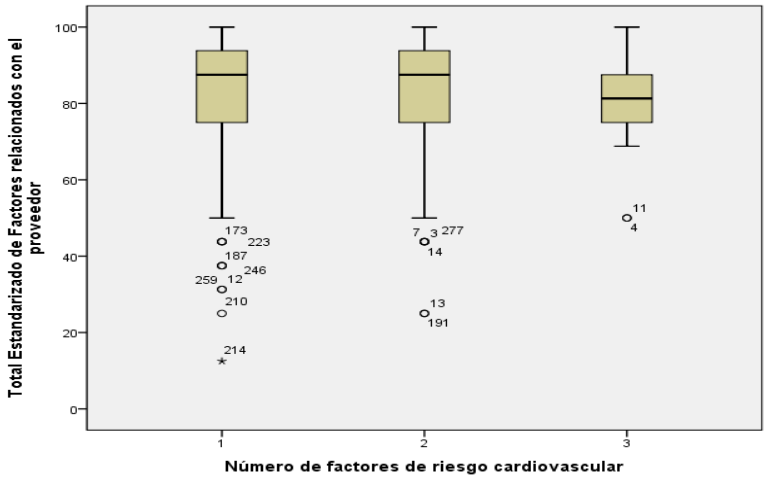
escolaridad donde el valor de P fue de 0.349. Sin embargo, llama la atención que la mediana tiene un comportamiento similar en todos ellos. (Ver anexo F).

Gráfica 10 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y estado civil.



El diagrama de la gráfica muestra que el estado civil es una condición relevante en la valoración de los factores relacionados con el proveedor, confirmado por la prueba de Kruskal-Wallis, que reveló un valor P de 0.022 teniendo en cuenta el punto de referencia 0.05. (Ver anexo G).

Gráfica 11 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el proveedor y riesgo cardiovascular.



Por su parte el diagrama de la gráfica 11 y el resultado de la correspondiente prueba de Kruskal-Wallis (P=0.469), expresan que el número de factores de riesgo cardiovascular

no se destaca como un elemento distintivo en la valoración de los factores relacionados con el proveedor. (Ver anexo E).

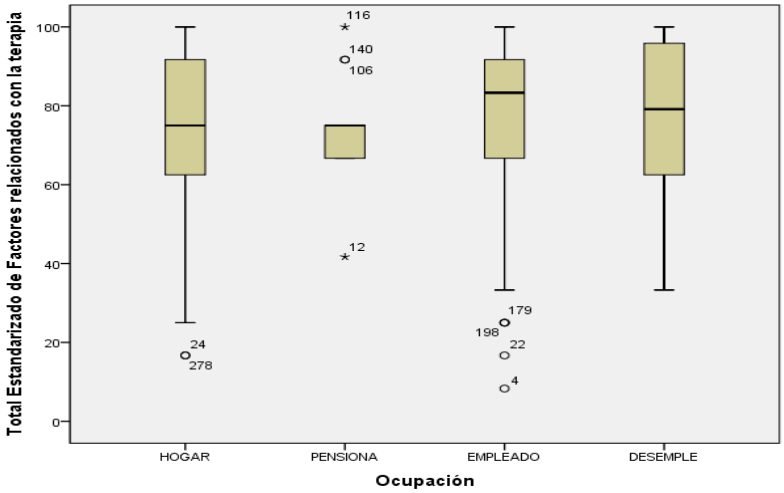
Por último, la variable edad sí tiene correlación, aunque débil, con la dimensión II que compila elementos relacionados con el proveedor: sistemas y equipos de salud, puesto que el valor P correspondiente al análisis de la correlación de Spearman de 0.025 y el valor propiamente dicho de la correlación de -,123 lo indican. (Ver anexo J).

En síntesis, la variable estado civil y edad si se destacan como elementos distintivos en esta dimensión.

4.3.3 Dimensión III: Factores relacionados con la terapia.

Los ítems que contempla esta dimensión buscan explorar los factores relacionados con la terapia de los pacientes para adherirse a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; entre las variables sociodemográficas, los factores de riesgo cardiovascular se espera guarde una relación importante con estas posibilidades.

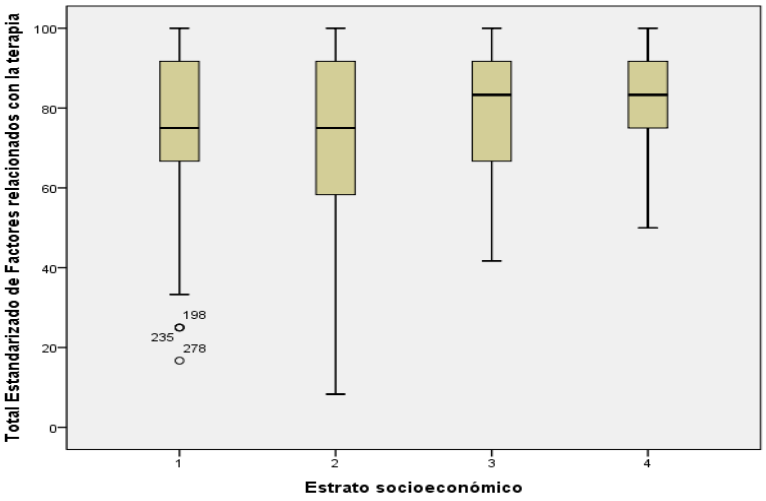
Gráfica 12 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y ocupación.



Gráficamente la dimensión III: factores relacionados con la terapia del paciente, alcanza su mayor similitud en el grupo de empleados; los más unánimes son los pensionados en la evaluación de la adherencia en éste factor. La mediana se ubica por encima del percentil 50 en todos los grupos. Analíticamente, la prueba de Kruskal-Wallis muestra

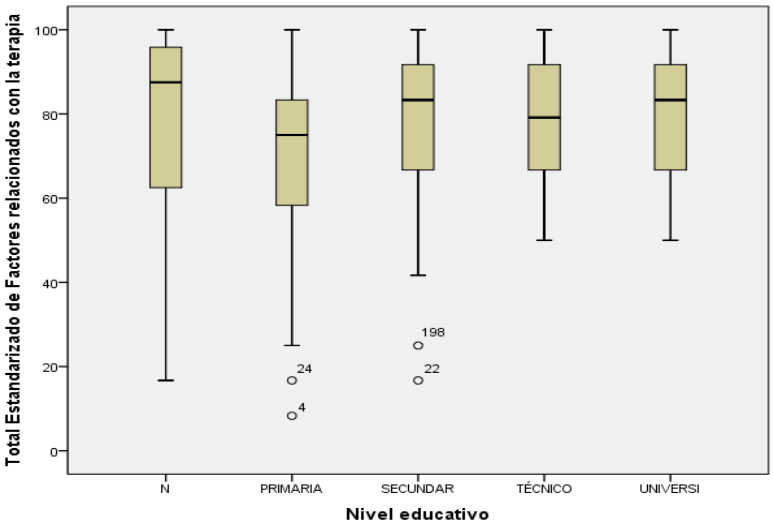
que la ocupación no es un elemento diferenciador en la dimensión factores relacionados con la terapia, al presentar un valor P de 0.549 comparado con el nivel adoptado de 0.05. (Ver anexo D).

Gráfica 13 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y estrato socioeconómico.



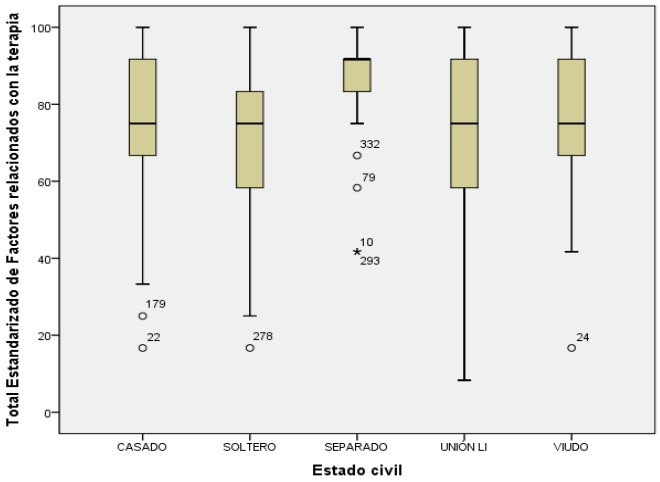
El diagrama de la gráfica muestra semejanza en la distribución de la dimensión III, según los factores relacionados con la terapia, analíticamente la prueba de Kruskal-Wallis muestra que el estrato socioeconómico no es un elemento diferenciador en la dimensión factores relacionados con la terapia, puesto que el valor P de 0.232 comparado con el nivel adoptado de 0.05 respalda dicha aseveración (Ver anexo E).

Gráfica 14 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y nivel educativo.



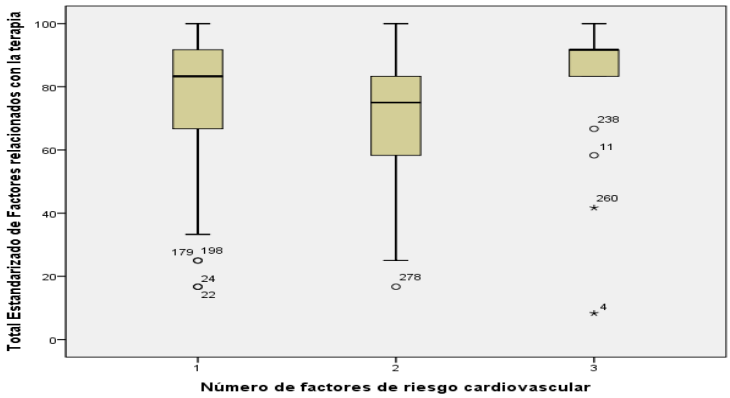
En todos los grupos el total estandarizado de factores relacionados con la terapia se ubica en niveles altos. La mediana estandarizada de factores es mayor en el grupo N (ninguna educación) donde también se presenta mayor dispersión de datos. La diferencia observada es estadísticamente significativa, si es un elemento diferenciador, es decir el comportamiento de los factores relacionados con la terapia no es igual en todos los grupos (Kruskal-Wallis 0.012). (Ver anexo F).

Gráfica 15 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y estado civil.



El diagrama de la gráfica muestra que el estado civil no es una condición relevante en la valoración de los factores relacionados con la terapia, confirmado por la prueba de Kruskal-Wallis, que reveló un valor P de 0.160 que es mayor al punto de referencia 0.05. En forma general se observa que en la dimensión III: factores relacionados con la terapia, la mediana de esta dimensión, está adherida al cuartil superior en el grupo de separados que se observan más unánimes y el grupo de personas en unión libre son los más dispersos, lo cual permite afirmar que la distribución del puntaje en el dimensión es similar en las diferentes categorías del estado civil. (Ver anexo G).

Gráfica 16 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con la terapia y riesgo cardiovascular.

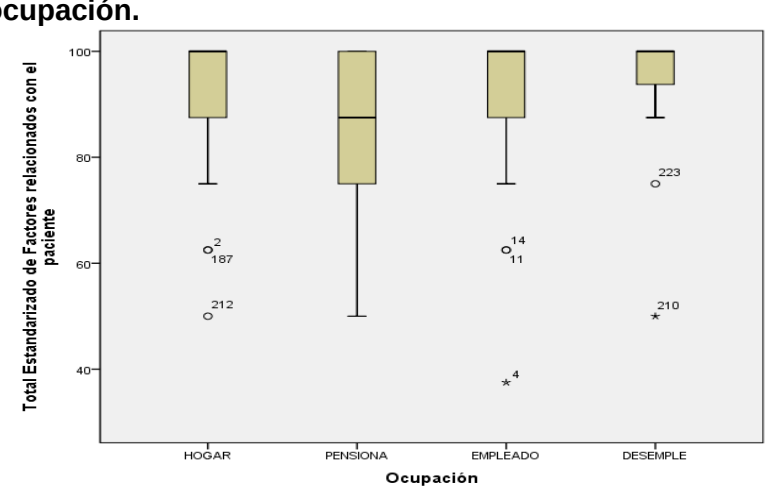


Por su parte en el diagrama de la gráfica 16, se observa que la mediana esta cerca al cuartil superior, el tercer grupo con 3 factores de riesgo cardiovascular son menos variables y los más dispersos son los que tienen dos factores de riesgo cardiovascular. El resultado de la correspondiente prueba de Kruskal-Wallis (P=0.007), fue significativo y es un elemento diferenciador (Ver anexo H).

Por último, la variable edad no tiene relación con la dimensión III, que condensa aspectos relacionados con la terapia, puesto que el valor P correspondiente al análisis de la correlación de Spearman fue de 0.756 y el valor propiamente dicho de la correlación de 0.017 lo indican. (Ver anexo K).

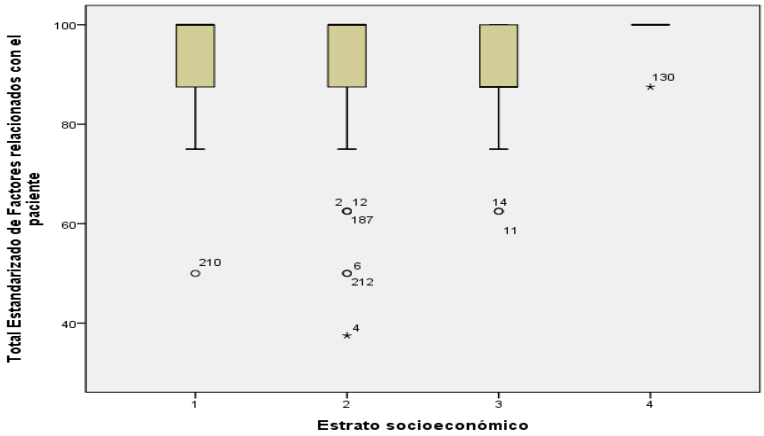
4.3.4 Dimensión IV: Factores relacionados con el paciente.

Gráfica 17 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y ocupación.



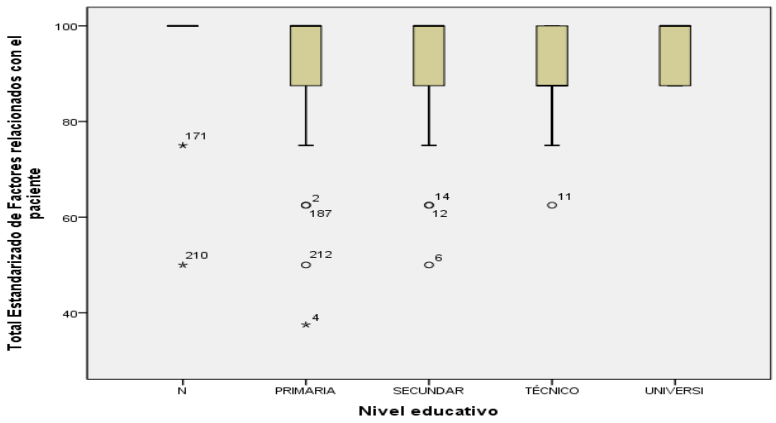
Gráficamente la dimensión IV (factores relacionados con el paciente) se comporta homogéneamente; la mediana en tres de los grupos está adherida al cuartil superior, el grupo de desempleados presenta menor variabilidad y los pensionados son los más dispersos. La dimensión alcanza su mayor variabilidad en el grupo de pensionados. Analíticamente, la prueba de Kruskal-Wallis muestra que la ocupación no es un elemento diferenciador en la dimensión factores relacionados con el paciente, con un valor P de 0.299 (Ver anexo D).

Gráfica 18 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y estrato socioeconómico.



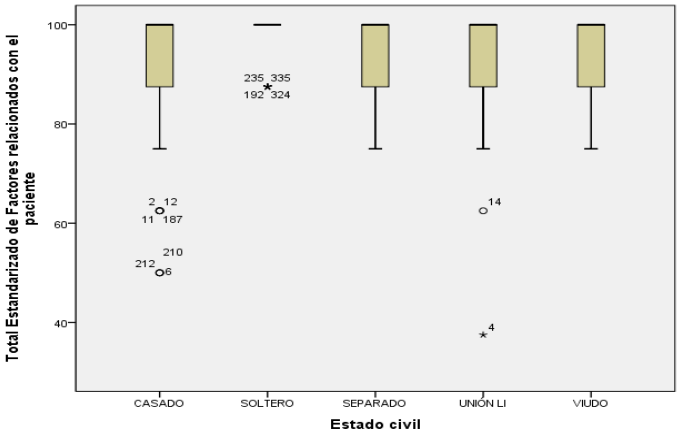
El diagrama muestra diferencias de la distribución de la dimensión IV, según el estrato socioeconómico, analíticamente la prueba de Kruskal-Wallis muestra que el estrato socioeconómico también es un elemento diferenciador en la dimensión factores relacionados con el paciente, puesto que el valor P de 0.000 comparado con el nivel adoptado de 0.05 respalda dicha aseveración (Ver anexo E).

Gráfica 19 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y nivel educativo.



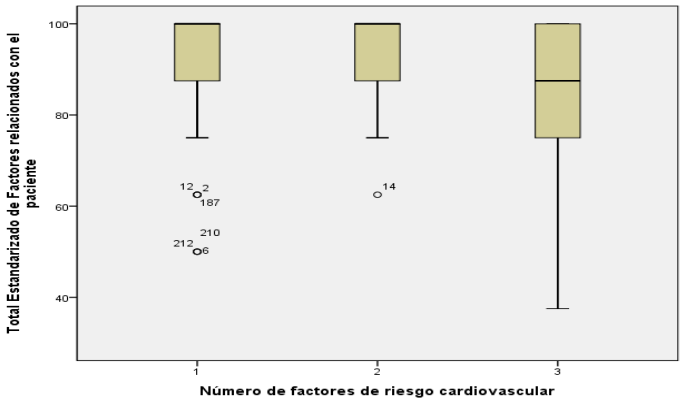
La gráfica muestra que aunque visualmente son muy similares, la mediana se encuentra adherida al cuartil superior, el nivel educativo se presenta como un elemento diferenciador. Para este caso la prueba de Kruskal-Wallis, también destaca al nivel educativo como un elemento diferenciador en la dimensión factores relacionados con el paciente, puesto que el valor P de 0.001 y es evidencia estadística al respecto. (Ver anexo F).

Gráfica 20 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y estado civil.



El diagrama de la gráfica 20 muestra similitud al observarla, en cuanto al estado civil los solteros son los que marcan la diferencia en la adherencia respecto a los factores relacionados con el paciente, son más unánimes. Los demás estados civiles se comportan prácticamente igual, la mediana se ubica en el cuartil superior. Analíticamente la prueba de Kruskal-Wallis es significativa porque reveló un valor P de 0.001 que es menor al punto de referencia 0.05. (Ver anexo G).

Gráfica 21 Resumen estadístico gráfico de la dimensión factores relacionados con el paciente y riesgo cardiovascular.



Por su parte el diagrama de la gráfica expresa que el número de factores de riesgo cardiovascular no se destaca como un elemento distintivo en la valoración de los factores relacionados con el paciente. La mediana se ubica en el cuartil superior en dos de los grupos y los pacientes que tiene tres factores de riesgo cardiovascular tiene más variabilidad. El resultado de la correspondiente prueba de Kruskal-Wallis fue de (P=0.212). (Ver anexo H).

Por último, hay correlación negativa entre la edad y la dimensión IV, que se refiere a la disposición del paciente para seguir los tratamientos, puesto que el valor P correspondiente al análisis de la correlación de Spearman de 0.000 y el valor propiamente dicho de la correlación de -,260 lo indican. (Ver anexo L).

4.4 Grado de adherencia

Tabla 11 Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según grado de Adherencia.

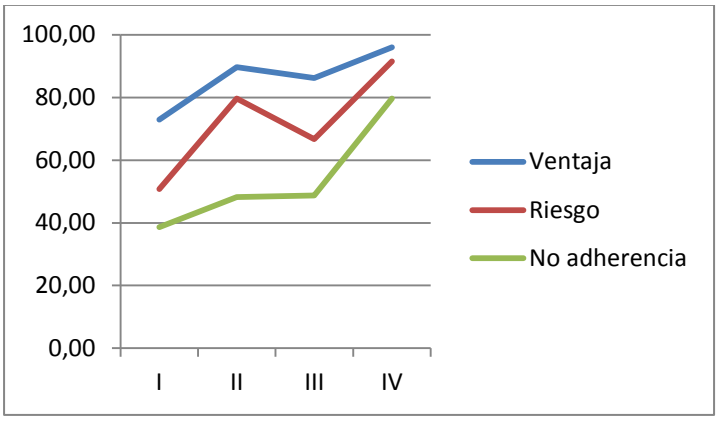
Grado de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
No adherencia	27	8,1
Riesgo de no adherencia	133	39,7
Ventaja para adherencia	175	52,2
Total	335	100,0

Fuente: Resultados aplicación cuarta versión del instrumento “Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Hospital Divino Niño, Buga Valle del Cauca, 2012.

En cuanto a la Adherencia de los participantes en el estudio, se encontró que 52.2% (n=175) están en situación de ventaja para adherencia, 39.7% (n=133) están en situación

de riesgo de no adherencia y el 8.1% (n=27) no están en situación de adherencia. Existe similitud con el estudio realizado por Ortega[126], se encontró que 67% de los pacientes se encuentra en situación de ventaja para adherencia, el 29% en riesgo de adherencia y el 4% no tienen adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. En el estudio de Velandia[127], el 77% de las personas presentó buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y el 23% tuvo regular adherencia.

Gráfica 22 Análisis del grado de adherencia



Según la gráfica, 52.2% de los participantes tienen ventaja para adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, 39.7% están en riesgo de adherencia y 8.1% no tiene adherencia. Otros hallazgos precisan que: *"La mayoría de participantes se ubicaron en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia (42%), seguido de en ventaja para adherencia (39%) y los que no pueden responder con conductas de adherencia (19%")*[128].

Al analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento relacionados con el proveedor Flórez[129], encontró que 82% de los participantes se encontraron en la categoría en ventaja para adherencia.

---

[126] Ibíd., pág. 75.

[127] VELANDIA-ARIAS, Anita. RIVERA-ÁLVAREZ, Luz Nelly. Óp. Cit. p. 544.

[128] HERRERA GUERRA, Eugenia. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Artículo de investigación. Consultado online (abril 22 de 2014). Disponible en: av.enferm., XXX (2): 67-75, 2012. p. 70

A continuación en la tabla 12 se presentan las dimensiones por situación de adherencia de los participantes.

Tabla 12 Promedio de las Dimensiones por Situación de Adherencia.

	Ventaja	Riesgo	No adherencia
D I	72,95	50,75	38,58
D II	89,66	79,67	48,17
D III	86,15	66,67	48,77
D IV	95,93	91,45	79,63

En términos generales se observa que quienes se encuentran en Situación de Ventaja para Adherencia corresponden a la dimensión IV: relacionado con el paciente.

El promedio de los pacientes en Situación de Ventaja para Adherencia fue más alto en la dimensión IV (paciente) con 92.93, en la dimensión II (proveedor) 89.66, en lo relacionado con la terapia 86.15 y calificaron 72.95 para lo relacionado con aspectos socioeconómicos.

En cuanto a la situación de Riesgo de No Adherencia, el promedio más alto se presentó en la dimensión IV (paciente) con 91.45, en la dimensión relacionada con el proveedor 79,67, la dimensión III (terapia) el promedio de 66.67 y la menor calificación 50.75 para lo relacionado con los aspectos socioeconómicos.

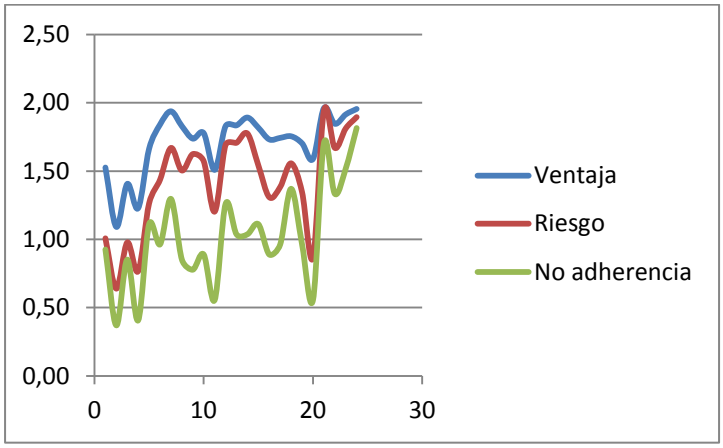
Para la situación de condiciones de No Adherencia el promedio más alto 79.63 para la dimensión IV (paciente), para la dimensión III (terapia) el promedio fue 48.77 y 48.17 para dimensión II (proveedor) y la menor calificación 38.58 para lo relacionado con los aspectos socioeconómicos.

[129] FLÓREZ TORRES, Inna, Óp. Cit. p. 77.

4.4.1 Situación de ventaja para adherencia

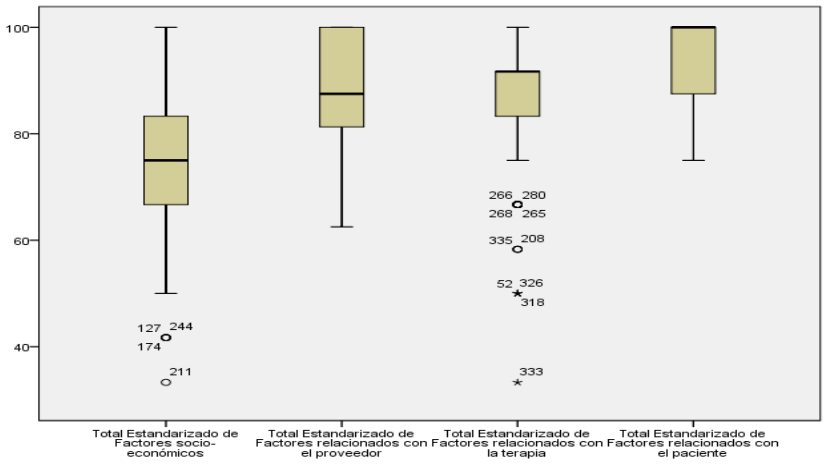
A continuación en la gráfica se presenta la situación de adherencia de los participantes en el estudio y la calificación de acuerdo con el instrumento aplicado.

Gráfica 23. Situación de Adherencia



Analíticamente en la gráfica se observa el comportamiento de la situación para adherencia en cada uno de los ítems calificados para los grados de adherencia de los participantes, teniendo en cuenta la calificación del instrumento con una oscilación entre 0 a 2 puntos máximo.

Gráfica 24. Resumen estadístico gráfico de la Situación de Ventaja para Adherencia.



Gráficamente en la situación de ventaja de adherencia se observa menor variabilidad en los factores relacionados con la terapia, aunque hay presencia de outliers, los factores

relacionados con el paciente están adheridos al cuartil superior; en los relacionados con el proveedor la mediana se ubica en el percentil 75 y los factores socioeconómicos obtuvieron el menor puntaje y la mediana se ubica cerca al cuartil 50. La dimensión evaluada de forma más homogénea es la III (terapia) y la dimensión relacionada con el proveedor alcanza su mayor variabilidad. El grupo que presenta mayor dispersión está relacionado con los factores socioeconómicos que se encuentran entre el percentil 50 y 75.

A continuación se presenta en la tabla 13, el comportamiento estadístico de la Situación de Ventaja de Adherencia de los participantes.

Tabla 13 Resumen estadístico de pacientes en Situación de Ventaja de Adherencia.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Total Estandarizado de Factores socio-económicos	175	33	100	72,95	14,302
Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	175	63	100	89,66	8,433
Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	175	33	100	86,15	12,402
Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	175	75	100	95,93	7,119
N válido (según lista)	175				

En la tabla 14 se condensa el total de ítems calificados por los participantes del estudio relacionado con la situación de ventaja para adherencia.

Tabla 14 Resumen estadístico según dimensiones de la Situación de Ventaja para Adherencia.

	Totalidad de participantes			Situación de ventaja		
	N	Media	Desv. típ.	N	Media	Desv. típ.
FS1	335	1,27	,710	175	1,53	,623
FS2	335	,85	,705	175	1,09	,713
FS3	335	1,19	,692	175	1,41	,617
FS6	335	,98	,817	175	1,23	,746
FS7	335	1,46	,712	175	1,66	,593
FS8	335	1,61	,674	175	1,84	,439
FPR21	335	1,78	,450	175	1,94	,243
FPR22	335	1,62	,597	175	1,83	,421
FPR23	335	1,61	,608	175	1,74	,479
FPR24	335	1,62	,575	175	1,78	,417

FPR25	335	1,31	,750	175	1,51	,677
FPR27	335	1,73	,531	175	1,83	,448
FPR31	335	1,72	,529	175	1,83	,388
FPR47	335	1,78	,478	175	1,89	,330
FT10	335	1,65	,600	175	1,82	,468
FT13	335	1,50	,700	175	1,73	,538
FT18	335	1,54	,646	175	1,74	,522
FT37	335	1,64	,606	175	1,75	,470
FT38	335	1,50	,721	175	1,70	,600
FT43	335	1,22	,843	175	1,59	,663
FPA40	335	1,93	,276	175	1,96	,224
FPA49	335	1,73	,481	175	1,85	,362
FPA52	335	1,84	,382	175	1,91	,281
FPA53	335	1,92	,273	175	1,95	,209
N válido (según lista)	335			175		

Analizando los ítems en el grupo de pacientes en situación de ventaja para Adherencia, se observa que calificaron con promedio menor o igual a 1,71 con un mínimo de 1,09 y máximo de 1,96. Ortega[130], por su parte reporta que en el grupo de pacientes en ventaja para adherencia 75% calificaron con promedio menor o igual a 1,83 con un mínimo de 1,16 y máximo de 2. La calificación fue menor en las dimensiones relacionadas con los factores socioeconómicos y los vinculados con la terapia.

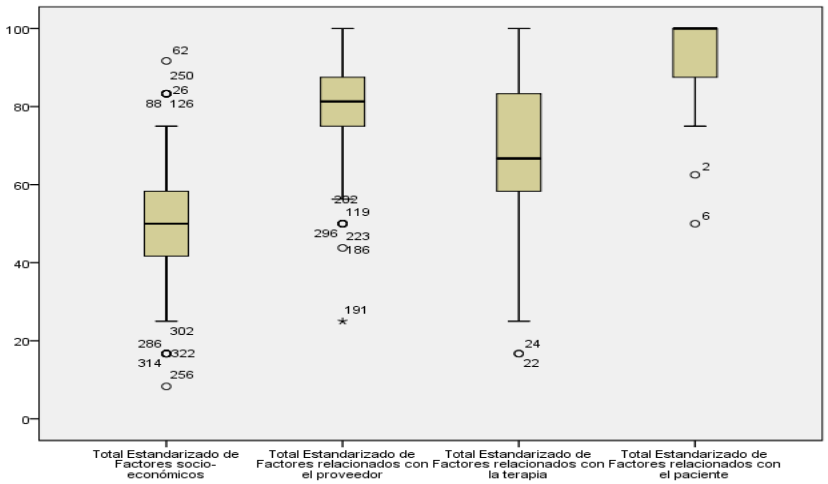
Otros estudios reportan que los pacientes en situación de ventaja para adherencia coinciden, porque consideran que las relaciones terapéuticas del personal de salud favorecieron la adherencia a los tratamientos, 85 % de los pacientes consideró buena la atención del personal de salud y el 80% dispone de redes de apoyo efectivas para cumplir su tratamiento[131].

4.4.2 Situación de riesgo no adherencia

Gráfica 5. Resumen estadístico gráfico de la situación de riesgo de Adherencia.

[130] ORTEGA OVIEDO, Estella. Óp. Cit. pág. 77.

[131] FLÓREZ TORRES, Inna. Óp. Cit., p. 70.



Gráficamente en la situación de riesgo de ventaja de no adherencia al tratamiento en esta dimensión tiene comportamientos diferentes entre las categorías adoptadas en esta investigación. La mediana es diferente y varía entre los grupos. Lo relacionado con el paciente presenta mayor unanimidad, lo relacionado con el proveedor es menos variable, los aspectos socioeconómicos son los que tienen más diferencia con respecto a los demás grupos, y los factores relacionados con la terapia alcanzan mayor variabilidad.

A continuación se describe el comportamiento estadístico de las dimensiones en la siguiente tabla.

Tabla 15 Resumen estadístico de Riesgos de no Adherencia relacionados con el paciente.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Total Estandarizado de Factores socio-económicos	133	8	92	50,75	17,597
Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	133	25	100	79,67	13,775
Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	133	17	100	66,67	17,647
Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	133	50	100	91,45	10,590
N válido (según lista)	133				

En la tabla 16 se presenta el resumen estadístico de los ítems calificados por los participantes que están en situación de riesgo para no adherencia; calificaron con promedio menor o igual a 1,42 y un mínimo de 0,64 y máximo de 1,94. Ortega[132], por su

[132] ORTEGA OVIEDO, Estella. Óp. Cit. pág. 77.

parte reporta que en el grupo de pacientes en riesgo de no adherencia 75% calificaron con promedio menor o igual a 1,66 con un mínimo de 0,66 y máximo de 2. La dimensión que se relaciona con los factores socioeconómicos tuvo la menor calificación.

En la tabla 16 se puede apreciar el resumen estadístico según dimensiones de la Situación de Riesgo para no Adherencia.

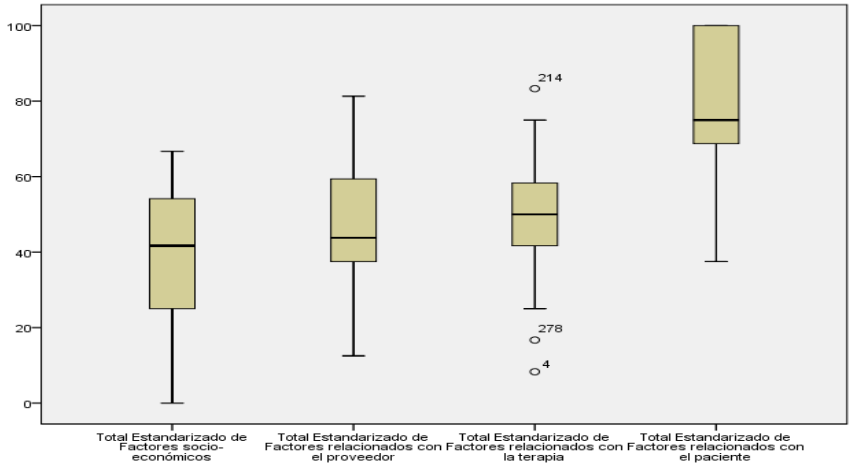
Tabla 16. Resumen estadístico según dimensiones de la Situación de Riesgo para No Adherencia.

	Totalidad de participantes			Situación de riesgo		
	N	Media	Desv. típ.	N	Media	Desv. típ.
FS1	335	1,27	,710	133	1,01	,702
FS2	335	,85	,705	133	,64	,607
FS3	335	1,19	,692	133	,98	,712
FS6	335	,98	,817	133	,77	,825
FS7	335	1,46	,712	133	1,26	,768
FS8	335	1,61	,674	133	1,44	,772
FPR21	335	1,78	,450	133	1,67	,533
FPR22	335	1,62	,597	133	1,50	,611
FPR23	335	1,61	,608	133	1,62	,559
FPR24	335	1,62	,575	133	1,57	,594
FPR25	335	1,31	,750	133	1,20	,746
FPR27	335	1,73	,531	133	1,69	,539
FPR31	335	1,72	,529	133	1,71	,504
FPR47	335	1,78	,478	133	1,77	,471
FT10	335	1,65	,600	133	1,54	,622
FT13	335	1,50	,700	133	1,31	,740
FT18	335	1,54	,646	133	1,38	,682
FT37	335	1,64	,606	133	1,56	,679
FT38	335	1,50	,721	133	1,35	,769
FT43	335	1,22	,843	133	,86	,851
FPA40	335	1,93	,276	133	1,94	,269
FPA49	335	1,73	,481	133	1,67	,503
FPA52	335	1,84	,382	133	1,81	,392
FPA53	335	1,92	,273	133	1,89	,308
N válido (según lista)	335			133		

4.4.3 Situación de condiciones de no adherencia

A continuación se presenta la situación de condiciones de No Adherencia

Gráfica 23 Resumen estadístico gráfico de Condiciones de No Adherencia



En la gráfica se observa que los pacientes en Condición de No Adherencia son más unánimes en los factores relacionados con el proveedor y terapia, a diferencia de los factores relacionados con el paciente que muestran mayor variabilidad. Los factores socioeconómicos se calificaron con menor valor y la mediana se encuentra por debajo del percentil 50.

En síntesis, el comportamiento estadístico de las dimensiones se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 17 Resumen estadístico de Condiciones de No Adherencia relacionados con el paciente.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Total Estandarizado de Factores socio-económicos	27	0	67	38,58	18,512
Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	27	13	81	48,17	16,617

Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	27	8	83	48,77	16,452
Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	27	38	100	79,63	18,064
N válido (según lista)	27				

En la siguiente tabla se condensa el resumen estadístico de las condiciones de no adherencia entre los participantes, donde se observó que igual que las otras dos dimensiones los factores relacionados con los aspectos socioeconómicos fueron los que menor calificación obtuvieron.

Tabla 18. Resumen estadístico según dimensiones de Condiciones de No Adherencia.

	Totalidad de participantes			Situación de no adherencia		
	N	Media	Desv. típ.	N	Media	Desv. típ.
FS1	335	1,27	,710	27	,93	,675
FS2	335	,85	,705	27	,37	,492
FS3	335	1,19	,692	27	,85	,602
FS6	335	,98	,817	27	,41	,636
FS7	335	1,46	,712	27	1,11	,751
FS8	335	1,61	,674	27	,96	,759
FPR21	335	1,78	,450	27	1,30	,542
FPR22	335	1,62	,597	27	,85	,718
FPR23	335	1,61	,608	27	,78	,892
FPR24	335	1,62	,575	27	,89	,751
FPR25	335	1,31	,750	27	,56	,641
FPR27	335	1,73	,531	27	1,26	,712
FPR31	335	1,72	,529	27	1,04	,854
FPR47	335	1,78	,478	27	1,04	,649
FT10	335	1,65	,600	27	1,11	,801
FT13	335	1,50	,700	27	,89	,801
FT18	335	1,54	,646	27	,96	,649
FT37	335	1,64	,606	27	1,37	,839
FT38	335	1,50	,721	27	,96	,759
FT43	335	1,22	,843	27	,56	,698
FPA40	335	1,93	,276	27	1,70	,465
FPA49	335	1,73	,481	27	1,33	,734
FPA52	335	1,84	,382	27	1,52	,643

FPA53	335	1,92	,273	27	1,81	,396
N válido (según lista)	335			27		

Se presenta la Situación de riesgo para No Adherencia de cada grupo de participantes que calificaron con promedio menor o igual a 1,81 y un mínimo de 0,37 y máximo de 2. Con respecto al comportamiento de otras investigaciones Ortega[133] reporta, que en el grupo de pacientes en riesgo de no adherencia 75 % calificaron con promedio menor o igual a 1,25 con un mínimo de 0,66 y máximo de 1,66.

Los resultados obtenidos en la investigación con relación a cada una de las dimensiones y el grado de adherencia, permiten expresar que estas se relacionan de manera diferente, no se observan correlaciones que marquen muchas diferencias entre las dimensiones. La dimensión que tuvo mayor variabilidad es la relacionada con la terapia. Sin embargo, se observa diferencias con el estudio realizado por Herrera[134], donde reporta que la educación y el apoyo del equipo de salud son poco percibidos por los participantes, el 49 % afirma que el personal de salud les da explicaciones con palabras que no entienden.

Lo mejor calificado fue la dimensión relacionada con el paciente y lo menos calificado fueron los aspectos socioeconómicos. En cuanto a los aspectos socioeconómicos la variable desempleo marca la diferencia y las demás se parecen. En el estudio efectuado por Herrera[135], fueron encontradas diferencias porque los participantes reportaron que las ocupaciones que tienen nunca les dificultan seguir el tratamiento (68%), nunca suspenden el tratamiento por sentir mejoría de los síntomas (66%). Las condiciones socioeconómicas están muy relacionadas con los aspectos socioeconómicos de la población.

Con respecto a los resultados obtenidos en la dimensión II y III lo relacionado con la terapia y el proveedor, como variable aporta similar calificación. Según el estudio de

[133] ORTEGA OVIEDO, Estella. Óp. Cit. p. 77.

[134] Ibíd., pág. 70.

[135] Ibíd., pág. 72.

Ortega[136], "*En los tres grupos de situación de adherencia identificados, varían estadísticamente con relación a las cuatro dimensiones, siendo la dimensión II: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, la que aportó una mayor diferencia, lo que destaca que la relación paciente-proveedor es de gran importancia en el grado de adherencia que pueden tener los pacientes".*

Según Herrera[137], el logro de la adherencia al tratamiento en pacientes con ECV conlleva identificar los factores que influyen en los comportamientos de las personas para alcanzar la adherencia.

[136] ORTEGA OVIEDO, Estella. Óp. Cit. p. 106.

[137] Ibíd., pág. 70

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Entre los 335 pacientes inscritos en el programa de crónicos del Hospital Divino Niño de la ciudad de Buga, Valle del Cauca, que participaron en la investigación, después de aplicarles el instrumento para evaluar los factores que influyen en el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, cuarta versión de Consuelo Ortiz Suárez, se observó que 52.2 % están en situación de ventaja para adherencia, 39.7 % en riesgo de no adherencia y 8.1 % no tienen adherencia.

Al realizar un análisis de las dimensiones en términos de los factores socioeconómicos y de riesgo cardiovascular: en la dimensión I (factores socioeconómicos), se encontró que en el momento de valorar esta dimensión, la ocupación, estrato socioeconómico y nivel educativo fueron elementos diferenciadores. En la variable ocupación como era de esperarse en el grupo de empleados, calificaron mejor ésta dimensión, pero presentaron mayor variabilidad en sus respuestas y los desempleados fueron los que menor puntaje obtuvieron pero con una variabilidad menor. La ocupación sí tiene que ver con el resultado de los factores socioeconómicos que influyen de manera relativa con la adherencia y las condiciones socioeconómicas se encuentran muy relacionadas con los aspectos socioeconómicos de la población.

Se observó que entre más edad tiene una persona más bajo califica, entre más joven mejor es la valoración de los factores socioeconómicos, además, se encontró que entre quienes tienen mayor grado de escolaridad o nivel educativo hay mayor ventaja para adherencia y mayor ingreso.

En cuanto al estado civil, los factores de riesgo cardiovascular y la edad se observó que no tuvieron relación con los factores socioeconómicos.

Con respecto al análisis de la dimensión II en términos de factores relacionados con el proveedor: sistemas y equipos de salud, el estado civil fue un elemento diferenciador, donde el grupo de solteros sobresalió. Las demás variables como ocupación, estrato, nivel educativo y riesgo cardiovascular no se destacan como elementos diferenciadores. Además, la edad tiene relación con ésta dimensión, aunque la correlación es negativa y débil.

Para el análisis de los ítems de la dimensión III (factores relacionados con la terapia), se encontró que el nivel educativo, estado civil y factores de riesgo cardiovascular fueron elementos diferenciadores en esta dimensión, la ocupación y el estrato socioeconómico no lo fueron. La edad no tiene relación con esta dimensión.

Lo más llamativo de esta dimensión fue la persistente calificación baja del ítem 43 “cree que hay…”, por cuanto en los tres grupos de situación para adherencia obtuvo bajas calificaciones. Esto lleva a afirmar que aunque existan otras condiciones que favorecen la adherencia, las personas tienen dificultad para cambiar sus costumbres.

Al realizar el análisis de la dimensión IV (factores relacionados con el paciente), respecto al estrato socioeconómico, nivel educativo y estado civil se destacaron como elementos diferenciadores en la calificación. Pero la ocupación y los factores de riesgo cardiovascular no marcaron diferencias estadísticas significativas. Se puede concluir que el grupo de solteros marcó la diferencia en la calificación de ésta dimensión. A la valoración de ésta dimensión, se encontró correlación negativa con la edad.

Al efectuar el análisis se encontró que el número de factores de riesgo cardiovascular de los 335 pacientes que participaron en el estudio están asociados con patologías como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemia.

En cuanto a los factores que influyen en el grupo de pacientes en situación de ventaja para adherencia, manifestaron tener dificultades económicas para cumplir con su tratamiento, no pueden costearse sus medicamentos y los cambios en la dieta se

dificultan debido a los costos; manifiestan que si fallan en su tratamiento el personal de salud no los entendería, falta orientación para ajustar los horarios de los medicamentos; consideran difícil cambiar sus costumbres con respecto a la dieta y ejercicios, no cuentan con todos los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta, por eso han presentado dificultad para cumplir el tratamiento; en algunas ocasiones cuentan con el apoyo de la familia y se interesa en conocer su condición de salud.

Es importante señalar que los participantes del estudio pertenecen a una EPS de régimen subsidiado a diferencia de otros estudios como el de Ortega[138], que son de IPS privada de Montería y manifestaron tener disponibilidad económica y apoyo familiar para satisfacer necesidades básicas, costear medicamentos, asistir al lugar de la consulta y cumplir con el tratamiento; recibir educación y orientación del equipo de salud sobre importancia, resultados y beneficios; y están convencidos de la importancia del tratamiento y su responsabilidad.

Para el grupo de pacientes en situación de no adherencia, las dificultades en general son las mismas que se documentan en los otros dos grupos de situación para adherencia, con la diferencia en que aquí se acentúan más esas dificultades.

La dimensión IV (relacionada con el paciente), fue la que aportó mejor calificación general para los tres grupos de adherencia, lo cual confirma que la mayoría de los pacientes están en situación de ventaja para adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y consideran importante seguir las indicaciones y recomendaciones que da el personal de salud, lo cual favorece el proceso de autocuidado y ayuda a crear conciencia y tomar decisiones en beneficio de su salud.

De forma general se encontró que la primera dimensión que aborda los factores socioeconómicos fue la que menos calificación obtuvo en cada una de las situaciones de adherencia, demostrando que para los pacientes participantes en el estudio estos factores son los que más pueden influir de manera negativa en la adherencia a los tratamientos. En esta dimensión tanto la ocupación, como el estrato y el nivel educativo

[138] ORTEGA OVIEDO, Estella. Óp. Cit. p. 105.

se constituyeron en elementos diferenciadores, entre menores son estas condiciones, más baja valoración obtuvieron los ítems de esta dimensión. Entre los ítems peor calificados consistentemente se encuentran la dificultad para realizar cambios en la dieta debido a los costos y la escasa disponibilidad económica para suplir las necesidades básicas de los pacientes, que pueden influir en el comportamiento de adherencia a los tratamientos.

Con la aplicación del instrumento por primera vez en el suroccidente del país y los resultados obtenidos, proporcionan información relevante para conocer la situación de ventaja para adherencia de pacientes inscritos en el programa de crónicos de todas las ESE e IPS del municipio y lograr así generar estrategias en el grupo de profesionales para fomentar la adherencia y autocuidado en todos los pacientes.

Este fenómeno de enfermería permitió profundizar en el proceso de investigación y comprenderlo para generar nuevas estrategias o acciones tendientes a mejorar la problemática actual.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda a la E.S.E Hospital Divino Niño de Buga, fortalecer aspectos de adherencia con la población inscrita en el programa de crónicos, es importante contar con suficiente personal que apoye y mejore este aspecto que favorezca la situación para adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Teniendo en cuenta que los resultados de la situación para adherencia varían con relación a los factores socioeconómicos y factores de riesgo cardiovascular en cada una de las dimensiones, se recomienda generar estrategias en este tipo de población, ya que es necesario verificar las condiciones cuando ingresan a los programas como: nivel educativo, ocupación y estrato socioeconómico ya que son consideradas de mayor riesgo en los participantes e influyen de manera negativa para adherirse a los tratamientos. Como la mayoría de los participantes están en situación de ventaja para adherencia y en riesgo de no adherencia es importante fortalecer este aspecto con el personal que se encuentre a cargo de los programas en las Instituciones.

Como la mayoría de los participantes del estudio consideraron que tienen dificultades para seguir con las recomendaciones no farmacológicas tales como la dieta y el plan de ejercicios por las dificultades reportadas, es necesario fortalecerlo sobre todo en personas con baja escolaridad pues se demostró que son quienes tienen mayores dificultades para seguir recomendaciones.

Se ve la necesidad de generar nuevas investigaciones en el suroccidente del país, que muestren hallazgos diferentes respecto a otros estudios, que provean mayor información sobre el fenómeno de la adherencia, de modo que permitan generar y mejorar las estrategias con los pacientes inscritos en los programas de promoción y prevención, logrando así fortalecer y mejorar la situación de adherencia a los tratamientos.

Se recomienda seguir indagando sobre el fenómeno de la adherencia a los tratamientos como un área de interés prioritario para enfermería, haciendo uso de instrumentos validados y de otro tipo de herramientas que permitan ampliar el conocimiento de adherencia.

Los profesionales de enfermería deben continuar realizando investigaciones sobre el fenómeno de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular, para contribuir con el desarrollo disciplinar de la profesión de enfermería y generar estrategias del cuidado de la vida en las diferentes instituciones de salud.

Se recomienda a las autoras del instrumento revisar la cuarta versión, y a pesar de las pruebas de confiabilidad y validez realizadas en varios periodos, es importante tener en cuenta que algunos pacientes reportaron dificultad para comprender ítems relacionados con la atención y la calificación no parece ser significativa.

Finalmente se recomienda a los Entes gubernamentales, Secretarías de salud y profesionales de enfermería, participar en “el diseño y construcción de políticas para fortalecer la adherencia, en la cual se contemplen aquellos elementos identificados como diferenciadores para la adherencia o que más influyen en ella reportados en esta investigación”.

A ANEXO: Formato de consentimiento informado

yo_____
___
afirmo que he sido informado y acepto participar de manera voluntaria en el estudio “Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular”. Inscritas en el programa de Crónicos del Hospital Divino Niño del Municipio de Buga, Valle, realizado por la enfermera Paola Andrea Fontal Vargas como tesis para optar el título de Magíster en Enfermería.

Según la información ofrecida, en el estudio se requiere diligenciar una encuesta, la cual no implica ningún tipo de riesgo para mí, o la institución en la que estoy adscrita, los datos suministrados serán manejados con la debida confidencialidad y los resultados obtenidos serán socializados sin dar a conocer datos personales y utilizados sólo con fines académicos.

Tengo claro que durante la aplicación del instrumento puedo desistir de mi decisión de participar en este estudio, sin que esto motive consecuencia alguna para mí en los procesos de oferta de servicios de la institución.

Para constancia de mi autorización firmo el presente documento.

Firma: _____

Fecha:_____

B ANEXO: Instrumento para evaluar los factores que influyen en el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Cuarta versión

Autoras: Claudia Bonilla Ibáñez y Edilma Gutiérrez de Reales (primera versión)
Consuelo Ortiz Suarez y Sandra Guaqueta Parada (cuarta versión)

No. _____ Fecha_____

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad	Género M ( ) F ( )	Estado Civil C( ) S( ) UL( ) V( ) SE( )
Nivel educativo P( ) S( ) T( ) U( ) N( )	SSS: A ( ) B ( )	Ocupación
Estrato social 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )	Factor de Riesgo Cardiovascular	

Instrucciones: a continuación encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las instrucciones que el personal le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor en cada ítem con una X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación particular.

FACTORES INFLUYENTES	Nunca	A veces	Siempre
I DIMENSIÓN FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
1.Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)			
2.Puede costearse los medicamentos			
3.Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta			
6 (-).Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados			
7.Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad			
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas a cumplir el tratamiento			

II DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMAS Y EQUIPO DE SALUD			
21. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
22. Se da cuenta de que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que se le hace.			
23. Recibe información sobre los beneficios ordenados por el médico.			
24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
25. En el caso de que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos			
27. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con su tratamiento.			
31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
47. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que se está haciendo en sus hábitos.			
III DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
10. (-). Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
13. (-) Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios dificultan el cumplimiento de sus citas.			
18. (-) Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
37. (-) Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
38. (-) Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
43. (-) Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			

IV DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
40. Está convencido de que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
52. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
53. Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

C ANEXO: Autorización de la institución para realizar la investigación

HOSPITAL DIVINO NIÑO
GUADALAJARA DE BUGA (V.)

"UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, AL SERVICIO
DE LA COMUNIDAD PROYECTADA EN EL SIGLO XXI"

GCIA-200-0235-2011

Guadalajara de Buga, 25 de Febrero de 2011

Señores
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Bogotà

Asunto: Aceptación Tesis- estudiante Paola Andrea Fontal Vargas.

Cordial Saludo,

Para la E.S.E. Hospital Divino Niño, es grato manifestar que acepta la vinculación de la Universidad Nacional. a través de la tesis propuesta por la estudiante Paola Andrea Fontal Vargas, identificada con la cédula de ciudadanía No. 66.724.759 de Tulúa, estudiante de maestría en enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular.

Tesis: "Red social y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, inscritos en el programa de crónicos de la E.S.E. Hospital Divino Niño".

Cordialmente

ALBERTO HERNEY CAMPO GONZALEZ
Gerente (e)

Carrera 15 No. 26 - 50 Tel. 2372264 - 65 Fax: 2373737 Buga (V.)
E-MAIL- hospitaldivinobuga@hotmail.com

D: ANEXO Descripción Dimensión I: aspectos socioeconómicos y ocupación

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,020	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,673	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,549	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,299	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Total estandarizado del grado de adherencia es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,311	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

E. ANEXO: Descripción Dimensión I aspectos socioeconómicos y estrato socioeconómico

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,021	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,080	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,232	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,000	Rechazar la hipótesis nula.
5	La distribución de Total estandarizado del grado de adherencia es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,300	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

F. ANEXO: Descripción Dimensión I: aspectos socioeconómicos y nivel educativo

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,001	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Nive educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,349	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Nive educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,012	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Nive educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,001	Rechazar la hipótesis nula.
5	La distribución de Total estandarizado del grado de adherencia es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,030	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

G. ANEXO: Descripción Dimensión I: aspectos socioeconómicos y estado civil

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,129	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,022	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,160	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,001	Rechazar la hipótesis nula.
5	La distribución de Total estandarizado del grado de adherencia es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,952	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

H. ANEXO: Descripción Dimensión I: aspectos socioeconómicos y factores de riesgo cardiovascular

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,531	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,469	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,007	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,212	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

I. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores socioeconómicos

Correlaciones

			Total Estandarizado de Factores socio-económicos
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	,025
		Sig. (bilateral)	,646
		N	335
	Grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,617
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores socio-económicos	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	Coeficiente de correlación	,186*
		Sig. (bilateral)	,001
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	Coeficiente de correlación	,270
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	Coeficiente de correlación	-,047**
		Sig. (bilateral)	,387
		N	335
	Total estandarizado del grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,677
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

J. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores relacionados con el proveedor.

Correlaciones

			Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor
Rho de Spearman	**Edad**	Coeficiente de correlación	-,123
		Sig. (bilateral)	,025
		N	335
	Grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,533
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores socio-económicos	Coeficiente de correlación	,186
		Sig. (bilateral)	,001
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	Coeficiente de correlación	1,000*
		Sig. (bilateral)	.
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	Coeficiente de correlación	,272
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	Coeficiente de correlación	,391**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total estandarizado del grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,645
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

K. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores relacionados con la terapia.

Correlaciones

			Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	,017
		Sig. (bilateral)	,756
		N	335
	Grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,631
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores socio-económicos	Coeficiente de correlación	,270
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	Coeficiente de correlación	,272*
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	Coeficiente de correlación	,149**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	335
	Total estandarizado del grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,720
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

L. ANEXO: Correlaciones edad y totales estandarizados de los factores relacionados con el paciente.

Correlaciones

			Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	-,260
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,313
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores socio-económicos	Coeficiente de correlación	-,047
		Sig. (bilateral)	,387
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor	Coeficiente de correlación	,391*
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia	Coeficiente de correlación	,149
		Sig. (bilateral)	,006
		N	335
	Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente	Coeficiente de correlación	1,000**
		Sig. (bilateral)	.
		N	335
	Total estandarizado del grado de adherencia	Coeficiente de correlación	,319
		Sig. (bilateral)	,000
		N	335

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

M. ANEXO: Grado de adherencia de los pacientes en situación de ventaja para adherencia

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,173	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,584	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,479	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,356	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

N. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y estrato socioeconómico

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,129	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,021	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,339	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,038	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

O. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y nivel educativo

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,493	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Nive educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,732	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Nive educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,354	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Nive educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,008	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

P. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y estado civil

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,116	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,137	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,654	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,045	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Q. ANEXO: Total estandarizados factores socioeconómicos y riesgo cardiovascular

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,531	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,184	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,040	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,519	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

R. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y ocupación

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,225	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,359	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,748	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,104	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

S. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y estrato socioeconómico

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,028	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,220	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,274	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,004	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

T. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y nivel educativo

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,001	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,056	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,157	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,004	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

U. ANEXO Situación de riesgo de no adherencia y estado civil

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,148	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,041	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,012	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,009	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

V. ANEXO: Situación de riesgo de no adherencia y factores de riesgo cardiovascular

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,556	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,489	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,034	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,148	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

W: ANEXO: Situación de no adherencia y ocupación

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,643	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,209	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,273	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,173	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

X. ANEXO: Situación de no adherencia y estrato socioeconómico

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,163	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,968	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,052	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estrato socioeconómico.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,172	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Y. ANEXO: Situación de no adherencia y nivel educativo

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,695	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,490	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,023	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Nivel educativo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,645	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Z. ANEXO: Situación de no adherencia y estado civil

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,111	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,379	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,367	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Estado civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,186	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

AA. ANEXO: Situación de no adherencia y riesgo cardiovascular

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Total Estandarizado de Factores socio-económicos es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,359	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el proveedor es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,132	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con la terapia es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,871	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Total Estandarizado de Factores relacionados con el paciente es la misma entre las categorías de Número de factores de riesgo cardiovascular.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,114	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Bibliografía

ALAYÓN, Alicia N.; MOSQUERA- VÁSQUEZ, Mario. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos. Cartagena de Indias. Colombia. Revista de Salud Pública, Vol. 10, Núm. 5, diciembre, 2008, pp. 777-787. Universidad Nacional de Colombia. (Consultado mayo 2010). [online]. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42210510.

ARANEDA M., Marco. Adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva de psicología. (Consultado mayo 2010). Rev. Chil Pediatr. 2009; 80 (6): 560-569.

AVENDAÑO MONJE, María José; BARRA ALMAGIÁ, Enrique. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. Terapia Psicológica, Vol. 26, Núm. 2., diciembre-sin mes, 2009, pp.165-172. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Chile. [online]. Disponible en: http://redalyc.uaesmex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78511540002.

BELGUZAR, Kara; CAGLAR, Kayser; KILIC, Selim. Nonadherence With Diet and Fluid Restrictions and Perceived Social Support in Patients Receiving Hemodialysis. Journal of Nursing Scholarship, 2007; 39:3, 243-248. 2007. Sigma Theta Tau International. (Consultado mayo 2010).

BONILLA I., Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamiento, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Av.enferm., XXV (1); 46-55, 2007. Investigación. (Consultado mayo 2010).

CABRERA DE LEÓN, Antonio; CASTILLO R., José Carlos del; DOMINGUEZ C., Santiago et. al.. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con

Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Española de Salud Pública, Vol. 83, Núm. 4, julio-agosto, 2009, pp. 567-575. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. (Consultado mayo 2010). [online]. Disponible en: http://redalyc.uaesmex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17011699008

CASTILLO GUZMÁN Antonio; AROCHA MARIÑO Carmen; CASTILLO AROCHA Ivette; CUETO CÑABATE Michel E; ARMAS ROJAS Nurys B. Propuesta de un instrumento para medir calidad de vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas. Rev. Cubana Invest Bioméd v.28 n.2. Ciudad de la Habana abr:-jun. 2009.

CELIS DE LA ROSA, Alfredo de J. Bioestadística. 2ª ed. México: Editorial Manual Moderno, 2008, p. 170.

CLEMENTE María Alejandra. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria, 2003; Vol. 20 Núm. 1. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Buenos Aires Argentina. p. 31-60. Pág. 4. Consultado julio de 2010.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución no. 008430 de 4 de octubre de 1993 (en línea). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en internet: http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Título 1. Capítulo 1. Artículo 1., p. 15.

CONTRERAS O., Astrid; FLÓREZ T., Inna Elida; HERRERA L., Arleth. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. Artículo de Investigación. Av.enfer., XXVI (2): 35 – 42, 2008. (Consultado mayo 2010).

CORTES C, Luis Alberto. Tipificación del síntoma del dolor toráxico tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Tesis de Maestría Universidad Nacional de Colombia. 2006. p. 39.

FERNÁNDEZ Alba R., MANRIQUE Fred G. Efecto de la intervención educativa en la Capacidad de Agencia de Autocuidado del adulto mayo hipertenso de Boyacá, Colombia.. Ciencia y Enfermería XVI (2): 83-97, 2010. p. 2.

FINFGELD-CONNETT, Deborah. Clarification of Social Support. Journal of Nursing Scholarship, 2005; 37:1,4-9. Sigma Theta Tau International.

FLÓREZ TORRES, Inna. Evaluación de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, 2007, 104p. trabajo de grado (Maestría en Enfermería con Énfasis Salud Cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

FOUCAULT M. Hermenéutica del sujeto. La Plata: Altamira, 1996. Citado por: OCAMPO TALERO AM, MÉNDEZ PARÍS S, PAVAJEAU DELGADO C. Las subjetividades como centro de la formación ciudadana. Univ. Psychol. 2008; 7(3): 837-851.

FUNDESALUD. CEDETES. Universidad del Valle. Propuestas para el control y prevención en Enfermedades Crónicas no trasmisibles. Curso de Salud pública basado en la Evidencia. 2009. OPS. OMS. [online]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/curso_spbe_FundeSalud_sintesis_casos.pdf

GARCÍA C., Marlene; GARCÍA G., Rosario. Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. Instituto Nacional de Endocrinología. Rev. Cubana Endocrinol 2005; 112 (2). (Consultado mayo 2010).

GARCÉS De los FAYOS, E. J. y VIVES, L. (2004). Componentes psicológicos en personas con trastornos cardiovasculares: Algunas propuestas para aumentar su calidad de vida. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 4(2), 93-101.

GAZIANO, JM. Consideraciones generales de las enfermedades cardiovasculares. En: BRAUNWALD, editor. Tratado de cardiología. 7ª. ed. Vol. 1. Madrid: editorial Elsevier; 2006, p. 1-19.

GERRISH Kate y LACEY Anne. Investigación en Enfermería. 5ª ed. Mc Graw-Hill. 2008. p. 175.

GRANADOS, Genoveva; ROALES-NIETO, Jesús G.; MORENO, Emilio; YBARRA, José Luis. Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 8, Num. 3, sep. 2008, pp. 705-718. Asociación Española de Psicología Conductual. España. [online]. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33712016006

GUÍAS COLOMBIANAS DE CARDIOLOGÍA. Síndrome coronario agudo con elevación del ST (Infarto Agudo del Miocardio con elevación del ST). Revista Colombiana de Cardiología. Febrero de 2010. Vol.17 Supl. 3. [online]. Disponible en: www.scc.org.co

GUIRAO-GORIS JA. La agencia de autocuidado, una perspectiva desde la complejidad. E-ducare 21 Aprendiendo a cuidar (Revista electrónica). (Consultado mayo 2010). [online]. Disponible en: 1. http://webs.ono.com/adolf/agencia.pdf.

HERNÁNDEZ P., Sonia; POZO M., Carmen; ALONSO M., Enrique. MARTOS M., María José. Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. Anales de Psicología, diciembre, vol. 21, núm. 002. Universidad de Murcia. Murcia, España, pp. 304-315. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Españay Portugal. (Consultado mayo 2010). [online]. Disponible en: www.redalyc.org.

HERRERA GUERRA, Eugenia. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Artículo de investigación. Consultado online (abril 22 de 2014). Disponible en: av.enferm., XXX (2): 67-75, 2012. p. 70

HERRERA LIAN, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Cartagena. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2007. p. 70.

HERRERA LÍAN, Arleth. Factores que influyen en la Adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Artículo de investigación. Av. Enferm., XXVI (1): 36 – 42. 2008. (Consultado mayo 2010).

HINSON L., Catherine P; BOWSHER, Juanita; MALONEY, Joseph P.; LILLIS Patricia P. Social support: a conceptual analysis. Journal of Advanced Nursing, 1997, 25, 95-100. Consultado mayo 2010.

HOLGUÍN L, CORREA D, ARRIVILLAGA M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Pontifica Universidad Javeriana de Cali, octubre-diciembre de 2006; 5(3): 535-547.

HUPCEY, Judith. Clarifying the social support theory-research linkage. Journal of Advanced Nursing, 1998, 27, 1231-1241. Consultado mayo 2010.

HUTCHISON, Catherine. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(6), 1520-1526. Consultado mayo 2010.

ISENBERG Marjorie. “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Direcciones para avanzar la ciencia de la enfermería y la práctica profesional”. En Parker, Marylin, Nursing theories and Nursing practice, 2001, F.A. Davis Co. Philadelphia: cap. 13, p. 180-186.

LAZCANO-ORTIZ, Margarita; SALAZAR-GONZÁLEZ, Bertha Cecilia. Adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Según modelo de Roy. Año 9. Vol. 9. Nro. 3. Chía-Colombia. Diciembre 2000. 336-245. P. 4.

MARRINER T., Ann., RAILE A. Martha. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Mosby. 6ª. Ed.. 2007; 2-828. p. 269.

MARTIN ALFONSO, Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana de Salud Pública [online]. 2006, vol. 32, n. 3 [citado 2011-03-16], PP. 0-0. Disponible en: http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=es&nrm=iso.issn0864-3466.

MEDINA MOYA JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes.1998.

MEJÍA LOPERA, María Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia. IndexEnferm vol. 17 no. 4 Granada Oct- Dec. 2008. (consultado mayo 2010).

MUÑOZ, Luz Angélica; PRICE Yocelyn; GAMBINI, Liliana; COSTA STEFANELLI, Maguida. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. (Consultado mayo 2010) Rev. Esc. Enferm. USP Vol. 37. No. 4 Sao Paulo. Dec. 2003.

NIETO BLANCO, Esther; SALVADOR MORAN, María Jesús. La enfermera de soporte en las residencias de los ancianos. Evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid. Rincón Científico. Comunicaciones. GEROKOMOS 2008: 19 (1): 21-27. (Consultado mayo 2010).

NOGUÉS SOLÁN, XM.L. SORLI REDÓ, J. VILLAR GARCÍA. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Pub. An. Med. Interna (Madrid). Vol. 24, Nº. 3, pp. 138-141, 2007.

OREM, Dorothea E. Normas Prácticas en enfermería. Madrid, España: Ediciones Pirámide. 1983. p. 208

OREM Dorothea E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat; 1993.

OREM, Dorothea .E. Nursing: Concepts of practice. St. Louis, MO: Mosby. 5ª. Ed. 1995. p. 123-130.

ORTEGA O., Stella Ignacia. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería, 2010. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010. p. 66.

ORTIZ SUAREZ, Consuelo. Validez de constructo y Confiabilidad del instrumento "factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". Colombia, Bogotá. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008. p. 50.

PELEGRÍN M., Antonia; GARCIA U., Francisco E; GARCÉS Enrique de los Fayos. Prevención de los trastornos cardiovasculares: una propuesta de actuación desde la actividad física y el entrenamiento psicológico. Psicología y Salud. Vol. 19. Núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp.261-269. Universidad Veracruzana. México. (Consultado mayo 2010). [online]. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?Cve=29111986011

PEÑA., Navarro. CASTRO S. M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Publicado en Revista Enfermería Global. Junio 2010. p. 2. Disponible en: www.um.es/eglobal/.

PETERSON TILDEN, Virginia. Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory. Research in Nursing and Health, 1985, 8, 199-206. Consultado mayo 2010.

POLIT D. Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000, p. 393. (Consultado mayo 2010).

PURK Janice K, Support Groups: Why Do People Attend?. Revista Rehabilitation Nursing; Mar/apr 2004; Vol. 29, 2; ProQuest Medical Library. Pg. 62. (Consultado mayo 2010).

REYES l. Juana; JARA C. Patricia; MERINO M. José. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Rev. Cienc. y Enfer. V. 13. N.1.Concepción jun 2007. (Consultado mayo 2010).

REVISTA COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. Guías colombianas de cardiología síndrome coronario agudo con elevación del ST (Infarto agudo de miocardio con elevación del ST). Vol. 17 supl. 3. Pág. 20. (consultado febrero 2011). [online]: Disponible en www.scc.org.co

RIVERA ÁLVAREZ LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Revista Avances de Enfermería. 2006; XXIV (2): 91-98.

ROBLES, Leticia; RIZO C., Genoveva; CAMARENA G., Leticia M.; CERVANTES C., Leticia; GÓMEZ M., María del Socorro; GONZÁLEZ María S. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (2): 557-560, abr-jun,2000.

RODRÍGUEZ ACELAS, Alba Luz. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008. p. 13.

RODRÍGUEZ A., Alba Luz., GÓMEZ O., Ana Maritza. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Publicado en: av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010 Artículo de Investigación. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a07.pdf. pág. 6.

RODRÍGUEZ E., Solange, ENRIQUE, Carmelo Héctor. Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. Pp. 155-168. (Consultado mayo 2010).

RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús; PASTOR, María Ángeles; LOPEZ ROIG, Sofía. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema, año/vol. 5, número Sup Universidad de Oviedo, España. Pp. 349-372. 1993. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. (Consultado mayo 2010). [online]. Disponible en http://redalyc.uaemex.mx

SABATÉ. Eduardo. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. [online]. Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004. (Traducción de la OPS). [Consultado en mayo de 2010]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm.

STEWART, Myriam. Instrumentos de soporte social creados enfermeras investigadoras. Nursing Research, Vol. 38 No. 5, Sept-Oct/89. P. 268-275. Traducido como referencia para la investigación, Factores que afectan las prácticas de autocuidado. Universidad Nacional de Colombia. Área de Énfasis I Cuidado y Familia. Módulo 4.

STOKES J., KANNEL WB., WOLF P.A. et al: the relative importance of selected risk factors for various manifestations of cardio-vascular disease amoung men and women from 35-64 years: 30Years of follow-up from the Framingham study. Circulation 1987; (suppl V) 75:65-73.

TAPIA MUÑOZ, José Alejandro. Adhesión al tratamiento antihipertensivo en el Hospital de Chaiten. Tesis Licenciado en Enfermería. Valdivia Chile. 2006. Online: Disponible en: http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf

TOLEDANO C; AVILA J., Laura; GARCÍA J., Sara; GÓMEZ G., Higinio. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, Vol. 39. Núm. 4, oct-dic, 2008, pp. 9-17. Asociación Farmacéutica Mexicana, A.C. México. [online]. Disponible en: http://redalyc.uaesmex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57911113003

VELANDIA ARIAS Anita, RIVERA ÁLVAREZ Luz Nelly. Confiabilidad de la Escala "Apreciación de la Agencia de Autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana.2008. Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13671

VELANDIA A., Anita; RIVERA Luz N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Salud pública. 11 (4): 538-548. 2009.

WATERS, Karen; ALLSOPP, David; DAVIDSON, Ian; DENNIS, Alex; Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on. Rev. Issues And Innovations In Nursing Practice. 2001. Consultado mayo 2010.