



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**ASOCIACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DEL
PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN
Y LOS GRADOS DE RIESGO PARA LA
ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS
FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS
EN PERSONAS QUE PRESENTAN
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

JAVIER ALONSO BULA ROMERO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D. C.
2011

**ASOCIACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DEL
PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN
Y LOS GRADOS DE RIESGO PARA LA
ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS
FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS
EN PERSONAS QUE PRESENTAN
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

JAVIER ALONSO BULA ROMERO

Tesis para optar el título de
Magíster en enfermería con énfasis
En cuidado para la salud cardiovascular

Directora
SANDRA GUÁQUETA
Profesora Asociada

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D. C.
2011



Esta tesis la dedico a mi Madre celestial. Nuestra Señora de Guadalupe; estrella que guio mi camino hasta esta meta.

Agradecimientos

El investigador expresa sus agradecimientos:

A Dios por su amor infinito, y por todas las bendiciones que me ha otorgado. Especialmente su presencia en mi vida.

A mi madre, la persona que más amo en el mundo por estar allí, por apoyarme a pesar de todas las dificultades, por demostrarme con su ejemplo que la vida aun continua y la persistencia vence la derrota.

A mi directora de tesis y profesora de la Universidad Nacional de Colombia, Sandra Rocío Guaqueta por su paciencia, por su dedicación y por darme la oportunidad de aprender y consolidar una de las metas más importante para mi vida profesional.

A las profesoras Clara Virginia, Carmen de Acosta, María Mercedes Duran de Villalobos y Magda Flórez por su apoyo incondicional, por sus palabras de motivación y por su acompañamiento en este proceso de formación

A Nayibe Vallejo por su amistad, por su cariño, por su comprensión, sin la fuerza de sus palabras el cumplimiento de esta meta no hubiese sido posible

A mis compañeras de Maestría en especialmente a Mary y Yury, quienes me acompañaron en este proceso de formación.

A la Doctora Gladys Espinoza por su importante y valioso aporte en la orientación y el análisis de los datos.

Al Profesor Humberto Mayorga por su conocimiento y su apoyo en el análisis estadístico de los datos. Sus enseñanzas son un baluarte de incalculables dimensiones para mi vida profesional.

A todas y cada una de las personas que hicieron posible esta meta.

Resumen

Introducción. La falta de adherencia constituye uno de los más grandes retos para el sector salud; especialmente para la práctica de Enfermería. El objetivo general de este estudio de investigación consiste precisamente en determinar si existe asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial de una E.S.E de primer nivel de atención en salud de Bogotá D.C

Metodología. Para determinar la asociación entre los fenómenos de investigación, se elaboró un estudio correlacional de abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo; en el cual se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple en 242 personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero del Distrito capital de Bogotá en el periodo comprendido de Junio a Diciembre del 2010.

Resultados. La edad de la población en este estudio oscilo entre los 29 a 90 años con una media de 64 años, con una mediana y moda de 63 años. En cuanto a la distribución general de la población por género, el mayor porcentaje corresponde al género femenino con un 71.1% y el 28.9 % para el sexo masculino.

En este estudio se observó que la mayor proporción de la población tienen una alta capacidad para el proceso de afrontamiento y adaptación (n=219) representando el 90% de la población. Mientras el 10% de las personas con hipertensión arterial (n= 23) presentan una baja capacidad en el proceso de afrontamiento y adaptación.

El reporte de los grados de riesgo para la adherencia en las personas con hipertensión arterial indican que el 48,% de la muestra se encuentra en riesgo para responder con comportamientos de adherencia, es decir presentan un riesgo medio de no adherencia a sus tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, el 42% de la muestra tiene un riesgo bajo de no adherencia, es decir, tienen elementos suficientes para responder a las recomendaciones prescritas por su proveedor de salud y sólo el 10% de la muestra presenta un riesgo alto de no adherencia, es decir que este grupo de personas no pueden responder a la adherencia terapéutica prescrita.

Los hallazgos de esta investigación reportan que el coeficiente de correlación de Pearson en la muestra de estudio obtuvo un valor $r = 0,253232$. Lo cual significa que hay una asociación positiva entre los fenómenos de estudio, pero al mismo tiempo, el valor del coeficiente de correlación en la muestra clasificó esta asociación como débil.

Conclusiones. Se puede decir que la adherencia no solo depende de la capacidad de afrontamiento y adaptación que un individuo tenga para poder responder de manera efectiva en las diferentes situaciones y momentos críticos de la vida, por tanto, la disposición para adherirse o no a las recomendaciones de un proveedor de salud con relación a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, no dependen exclusivamente de los recursos psicológicos que las personas posean, o su capacidad para afrontar las situaciones dadas, sino también de las características del entorno donde se circunscriben estos acontecimientos..

Palabras clave. Proceso de afrontamiento y adaptación, grados de riesgo para la adherencia terapéutica e hipertensión arterial.

Abstract

Title. Association between coping capacity and adaptation process and the degree of risk for adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments in people with hypertension.

Introduction. Lack of adherence is one of the biggest challenges for the health sector, especially for the practice of nursing. The overall objective of this research study is precisely to determine the association between the ability of coping and adaptation process and the degree of risk for adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments in people with hypertension in an ESE first class health care in Bogotá DC.

Methodology. To determine the association between the phenomena of research, a correlational study of quantitative approach of a descriptive kind was conducted, in which was chosen a simple random probability sample of 242 people with hypertension at The ESE Chapinero Hospital in Bogotá DC, over the period from June to December 2010.

Results. The age of the population in this study ranged from 29 to 90 years with an average of 64 years, with a median and mode of 63 years old.

Regarding the general distribution of population by gender, the highest share belongs to female with 71.1% and 28.9% for males.

In this study was observed that the largest proportion of the population have a high capacity for coping and adaptation process (n = 219) representing 90% of the population. While 10% of people with hypertension (n = 23) have a low capacity in the process of coping and adaptation.

The report of the degrees of risk for adherence in people with hypertension indicate that 48% of the population has an average risk of non-adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments, the 42% of the population has a low risk of non-adherence, it means, they have sufficient elements to respond to the recommendations prescribed by their health care provider and only 10% of the sample presents a high risk of nonadherence, meaning that this group of people cannot respond to the adherence prescribed by their therapist.

The findings of this research report that the Pearson correlation coefficient in the study sample obtained a value $r = 0,253232$. Which means that there is a positive association between the phenomena of study, but at the same time, the value of the correlation coefficient in the sample classified this association as weak.

Conclusions. One might say that the adherence depends not only on the ability of coping and adaptation that an individual has to respond effectively in different situations and critical moments of life, therefore, the willingness to join or not the recommendations of a health care provider in relation to pharmacological and nonpharmacological treatments do not depend exclusively on the people psychological resources or ability to cope with given situations, but also on the characteristics of the environment where these events occur.

Keywords. Coping adaptation process, degrees of risk for adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments hypertension.

Contenido

Pág.

Contenido

1. Capítulo 1 MARCO DE REFERENCIA.....	5
1.1 DESCRIPCIÓN ÁREA PROBLEMA.....	5
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.4 OBJETIVOS	19
1.4.1 Objetivo General.....	19
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
1.5 HIPOTESIS	20
1.5.1 Hipótesis 1.....	20
1.6 VARIABLES DEL ESTUDIO	20
2. Capítulo 2 MARCO TEÓRICO	25
2.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....	25
2.2 CUIDADO PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS SERES HUMANOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE ROY.....	27
2.3 PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN	30
2.3.1 Proceso de afrontamiento cognitivo.....	37
2.3.2 El Modelo de enfermería del proceso cognitivo.....	38
2.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	42
3. Capítulo 3 DISEÑO METODOLÓGICO.....	53
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	53
3.2 POBLACIÓN.....	53
3.2.1 Muestra.....	54
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	55
3.3.1 Criterios de Inclusión.....	55
3.4 INSTRUMENTOS	56
3.4.1 “Escala de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación”	56
3.5 FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	64
3.5.1 Procedimiento de recolección y registro de la información.....	64
3.5.2 Procesamiento de la información.....	65
3.5.3 Control de posibles riesgos en la recolección de la información.....	65
3.6 ASPECTOS ÉTICOS LEGALES	72
4. Capítulo 4. RESULTADOS.....	75
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	75

XIV	Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial	
-----	---	--

4.2	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	105
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	117
5.1	CONCLUSIONES.....	117
5.2	RECOMENDACIONES	122
5.3	Recomendaciones.....	125

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Morbilidad por enfermedad hipertensiva.	8
Figura 2. Principales factores de riesgo cardiovascular durante el periodo de 2006 - 2009	10
Figura 3. Modelo de Enfermería del proceso cognitivo	39
Figura 4. Proceso de Afrontamiento cognitivo en las personas con Hipertensión Arterial.	41
Figura 5. Esquema de las Categorías de la Escala Total de CAP`S	60
Figura 6. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión arterial por área de residencia E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	79
Figura 7. Capacidad de afrontamiento y Adaptación de las personas con Hipertensión Arterial. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	83
Figura 8. Estilos y estrategias de afrontamiento en las personas con Hipertensión Arterial. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	87
Figura 9. Box-plot's de los estilos y estrategias de afrontamiento y adaptación de las personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá Junio - Diciembre 2010	88
Figura 10. Distribución de los grados de riesgo para la adherencia E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	90
Figura 11. Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos en hipertensión. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	96
Figura 12. Categorización de los estilos y las estrategias de afrontamiento según la alta y la baja capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación de las personas con Hipertensión Arterial de la E.S.E Hospital Chapinero junio - Diciembre 2010	102

Figura 13. Escala Angular que representa el uso de los recursos y estrategias de afrontamiento y adaptación en las personas con hipertensión Arterial de la ESE Hospital Chapinero junio- diciembre 2010 104

Lista de cuadros

	Pág..
Cuadro 1. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión por edad y sexo E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	76
Cuadro 2. Distribución de la muestra por estado civil y Sexo. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	76
Cuadro 3. Distribución de la muestra de estudio según el Nivel de Escolaridad. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	77
Cuadro 4. Distribución de la muestra de estudio según el nivel de escolaridad. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	78
Cuadro 5. Distribución de la muestra de estudio según género y nivel de escolaridad. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	78
Cuadro 6. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión arterial según régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	80
Cuadro 7. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión arterial según estrato socioeconómico E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	80
Cuadro 8. Distribución de la muestra por grupo de edad y tiempo de tratamiento. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	81
Cuadro 9. Distribución de la muestra por género y tiempo de tratamiento. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	82
Cuadro 10. Distribución de la muestra por género y tipo de tratamiento. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	82
Cuadro 11. Capacidad de afrontamiento y Adaptación por grupo de edad y género. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	84
Cuadro 12. Distribución de la Capacidad de afrontamiento y Adaptación según el estado civil de las personas con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	85

Cuadro 13. Medidas de dispersión y simetría de los estilos y estrategias de afrontamiento en las personas con hipertensión arterial. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	87
Cuadro 14. Distribución de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial según el género E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	91
Cuadro 15. Distribución de los grados de Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de las personas con hipertensión arterial por grupo de edad E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	92
Cuadro 16. Distribución de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según el estado civil de personas con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero. Bogotá Junio - Diciembre 2010	94
Cuadro 17. Distribución del Tiempo de tratamiento por edad y sexo de las personas con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010	95
Cuadro 18. Comparación de las medidas de estadísticas básicas entre los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y Adaptación y los grados de riesgo para la Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero Junio - Diciembre 2010	99
Cuadro 19. Matriz de correlación entre los estilos y estrategias de Afrontamiento y Adaptación y los grados de riesgo para la Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con Hipertensión Arterial de la ESE Hospital Chapinero Junio - Diciembre 2010	101

Introducción

Para la disciplina de enfermería, el proceso de afrontamiento y adaptación constituye un fenómeno de gran interés y trascendencia en los escenarios de su práctica clínica. Desde esta perspectiva el cuidado de enfermería muestra al ser humano como un sistema de adaptación, la doctora Roy 2007¹ define la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación como “la habilidad que tiene la persona para responder a los cambios en el ambiente, utilizando estilos y estrategias de afrontamiento para adaptarse en forma efectiva a los desafíos que impone la vida.”

Cada persona afronta sus situaciones cotidianas de manera diferente, por esta razón, es indispensable conocer el significado que éste le otorga a la condición que está viviendo; de igual manera la forma como las percibe, y que recursos o estrategias está empleando para afrontarlas².

Estudiar el afrontamiento en el ser humano no solo representa un análisis de aquellas situaciones que desbordan los recursos personales para la consecución de metas y objetivos, sino una manera eficaz de identificar aquellos elementos que facilitan o interfieren en las respuestas de adaptación.

El presente estudio pretende describir si existe asociación significativa entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en un grupo de individuos con

¹ ENTREVISTA de Yolanda González a Callista Roy, PhD, RN., FAAN. Profesora y teórica de enfermería. Citada por: GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía

² Ibíd.

hipertensión arterial y como ésta capacidad individual afecta su compromiso frente a su adherencia terapéutica.

Para nadie es desconocido que la falta de adherencia constituye uno de los más grandes retos para el sector salud; en especial para la práctica de Enfermería. Las recientes investigaciones sobre los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos indican que las intervenciones en salud no han sido suficientes para contrarrestar el alto costo de los eventos cardiovasculares incluyendo la hipertensión arterial. A pesar de los esfuerzos por mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos en personas con hipertensión arterial, se sigue evidenciando bajas tasas de adherencia a los tratamientos y a las recomendaciones prescritas por proveedor de cuidado. De allí la importancia de intervenir el fenómeno de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos desde otra óptica, con el fin de buscar estrategias que permitan reformular las intervenciones de los programas para la prevención y el control de los eventos cardiovasculares.

Este estudio consta de cinco capítulos, el primer capítulo presenta el marco referencial, compuesto por el área temática, la justificación, el problema, los objetivos, las variables, las hipótesis y los supuestos teóricos que guían el planteamiento de los fenómenos de estudio contemplados en el desarrollo del marco teórico.

El segundo capítulo aborda las bases conceptuales y teóricas que fundamentan el estudio y se revisa el abordaje disciplinar del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgos por la adherencia terapéutica en el contexto de la hipertensión arterial.

En el tercer capítulo se presenta el marco de diseño, se describe la estrategia para el desarrollo de la investigación, el tipo de estudio, los criterios de inclusión y exclusión, la descripción de los instrumentos y el marco de consideraciones éticas que guían los principios bioéticos de la investigación.

En el cuarto capítulo se presenta el proceso estadístico para el análisis de la información, los resultados, y se detalla la interpretación contenida en el apartado de la discusión.

En el quinto y último capítulo aparecen las conclusiones y recomendaciones más relevantes para este estudio y los anexos.

1. Capítulo 1 MARCO DE REFERENCIA

En este primer capítulo se presenta el marco referencia, compuesto por el área temática, la justificación, el problema de investigación, los objetivos, las variables, las hipótesis y los supuestos teóricos que guían el planteamiento de los fenómenos de estudio contemplados en el desarrollo del marco teórico.

1.1 DESCRIPCIÓN ÁREA PROBLEMA

“La Organización Mundial de la Salud OMS (1999) afirma que cerca del 60% de las muertes que ocurren en el mundo se deben a las enfermedades crónicas, en especial a la enfermedad cardiovascular. El informe de la OMS de 1999 advierte que probablemente estas enfermedades serán responsables del incremento de la carga de enfermedad, en especial en los países en vía de desarrollo”³. Estas enfermedades representan una importante carga para la salud; por un lado, se afecta la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y por otro, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud generalmente de alto costo.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbilidad en más del 75% de los países a nivel mundial. Cada año en el mundo mueren más de 17 millones de personas por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada⁴ segundos

³ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D. C. – Dirección de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Medicina – Lineamientos de la Política Pública de Prevención de Enfermedades Crónicas en Bogotá, D. C., Mayo 2002.

⁴ ROSAS P., Martín et al. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (análisis por consolidación conjuntiva) [en línea]. En: Rev. Archivos de Cardiología de México. 2004, vol. 2 no. 74, p. 164-178. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/acs-2004/acs042h.pdf>

ocurre un evento coronario y cada⁵ segundos un evento vascular cerebral, siendo la hipertensión el factor de riesgo más común en estas entidades⁶. La Hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio y afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida. La importancia del padecimiento radica en la repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones⁷ convirtiendo esta entidad en un problema de salud pública del primer orden en todo el planeta⁸.

En Colombia, según las últimas estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud la prevalencia de la hipertensión arterial entre la población mayor de 15 años es de 12,6%. Esta enfermedad constituye el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, las cuales son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años, es más la mortalidad de índole cardiovascular en Colombia alcanza una cifra de 176 por 100.000 habitantes⁹. La hipertensión primaria o esencial es un problema de salud pública del primer orden en todo el planeta, lo que la constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y está asociada a una mayor probabilidad de eventos cerebro vasculares y lesiones isquémicas del miocardio.¹⁰

⁵ MARTÍNEZ S., Carlos y MARTÍNEZ R., Jesús. Cambio en el rumbo de las consecuencias cardiovasculares de la hipertensión arterial sistémica [en línea]. En: Rev. Archivos de Cardiología de México. 2004, vol. 2 no. 74, p. 179-185. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/acs042i.pdf>

⁶ Ibid.

⁷ MARTÍNEZ S., Carlos y MARTÍNEZ R., Jesús. Cambio en el rumbo de las consecuencias cardiovasculares de la hipertensión arterial sistémica [en línea]. En: Rev. Archivos de Cardiología de México. 2004, vol. 2 no. 74, p. 179-185. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/acs042i.pdf>

⁸ CRUZ C., Maricela. Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México [en línea]. En: Rev. Archivos de Cardiología de México. 2001, vol. 1 no. 74, p. 192-97. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011an.pdf>

⁹ SERPA F., Fernando. Datos históricos sobre la hipertensión arterial [en línea]. En: Medicina y humanidades. Página Web www.medileguis.com. [Consultado junio 2010]. Disponible en Internet: http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH_p39-42/Medicinayhumanidades.htm

¹⁰ Ibid.

La salud y la calidad de vida de las personas en Colombia se ve actualmente afectada por las enfermedades cardiovasculares, entre las que se destaca la hipertensión arterial como el principal precursor de estas, constituyendo en conjunto la primera causa de mortalidad en el país y en el mundo con 16 millones de muertes por año, según los últimos informes de la organización mundial de la salud (OMS), el Ministerio de la Protección Social.¹¹

Para el Distrito capital de Bogotá las enfermedades crónicas representan la principal carga de morbimortalidad en los últimos 20 años, este grupo de enfermedades constituyen la primera causa de muerte en la capital. Para el 2007 su frecuencia se situó en el 77,39% del total de las muertes en la población. Si bien es cierto que las enfermedades crónicas están representadas por un gran número de entidades, se atribuye a que gran parte de su carga está representada por las enfermedades cardiovasculares.

Las tres enfermedades cardiovasculares de mayor representatividad de mortalidad por enfermedades crónicas en Bogotá fueron la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial, estas produjeron el 22,3% de todas las muertes.¹²

Panorama institucional. La ESE Hospital Chapinero de Bogotá es una entidad de I nivel de atención, prestadora de servicios de salud a la población de las localidades de Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo del Distrito Capital de Bogotá.

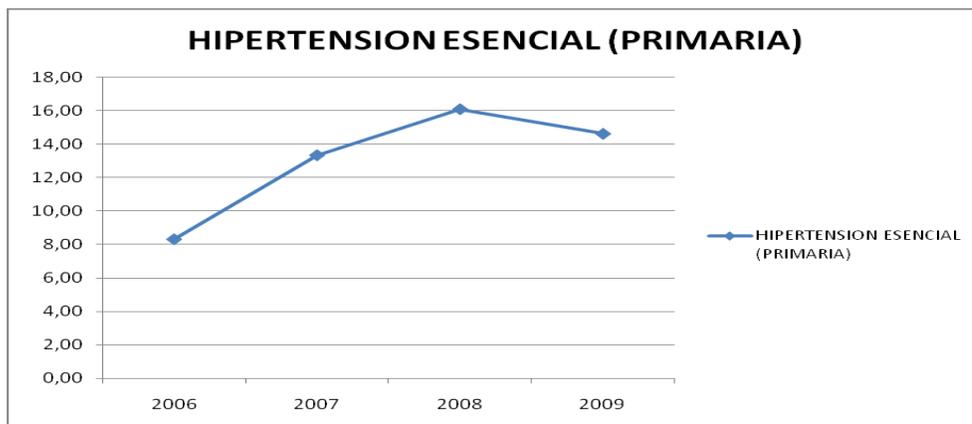
Los registros estadísticos del Hospital de Chapinero indican como primera causa de morbilidad la enfermedad hipertensiva. Esta ha tenido un crecimiento ascendente los últimos años con un leve descenso para el 2009. Este evento es considerado como el

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la Salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003 [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/cronic.htm>.

¹² SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D. C. Modelo de Atención para las Condiciones Crónicas en el Distrito Capital. Bogotá, 2007.

principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares de la población de área de influencia del hospital.¹³

Figura 1. Morbilidad por enfermedad hipertensiva



Fuente: Departamento de Epidemiología E.S.E Hospital Chapinero Morbilidad por enfermedad Hipertensiva Periodo 2006-2009

Así mismo los diagnósticos de salud para las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo indican dentro de las 10 primeras causas de morbilidad la enfermedades cardiovasculares, en especial la enfermedad hipertensiva. A continuación se describe el patrón de morbilidad de la población residente en las tres localidades de área de influencia de la ESE Hospital Chapinero.

Localidad de Barrios Unidos. Según proyecciones del DANE la localidad de Barrios Unidos contaba para el año 2009 con 231.435 habitantes que correspondían al 3,19% de la población bogotana (7.259.597 habitantes) ubicándola como la novena localidad con mayor población, con respecto a la distribución por sexo en el año 2009 el 54,5% de la población fueron mujeres con una razón de masculinidad de 0,83 hombres es decir por cada 100 mujeres hubo 83 hombres en la localidad de barrios unidos para el año 2009. Durante los años 1998- 2007 las dos primeras causas de morbilidad general

¹³ HOSPITAL DE CHAPINERO. Secretaría Distrital de Salud. Diagnostico local con participación social de la localidad de Chapinero grupo de gestión local de la ESE hospital chapinero. Bogotá: Año 2009, p. 23.

para la localidad de barrios unidos han sido las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cardiovasculares, estas representaron el 21,72% de todas las causas reportadas.

Localidad de Chapinero. Según proyecciones del DANE la localidad de Chapinero contaba para el año 2009 con 131.027 habitantes correspondiendo al 1,8% de la población Bogotana ubicándola como la sexta localidad con menor población en el distrito capital. Con respecto a la distribución por sexo en el año 2009 el 53,9% de la población fueron mujeres con una razón de masculinidad de 0,85% es decir por cada 100 mujeres en la localidad hubo 85 hombres.¹⁴

Los registros históricos del patrón de morbilidad durante los años 1998-2004 indican que las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares representaron el 23% de todas las causas, la primera con tendencia a aumentar de 4.8 x 100.000 habitantes para el año 1998 y un 7, 23% en el 2007.

Es importante resaltar que en esta localidad las personas mayores de 60 años fue el grupo que aportó una mortalidad de (472 casos reportados en el 2007). Los resultados de este diagnóstico por grupo de edad indican la presencia de enfermedades crónicas específicamente la hipertensión como factor de riesgo desencadenante de enfermedades cardiovasculares.

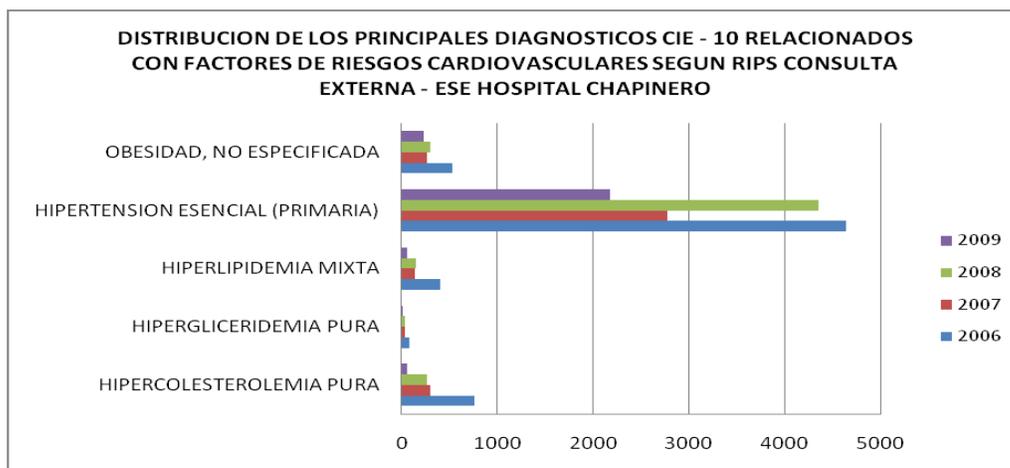
Localidad de Teusaquillo. Según proyecciones del DANE la localidad de Teusaquillo contaba para el año 2009 con 143.891 habitantes representando el 1,8 % de la población bogotana ubicando esta localidad como la séptima con menor población; con respecto a la distribución por sexo par el 2009 el 53,9% de la población pertenecía al género femenino con una razón de masculinidad de 0,86 hombres es decir por cada 100 mujeres hubo 86 hombres en la localidad. Durante los años 1998 a 2004 la tendencia general de la mortalidad general para la localidad de Teusaquillo fueron las enfermedades isquémicas del corazón y los eventos cerebro vasculares;

¹⁴ HOSPITAL DE CHAPINERO. Secretaría Distrital de Salud. Diagnostico local con participación social de la localidad de Chapinero. Óp. cit., p. 261.

estas representaron el 21% de todas las causas, la primera con tendencia estable mostrando 6.3×100.000 tanto en el año 1998 como en el 2007 y la segunda con tendencia ascendente de $3,1 \times 100.000$ en 1998 para pasar a 4.7×100.000 habitantes en el 2007.¹⁵

Los diagnósticos CIE 10 asociados a la presencia de riesgos cardiovasculares en la población que asiste a consulta externa del hospital confirman una tendencia creciente de la hipertensión arterial como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular en la población de las tres localidades. El siguiente grafico ilustra la presencia de los principales factores de riesgo cardiovascular durante el periodo de 2006 - 2009.¹⁶

Figura 2. Principales factores de riesgo cardiovascular durante el periodo de 2006 - 2009



Fuente: RIPS de consulta externa año 2009 Departamento de Estadística de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá

¹⁵ HOSPITAL DE CHAPINERO. Secretaría Distrital de Salud. Diagnostico local con participación social de la localidad de Teusaquillo grupo de gestión local de la ESE hospital chapinero. Bogotá: Año 2009, p. 23.

¹⁶ HOSPITAL DE CHAPINERO. Secretaría Distrital de Salud. Registros históricos de morbilidad por diagnostico CIE 10 de consulta externa según factores de riesgo cardiovascular, Fuente: RIPS de consulta externa año 2009 departamento de Estadística de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá.

Como se puede apreciar en la gráfica anterior la tendencia de los factores de riesgos cardiovasculares asociados a enfermedad cardiovascular presentan un comportamiento similar en los periodos estudiados, destacándose la hipertensión esencial (primaria) como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular.

Es evidente que los factores de riesgo cardiovascular tales como la hipertensión arterial presentes en la población que asiste a los servicios de salud del Hospital de Chapinero necesitan ser estudiados; más allá de identificar la prevalencia e incidencia de estos eventos se hace necesario indagar los factores que influyen en su génesis y desarrollo, así mismo crear estrategias de intervención que permitan reducir, controlar y minimizar el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la población afectada.

Lograr identificar aspectos relacionados con el comportamiento de los individuos frente a la modificación de los factores de riesgo asociados a una enfermedad crónica, como es la hipertensión arterial y la capacidad individual para afrontar la carga emocional que genera esta enfermedad y permitir comportamientos de adherencia constituye un elemento de vital importancia para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de alteraciones que afecten su salud y bienestar.

Para Contreras y colaboradores 2007 las estrategias de afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de la adaptación del paciente con eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas. Estos autores indican que restablecer y mantener el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consciente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica.^{17, 18, 19}

¹⁷ CONTRERAS, Françoise et al. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. En: Acta Colombina de Psicología. Universidad Santo Tomas Bogotá Colombia. 2007, vol. 10 no. 2, p. 169-179.

¹⁸ KEARNEY, Patricia et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. In: Lancet. 2005, vol. 365 no. 9455, p. 217-223.

¹⁹ Ibíd.

El presente estudio busca precisamente determinar la asociación entre capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan un problema de salud pública a nivel mundial. En Colombia estas enfermedades aun encabezan los listados de las principales causas de discapacidad y muerte. Los factores de riesgo cardiovasculares se consideran como los protagonistas fundamentales dentro de esta epidemia.²⁰ Según el reporte del departamento administrativo nacional de estadística (DANE), en su informe nacional preliminar de defunciones por mortalidad en general del año 2005 reporta como primera causa de mortalidad la enfermedad isquémica del corazón en personas de 45 y más años de edad con 25.319 casos, sobrepasando la mortalidad por homicidios 19.670 casos y otras enfermedades como las enfermedades cerebro vasculares con 12.989.21 La hipertensión arterial constituye el primer factor de riesgo cardiovascular más común para morbimortalidad en el mundo. En la actualidad, se estima que el 25% de la población mundial es hipertensa, y ello podría llegar al 29% para

²⁰ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular, tópicos selectos [en línea]. En: Revista colombiana de cardiología. Julio 2009, vol. 16 supl. 3, p. 71-192. Disponible en Internet: <http://www.scc.org.co/Publicaciones/Guias/tabid/165/Default.aspx>

²¹ COLOMBIA. Departamento administrativo nacional de estadística, DANE. Informe nacional preliminar de defunciones por mortalidad en general. 2005 [en línea]. [consultado junio, 2010] Disponible en Internet: <http://www.dane.gov>.

el año 2025 22. En general, a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, menos de la tercera parte de los pacientes hipertensos están adecuadamente controlados, y un porcentaje significativo de éstos aún presenta riesgo aumentado de futuros eventos comparados con la población de no hipertensos. A medida que se mejora el desarrollo socioeconómico de los países, la prevalencia de hipertensión arterial aumentará, tendencia que podría cambiarse instaurando modificaciones del estilo de vida en estas poblaciones. 23.

En Colombia, la prevalencia de hipertensión en algunas zonas urbanas es de 14,1%²⁴. La mortalidad en 1999 de la enfermedad hipertensiva, es de 9,7% en hombres y 12,2% en mujeres, en relación con la mortalidad cardiovascular general (la cual es de 23,4% y 33,5% respectivamente). La tasa estandarizada de muerte por enfermedad hipertensiva (en 1994) era de 27,59 en hombres y de 27,34 en mujeres (por cada 100.000)²⁵. La prevalencia de la hipertensión arterial ajustada por edad aumenta con los años, similar a lo que se observa en la población de los Estados Unidos²⁶.

Es evidente que la hipertensión arterial no solo es un problema de salud pública en Colombia, a pesar de que existen políticas y herramientas para su prevención y control; esta entidad sigue ocupando los principales lugares en el perfil de morbimortalidad razón por la cual es necesario evidenciar qué es lo que está sucediendo para proponer acciones concretas para su intervención.

Los registros históricos de morbilidad por causa externa del Hospital Chapinero indican la presencia concurrente de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular siendo más frecuente la hipertensión arterial. En los últimos años la patología hipertensiva ha

²² KAPLAN, Norman and OPIE, Lionel. Controversies in Cardiology 2. Controversies in hypertension [online]. In: Lancet. 2006, vol. 367, p. 168-176. Available from Internet: http://www.ypertasi.gr/assets/files/scientific_material/FULL%20HTN%20PAPERS%202006-07/Controversies%20in%20hypertension%202006.pdf

²³ CUBILLOS G., Luz et al. Congestive heart failure in Latin America: the next epidemic. In: Am Heart J. 2004, vol. 147, p. 412-417.

²⁴ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular, tópicos selectos. Óp. cit, p. 71-196

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ *Ibíd.*

tenido un incremento considerable con relación a los años anteriores constituyendo la primera causa de consulta en los registros de la Institución, el departamento de estadística de la ESE Hospital Chapinero indica una alta prevalencia de la hipertensión arterial en la población adulta. Para el año 2009, la hipertensión esencial fue la primera causa de morbilidad de la población asistente a los servicios de consulta externa del hospital.

Teniendo en cuenta que la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos son un problema de gran trascendencia para la práctica de la disciplina, se hace indispensable que el profesional de enfermería lidere los procesos de promoción en salud que permitan identificar y controlar los riesgos de las personas con alteraciones de orden cardiovascular y con base en ello pueda diseñar estrategias tendientes a modificar hábitos negativos para la salud, por estilos de vida saludables, favoreciendo en ellos procesos de adaptación que incluyan comportamientos de adherencia.

Consecuentemente las investigaciones realizadas en la maestría de enfermería en el área de cuidado para la salud cardiovascular, han utilizado el modelo conceptual de enfermería de Dorotea Orem, en particular la capacidad de agencia del auto cuidado y la asociación con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna alteración de tipo cardiovascular. Si bien es cierto que los resultados obtenidos en dichos estudios muestran una fuerte relación con el marco conceptual utilizado, la intención de esta propuesta investigativa es determinar si existe asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial para poder fortalecer e intervenir las estrategias de promoción en salud y prevención de eventos cardiovasculares

Esta propuesta parte del interés particular por dar a conocer la importancia del afrontamiento y la adaptación en los comportamientos de adherencia. Si se comprueba esta asociación, se podrían implementar estrategias innovadoras de cuidado en los programas de prevención y control de los riesgos cardiovasculares incluyendo los programas de hipertensión arterial fortaleciendo factores protectores en el individuo que

conlleven al desarrollo de estilos de vida saludables, evitando las complicaciones y secuelas que traigan consigo los eventos cardiovasculares en especial la hipertensión.

Se entiende por capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación la habilidad de la persona para responder a los cambios del ambiente, con base a patrones de respuesta utilizando los estilos y estrategias de afrontamiento para adaptarse en forma efectiva a los desafíos de la vida. La habilidad de afrontar una situación en particular depende en gran medida de las estrategias de afrontamiento a utilizar.²⁷

La Doctora Roy citada por González (2007)²⁸, redefine el proceso de afrontamiento y adaptación para este siglo como patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante de las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos, mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia y la trascendencia.²⁹

Para González 2007³⁰ El fenómeno de afrontamiento y adaptación ya sea de forma implícita o explícita es relevante para las enfermeras(os) tanto en lo personal como en lo profesional ya que éstos, al estar comprometidos en el día a día con el cuidado de las personas se encuentran con situaciones de gran significado que les permiten valorar sus habilidades y dar sentido a las intervenciones que ayudan y facilitan la utilización de estrategias de afrontamiento efectivo para alcanzar la adaptación de dicha situación". Manejar una patología crónica de orden cardiovascular implica para la persona un proceso sistemático de adaptación, lo que conlleva al paciente a asumir comportamientos coherentes que le permitan afrontar su actual condición modificando muchos de los comportamientos que influyen en sus repuesta adaptativas.

²⁷ ENTREVISTA de Yolanda González a Callista Roy, PhD, RN., FAAN. Óp. cit., p. 19

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ ROY, Callista citada por GONZALEZ Yolanda, Óp. cit., p. 19

³⁰ GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Tesis de doctorado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2006, 347 p.

Cuando una persona se encuentra ante una situación, el primer interrogante que surge es ¿qué puedo hacer ante esta situación?. Este interrogante permitirá a la persona identificar las posibles respuestas para dar solución a su problema. Una persona responderá a los elementos planteados teniendo en cuenta los recursos de que disponga para afrontar la situación. Las respuestas a este tipo de interrogantes depende de la capacidad individual de enfrentar una situación, En este orden de ideas, todo individuo al verse en una situación determinada, necesitará de recursos tanto internos como externos para afrontar la situación y lograr la adaptación de la misma.

Para Fleury 1992³¹ el papel de la enfermera consiste en ayudar al individuo a que entienda, adopte y mantenga prácticas en su estilo de vida, que le ayuden a disminuir riesgos e incapacidades; por eso es esencial que la enfermera desarrolle el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y familias a que inicien y mantengan conocimientos congruentes con los esfuerzos para reducir los riesgos.

Partiendo de estos supuestos se puede considerar que un individuo con una alteración en su estado de salud debe adaptarse a su nueva condición, manteniendo estilos de vida saludables que le permitan disminuir los riesgos e incapacidades; así mismo el hecho de “adaptarse a esta nueva condición” implica un cambio en su comportamiento que de una u otra manera influenciará en sus conductas de auto cuidado y por ende, la adherencia a los tratamientos prescritos. Autores como Matos Yadmila, Marin Libertad y Bayarre Héctor 2007 indican que “la adherencia al tratamiento puede considerarse una forma de afrontamiento de la enfermedad, en tanto el paciente active sus recursos personales en función de minimizar los efectos del padecimiento”.³²

³¹ FLEURY, Julie. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. En: Image. 1992, vol. 24 no. 3, p. 229-239. Citado por: PABÓN, Yadir. Validez y confiabilidad del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Tesis. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá 2007. 113 p.

³² MATOS, Yadmila; MARIN, Libertad y BAYARRE, Héctor. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. En: Revista Cubana de Medicina. 2007, vol. 23 no. 1, p. 1.

Es por ello que otro de los aspectos a estudiar está relacionado con la adherencia a los tratamientos farmacológicos. Según Bonilla 2006 el logro de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de pacientes con enfermedad cardiovascular se convierte en un reto para todos los profesionales que trabajan con estos pacientes; por ello se hace necesario identificar los factores que influyen en la adherencia ya que esto implica un comportamiento y una conducta establecida cuyos cambios deben ajustarse a una recomendación de salud y la terapéutica proporcionada por el profesional de la salud y que dichos factores pueden afectar o regular el proceso de adherencia.³³

Uno de los problemas que se observa con mayor frecuencia es la forma como las personas que enfrentan una situación de salud tienen que adecuar sus condiciones psíquicas y comportamentales para adaptarse a esa nueva condición lo que implica cambios en su comportamiento y por supuesto cambios en su estilo de vida; con frecuencia vemos que la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y las recomendaciones sobre los cambios en el estilo de vida de estos pacientes se ve influenciado por tales condiciones. Hasta el momento no se ha podido comprobar si realmente existe una asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y la adherencia a las recomendaciones establecidas por el proveedor de salud, por eso se hace necesario indagar la relación entre ambos conceptos.

La medición del proceso de afrontamiento y adaptación y el análisis de los estilos y las estrategias de afrontamiento y adaptación en las personas con hipertensión arterial, aportará un conocimiento esencial para el diseño de estrategias innovadoras de cuidado que respondan a las necesidades de los afectados, así mismo, este estudio pretende contemplar otra visión del ejercicio profesional en el abordaje de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos en la enfermedad hipertensiva.

³³ BONILLA, Claudia. Diseño de un 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 y validez de contenido del mismo. Tesis. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá 2006. 142 p.

Con esta investigación se promueve la construcción y la búsqueda del conocimiento de la ciencia de enfermería por que presenta un enfoque novedoso: “El ser humano como sistema adaptativo a la luz del proceso de afrontamiento y adaptación de individuos con hipertensión arterial”, esta construcción esta fundamentada en aspectos específicos del modelo conceptual y la teoría de rango medio del proceso de afrontamiento y adaptación, en un contexto mas específico de la practica de enfermería.

El aporte de este estudio para la disciplina de Enfermería constituye una herramienta fundamental en el desarrollo teorico, ya que permite comprender el fenómeno del proceso de afrontamiento y adaptación en individuos con enfermedad hipertensiva y su relación con los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos por un proveedor de salud; así mismo permite la orientación de los cuidados de enfermería, basados en los aportes y la validación de las teorías de mediano rango.

La utilidad de este estudio estará dada por los resultados obtenidos de la asociación entre el proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial. Estos resultados servirán como sustento para la identificación de estrategias de promoción de la salud, las cuales beneficiaran a los usuarios del programa de prevención y control de factores de riesgo cardiovascular. Así mismo, si el resultado de esta asociación presentara una relación directa entre los fenómenos de estudio, se podrían identificar las potencialidades que estos individuos tienen para adaptarse a una nueva condición de salud y la importancia de su compromiso frente a la adherencia de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos, los resultados del estudio fortalecerán la línea de investigación de adherencia a tratamientos farmacológicos de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia debido a que le permitirá ampliar sus horizontes frente al abordaje teórico del proceso de afrontamiento y adaptación y su utilidad en la práctica aportando desde la investigación al componente disciplinar de la ciencia de Enfermería.

El reto de esta investigación parte de la motivación personal de identificar la relación existente entre el proceso de afrontamiento y adaptación del individuo con factores de riesgo cardiovascular y cómo este proceso actúa como factor influyente en la adherencia terapéutica. El aporte de esta asociación permitirá fortalecer la práctica de Enfermería a través del desarrollo de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y complicaciones de orden cardiovascular en los individuos y los colectivos humanos. Además, este estudio permitirá demostrar la importancia de la capacidad del proceso de afrontamiento y la adaptación en el fenómeno de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión lo cual indica la novedad de este estudio. Por otra parte el desarrollo de este estudio ampliará el cuerpo de conocimientos de la profesión, sobre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y su importancia en la adherencia farmacológica y no farmacológica.

Los recursos que se disponen para el desarrollo de esta investigación serán compensados con los resultados obtenidos ya que al determinar si realmente existe una asociación entre las variables estudiadas se podrán implementar estrategias de intervención para el fortalecimiento del programa, la reducción de costos en las terapias farmacológicas y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuario, situación que beneficiaría directamente a las personas que asisten a la consulta externa de la ESE Hospital Chapinero.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá D. C.

1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en las personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá.
- ✓ Describir los grados de riesgo para adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con hipertensión arterial.
- ✓ Establecer la relación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con hipertensión arterial.

1.5 HIPOTESIS

1.5.1 Hipótesis 1

- ✓ H_1 Existe asociación significativa entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial.
- ✓ H_0 No existe asociación significativa entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial.

1.6 VARIABLES DEL ESTUDIO

- ✓ Capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación.

Definición conceptual. Esta variable se define conceptualmente como la habilidad que tiene una persona para responder a los cambios en el ambiente, con base en patrones de respuestas utilizando los estilos y estrategias de afrontamiento para adaptarse en forma efectiva a los desafíos de la vida.

Definición operacional. Corresponde a la habilidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo el proceso de afrontamiento y adaptación, esta capacidad está dada por el resultado global de la suma de las estrategias de afrontamiento identificadas en el CAP'S. sus valores van de 47 – 188 puntos. Y esta escala se encuentra categorizada de la siguiente forma:

a. Baja capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación. (47-117 puntos)

b. Alta capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación.(118-188 puntos)

✓ Grados de riesgo para la adherencia

Definición conceptual. Es la calificación que se hace de la condición de riesgo para la adherencia a los tratamientos prescritos que se relacionan con tres posibles estados calculados a partir de unos rangos de puntuación asociados con los factores que influyen en la adherencia. Esta categorización permite ubicar a las personas con alguna condición de salud en un alto, medio o bajo riesgo con relación a la adherencia.

Definición operacional. Corresponde a la clasificación del grado de riesgo asociado al comportamiento individual frente a la adherencia a las prescripciones o recomendaciones otorgadas por un proveedor de salud, su categorización se presenta de la siguiente manera:

En ventaja para la Adherencia (38 - 48 Puntos) que corresponde del 80 al 100% del puntaje total. Denominado también Riesgo bajo para la adherencia.

En riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia (29 – 37 Puntos) que corresponden a puntajes entre el 60 y 79% del Total. Denominado también Riesgo medio para la adherencia.

No puede responder con comportamientos de adherencia (Menores o igual a 28 Puntos) o si el valor es menor al 59 % del total. Denominado también riesgo alto para la adherencia.

Variables intervinientes. Las más relevantes son:

Variables socio demográficas

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Nivel de escolaridad
- ✓ Estrato socioeconómico
- ✓ Afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud.

Variables clínicas

- ✓ Tiempo de tratamiento
- ✓ Tipo de terapia

Supuestos utilizados para el desarrollo del marco teórico. **Los supuestos utilizados para guiar el planteamiento del fenómeno del proceso de afrontamiento y adaptación en el presente estudio, corresponden a tres de las planteadas por la Dra. Callista Roy en su modelo de Adaptación MAR; estos son:**

- ✓ **Las personas tienen la capacidad para responder y adaptarse de manera efectiva a los estímulos del ambiente, gracias al proceso de afrontamiento y adaptación.**

- ✓ **La interacción de las personas con el ambiente tiene como resultado la adaptación.**

- **Los pensamientos y los sentimientos median la acción humana.**

24 Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial

2. Capítulo 2 MARCO TEÓRICO

El segundo capítulo aborda las bases conceptuales y teóricas que fundamentan este estudio, se revisa el abordaje disciplinar del proceso de afrontamiento y adaptación, se revisa la literatura disponible sobre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en el contexto de la hipertensión arterial

2.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Proceso de afrontamiento y adaptación. Son patrones conscientes innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia. Roy (2007).³⁴

Proceso de afrontamiento. Son formas adquiridas e innatas que tiene el ser humano para interactuar con el ambiente cambiante, en donde ambos responden de forma activa el uno en el otro. Esto se describe en el modelo de adaptación como los subsistemas regulador y el cognitivo.³⁵

Capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación. Habilidad de la persona para responder a los cambios en el ambiente, con base en patrones de respuestas utilizando los estilos y estrategias de afrontamiento para adaptarse en forma efectiva a los desafíos de la vida.³⁶

³⁴ ENTREVISTA de Yolanda González a Callista Roy, PhD, RN., FAAN. Op. cit., p. 19.

³⁵ Ibid., p. 35.

³⁶ Ibid.

Factores que influyen en la adherencia. Son los condicionantes que afectan la capacidad de los pacientes en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima, y son: los factores socioeconómicos, el sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente.³⁷

Adherencia al tratamiento farmacológico. Grado al cual el comportamiento de un paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo de medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros.^{38, 39}

Adherencia al tratamiento no farmacológico. Grado al cual el comportamiento de un paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso, aumento y regulación del ejercicio físico, supresión o disminución en el hábito de fumar o de consumir alcohol.⁴⁰

Persona con hipertensión arterial. Se define a la persona con hipertensión arterial, como aquella que padece esta enfermedad en alguna de manifestaciones, la hipertensión arterial es una enfermedad sutil que produce en el ser humano daño progresivo o consecuencias que van desde la incapacidad hasta la muerte.

³⁷ BONILLA, Claudia. Op. cit., p.26

³⁸ GRUPO DE ESTUDIO para el desarrollo del modelo adaptación de Callista Roy. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. En: Revista Aquichan. facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Octubre 2002, Año no. 2, p. 19-23.

³⁹ WILSON, Peter et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. In: Circulation. 1998, vol. 97, p. 1837.

⁴⁰ GRUPO DE ESTUDIO para el desarrollo del modelo adaptación de Callista Roy. Óp. cit., 19-23.

Hipertensión arterial. La hipertensión podría definirse como aquellas cifras de presión arterial que llevan a complicaciones cardiovasculares en un individuo, de acuerdo con su perfil de riesgo (factores de riesgo cardiovascular, compromiso de órgano blanco, y posiblemente presencia de marcadores tempranos de enfermedad).⁴¹

En la actualidad se acepta que la hipertensión comienza a partir de valores de presión arterial sistólica mayores o iguales a 140 mm Hg y/o de presión arterial diastólica superiores o iguales a 90 mm Hg.

2.2 CUIDADO PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS SERES HUMANOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE ROY

Roy describe a la persona en términos de un sistema holístico de adaptación de acuerdo con su modelo de adaptación⁴² los sistemas humanos funcionan como una unidad; esto incluyen tanto a las personas como a los individuos, grupos, familias y comunidades. Para Roy el individuo es un todo unificado que interactúa con su entorno afectando su condición y transformando su propia realidad; en este orden de ideas el ser humano hace parte de un contexto del cual no se puede separar y las respuestas de adaptación son completamente individuales y diferentes para cada uno. El contexto o ambiente “son todas las condiciones, circunstancias, o influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos”.⁴³ El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, estos según el modelo de adaptación, pueden desencadenar respuestas adaptativas que promueven las metas de adaptación e integración de las personas con el mundo. En su modelo Roy define los estímulos como “todo

⁴¹ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. Guías Colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. P. 195. Vol 13 suplemento 1. Febrero del 2007

⁴² VELOZA, Mónica et al. Óp. cit., p. 150.

⁴³ GRUPO DE ESTUDIO para el desarrollo del modelo adaptación de Callista Roy. Op. cit., 19-23.

aquello que provoca una respuesta”,⁴⁴ es un punto de interacción del sistema humano con el ambiente; y los clasifica de la siguiente manera:

- ✓ **Estímulos focales.** Son aquellas situaciones o circunstancias que las personas deben confrontar de forma inmediata tales como una enfermedad o un evento externo y para lo cual requiere un consumo de energía.
- ✓ **Estímulos contextuales.** Son estímulos que están presentes en la situación y aunque no son el centro de atención influyen significativamente en la forma como las personas puedan afrontar el estímulo focal.
- ✓ **Estímulos residuales.** Representan factores desconocidos que se encuentran en el ambiente pero que pueden estar relacionados con la situación presente, estos pueden estar relacionados con creencias, expectativas de la misma situación o producto de experiencias pasadas.

Según Roy⁴⁵ el nivel de adaptación de un individuo representa la condición de su proceso vital, en el cual se describen tres niveles: El integrado, el compensatorio y el comprometido.

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas.

En el nivel de adaptación compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivos se activan como un reto a los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos establecidos son inadecuados y por lo tanto ocurren problemas para la adaptación. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de

⁴⁴ ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Stanford: Appleton & Lange. 1999, p. 32.

⁴⁵ VELOZA, Mónica et al. Óp. cit., p. 150.

los subsistemas regulador y el cognitivo, los cuales contribuyen a desencadenar respuestas que permiten controlar la situación.

El subsistema regulador es el proceso que regula el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos; las respuestas del subsistema regulador se ven reflejadas particularmente en el modo fisiológico mediado por el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino. El subsistema cognitivo está enmarcado en la consciencia y tiene relación con los procesos cognitivos y emocionales que permiten a la persona interpretar la situación y afrontar los estímulos ambientales con base en el análisis de la situación, fundamentados en la experiencia y la educación; de acuerdo con estos procesos serán sus respuestas o comportamientos.

Según Roy la cognición se relaciona con las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar. Los procesos cognitivos pueden expresarse a través de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados en la consciencia que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente. Para Roy entre los estímulos y la consciencia existe una interrelación permanente. A través de estos subsistemas un individuo interpreta de manera particular los estímulos para generar comportamientos o respuestas que podrían ser adaptativas o inefectivas y que determinan su capacidad para afrontar la situación presente.^{46, 47}.

El afrontamiento es un proceso en donde la interacción permanente individuo – ambiente desencadena múltiples estrategias según la situación. Las estrategias de afrontamiento hacen visibles las características personales relacionadas con pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales de quien al utilizar sus recursos personales de afrontamiento busca adaptarse a un ambiente cambiante. Estos planteamientos constituyen una base fundamental para la comprensión del

⁴⁶ Mc HAFFIE, Hazel. Coping: An essential element of nursing. In: Journal of advanced nursing. 1992, vol. 17 no. 8, p. 993-940.

⁴⁷ HALSTEAD, Mary; BENNETT J., Suzanne and CUNNINGHAM, Walter. Measuring coping in adolescents; an application of the ways of coping checklist. In: Journal of clinical child Psychology. 1993, vol. 22 no. 3, p. 338.

modelo del procesamiento cognitivo y su teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación derivada del mismo.⁴⁸

2.3 PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

El fenómeno del afrontamiento y la adaptación ha sido ampliamente discutido por diversas disciplinas. El fenómeno del afrontamiento proviene de la disciplina de la psicología, Richard Lazarus y Susan Folkman hacen referencia al afrontamiento como el “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes desarrollados para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluados como desbordantes de los recursos de los individuos”.⁴⁹

Otros psicólogos como Hald Bennet y Cunninham (1993) sostienen que el afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar o tolerar las demandas internas o externas que aparecen y generan estrés.⁵⁰

Desde la perspectiva de la sociología los sociólogos como Llor Esteban Bartolomé et al (1995) expresan que el afrontamiento es un proceso en el cual los individuos ponen en marcha estrategias específicas en condiciones de estrés psicológico para minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes e intentar dominar el entorno.⁵¹

El fenómeno del afrontamiento fue introducido a la disciplina de la Enfermería en la década de los años 70 por Johnson J. Otras teóricas que han abordado el fenómeno son Roy, Scholotfeldt, Nyamathi, Mc Haffe (1992), Esta última define el

⁴⁸ VELOZA, Monica et al. Op. cit., p. 150.

⁴⁹ Mc HAFFIE, Hazel. Op. cit., p. 993-940.

⁵⁰ VELOZA, Mónica et al. Op. cit., p. 150.

⁵¹ Mc HAFFIE, Hazel. Op. cit., p. 993-940.

afrontamiento como los esfuerzos individuales del paciente con problemas de salud para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella.^{52, 53}

González cita a La Dra. Roy 2007 y define el afrontamiento y la adaptación como patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y periodos críticos a través de comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia y la trascendencia. Para esta autora la conceptualización de Roy conduce a definir el afrontamiento como un proceso cognitivo que permite a las personas realizar un esfuerzo para manejar o tolerar un acontecimiento o situación. En concordancia con ello Gutiérrez (2007) y colaboradores indican que este proceso es además de dinámico es multidimensional; dinámico porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno, el cual está mediado por factores personales, sociales y ambientales que se modifican en forma permanente y se considera multidimensional porque cada persona utiliza diferentes estrategias para afrontar variadas situaciones. Según Livneh citado por Veloza⁵⁴ las personas pueden utilizar tres tipos de estrategias de afrontamiento: Estrategias comportamentales, estrategias afectivas y las estrategias cognitivas.

Las estrategias comportamentales. Buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa actuando frente al problema que la persona considere que es susceptible de modificar, y pueden ser también evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza de manera consciente o inconsciente.

Las estrategias afectivas. Hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera; se manifiesta con la expresión de sentimientos hacia sí mismo y frente a otros.

⁵² Mc HAFFIE, Hazel. Op. cit., p. 993-940.

⁵³ HALSTEAD, Mary; BENNETT J., Suzanne and CUNNINGHAM, Walter. Op. cit., p. 338

⁵⁴ VELOZA, Mónica et al. Óp. cit., p. 150.

Las estrategias cognitivas. Que pueden ser de dos tipos: aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación negando su gravedad o ignorándola y aquellas que por el contrario se enfocan en la situación y se ocupan de ella.

Otros teóricos como Lazarus y Folkman (1986), Carver et al (1989), Moos and Billing (1982) y Páez Rovira citados por Zrzemien (2005) clasifican las estrategias de afrontamiento de acuerdo a como estén enfocadas o dirigidas^{55, 56}.

Afrontamiento conductual. Ocurre cuando la persona dirige y orienta la actividad de su respuesta a la situación o enfermedad, estas estrategias permiten la posibilidad de actuar.

Afrontamiento emocional. Este tipo de estrategias no se dirige a la resolución y confrontación directa del problema, se focaliza en regular la respuesta emocional en la enfermedad, se considera un afrontamiento evitativo porque tiene como función primordial cambiar el modo en que se trata o se interpreta lo que está sucediendo.

Afrontamiento cognitivo. Ocurre cuando la persona orienta sus esfuerzos a la solución de una situación o enfermedad.

González 2007⁵⁷ sostiene que el afrontamiento es una variable crítica en la comprensión de los efectos del estrés en el curso de la enfermedad, esta autora sostiene que las personas manejan estrategias de afrontamiento cognitivo y la efectividad del manejo de estas estrategias puede ser determinante en los niveles de recuperación, reforzamiento y el logro de las metas de salud de las personas.

⁵⁵ Mc HAFFIE, Hazel. Óp. cit., p. 993-940.

⁵⁶ VELOZA, Mónica et al. Óp. cit., p. 150.

⁵⁷ GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Op. cit., p. 47

Para Roy citada por González 2007⁵⁸ las estrategias de afrontamiento son patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia. Roy clasifica las estrategias de afrontamiento en cinco factores que son:

FACTOR 1 Recursivo y centrado

FACTOR 2 Físico y enfocado

FACTOR 3 Proceso de alerta

FACTOR 4 Procesamiento sistémico de la información

FACTOR 5 Conociendo y relacionando

Factor 1 Recursivo y centrado. Es una estrategia y estilo de afrontamiento activo dirigido a la solución de problemas, caracterizada por el dominio conductual, manifestados por comportamientos de búsqueda y recopilación de la información, estar atento a cualquier cosa relacionada con la situación desde el principio, la identificación de posibles soluciones, el desarrollo de un plan para el logro de los objetivos, ser creativo, la proposición de soluciones nuevas, la redirección de los sentimientos, proponer soluciones nuevas, la disposición al cambio para salir de problemas.⁵⁹

Factor 2 Físico y enfocado. Estrategia y estilo de afrontamiento pasivo dirigida a la regulación de la emoción caracterizada por el dominio conductual, manifestado por comportamientos con enfoque optimista, como lo es la preocupación y pensamientos de fijación tendientes a resaltar las dificultades para la realización de tareas como el pensar, inhabilidad para manejar problemas complejos, la no utilización de experiencias pasadas, el reaccionar con exageración, la dificultad para explicar el

⁵⁸ ROY, Callista. Human information processing. Cited by: J.J. Fitzpatrick, R.L. Taunton, and J.Q. Benoliel. En: Review Raa. Nueva York: Springer. 1988, vol. 6, p. 238-240.

⁵⁹ GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Óp. cit., p. 20- 35.

verdadero problema, el rendirse fácilmente, y experimentar cambios en la actividad física inclusive la sensación de que la situación lo está enfermando.⁶⁰

Factor 3 Proceso de alerta. Estrategia de afrontamiento concreta dirigida a la regulación de la emoción, de accionar activo de dominio cognitivo caracterizado por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para afrontar la situación, para resolver el problema y el seguimiento de instrucciones en momentos de crisis, el manejo de las situaciones bajo estrés, el manejo de los sentimientos en forma objetiva, el rápido análisis de los detalles de la situación, y el desenvolvimiento en lugares desconocidos.⁶¹

Factor 4 Procesamiento sistémico. Estrategia de afrontamiento concreta dirigida a la solución de problemas, de dominio activo, caracterizado por comportamientos como el darle nombre al problema y verlo en su totalidad, la utilización del tiempo necesario para la comprensión y el análisis de la situación como realmente es, pensar en el problema paso a paso, el aclarar las dudas antes de actuar y mantener el equilibrio entre el descanso y las actividades.⁶²

Factor 5 Conociendo y relacionando. Estrategia y estilo de afrontamiento activo, dirigido a la solución del problema, caracterizada por comportamientos que implican el ejercicio de la memoria y el aprendizaje de experiencias pasadas, el recordar soluciones y cosas que sirvieron y ayudaron en situaciones pasadas, el aprender de las soluciones que le funcionaron a otros, mirar la situación actual en forma positiva, el sentirse bien de saber que maneja la situación lo mejor que puede, la utilización del sentido del humor para manejar estas situaciones y el plantearse muchas ideas como

⁶⁰ Ibíd.

⁶¹ GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Óp. cit., p. 20- 35.

⁶² GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Óp. cit., p. 20.

posibles soluciones aunque parezcan difíciles, en fin llevando a la persona a utilizar la re-evaluación para modificar o tolerar la situación favoreciendo su adaptación.⁶³

Bernal y colaboradores 2009⁶⁴ realizaron un estudio analítico de casos y controles para identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con hipertensión y pacientes con hipotensión. En su investigación encontraron que existen diferencias significativas con respecto a las estrategias de afrontamiento empleadas en cada uno de los grupos. Este estudio resalta las estrategias de afrontamiento, de “re-evaluación positiva” la cual hace referencia a que ante eventos estresantes los individuos buscan aprender de las dificultades identificando los aspectos positivos del problema, permitiendo hacerse responsables de sus problemáticas y re-evaluarlas desde un análisis cognitivo.

Estos resultados se fundamentan desde la perspectiva de Lazarus y Folkman 1984 quienes indican que cuando un sujeto se encuentra frente a un estímulo estresante lleva a cabo un proceso de valoración cognitiva tanto primaria como secundaria, la valoración primaria hace referencia a la valoración sobre las consecuencias que la situación tiene para el sujeto y la evaluación secundaria estima los recursos que disponen los sujetos para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación. Por otra parte Cea, Bazal y González Pinto 2001 citados por Bernal 2009 refieren que las estrategias de afrontamiento que prevalecen en el sujeto con hipertensión arterial, son las estrategias de afrontamiento cognitivo, este tipo de personas buscan menos apoyo emocional en los demás, así mismo agregan que existe una relación inversa entre el estilo centrado en la respuesta (estrategia de afrontamiento de re-evaluación positiva) y la hipertensión.

Otros autores como Almeida y Rivas 2008⁶⁵ en su estudio Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2, (DMT2) identificaron que el

⁶³ *Ibíd.* p. 40.

⁶⁴ BERNAL T., Carolina et al. Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *En: Revista CES de psicología.* julio – diciembre 2009, vol. 2 no. p. 49-59.

⁶⁵ ALMEIDA E., Giomara del Carmen y RIVAS A., Valentina. Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. *En: Revista semana de divulgación científica.* 2008, p. 407-412. Disponible en Internet:

tipo de estrategias de afrontamiento que utiliza la mayoría de los adultos con DMT2 fue principalmente la de reestructuración cognitiva (forma de ver la enfermedad desde otra perspectiva o panorama positivo). Con respecto a esto, Díaz 2007^{66, 67} indica que el impacto emocional y conductual que se observa en la mayoría de las personas diagnosticadas con diabetes se debe a: Primero, tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo tener que modificar sus comportamientos con el fin de sobrellevar saludablemente las situaciones que se les presente; así pues, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo y representa una de las variables personales reconocidas como intervinientes para que el individuo que padece una enfermedad crónica logre aceptarla. Así mismo autores como Gavrat, Schinidt, y Fitzpatrick citados por Lazcarro 2006 afirman que la persona con DMT2 debe aceptar su condición crónica para enfrentarla y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad, debido a que la diabetes mellitus conlleva la carga emocional de ser una enfermedad que no se cura y que el tratamiento es por siempre, se hace necesario una modificación de hábitos y modos de vida lo cual exige adquirir normas y nuevos papeles que influirán de forma directa en las medidas terapéuticas para su control.

Para González 2007⁶⁸ el proceso de afrontamiento es un proceso dinámico porque implica pensamiento y actos a medida que la interacción se desarrolla. Esta autora sostiene que también es un proceso estable porque se acompaña de continuas evaluaciones y re-evaluaciones cognitivas de relación cambiante entre la persona y el ambiente con un efecto transformador el cual modifica el significado y la comprensión del acontecimiento, esto ocurre cuando estamos frente a una estrategia de afrontamiento significativa lo que se traduce a una respuesta adaptativa.

<http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cientifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ WHETSELL, Martha et al. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. En: Revista Aquichan. 2005, vol. 5 no. 1, p. 74.

⁶⁸ GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Óp. cit., p. 46

Para efectos de este estudio se analizarán las estrategias de afrontamiento cognitivo. Según el modelo de adaptación el proceso cognitivo de la información juega un papel fundamental en el afrontamiento y la adaptación de los seres humanos, en el subsistema cognitivo es donde ocurre el procesamiento de la información.

2.3.1 Proceso de afrontamiento cognitivo.

La habilidad de afrontar las situaciones adversas es muy amplia en los seres humanos, cada persona interpreta y reacciona ante una situación en forma diferente Selye citado por Whetsell et al⁶⁹ indica que lo que determina la calidad de vida de una persona no son las circunstancias que ocasionan estrés sino la forma como las personas reaccionan ante estas circunstancias utilizando sus habilidades para adaptarse a los cambios. De allí la importancia de comprender los procesos de afrontamiento cognitivo.⁷⁰

Bases teóricas del Modelo de Enfermería del Proceso Cognitivo de la información y la Teoría de Mediano Rango de la capacidad del Proceso de Afrontamiento y Adaptación.

Para efectos de este estudio se describirá de manera general el modelo de enfermería del proceso cognitivo y el constructo capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación derivado del mismo.

⁶⁹ WHETSELL, Martha et al. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. En: Revista Aquichan. 2005, vol. 5 no. 1, p. 74.

⁷⁰ GONZALEZ, Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Op. cit., p. 46.

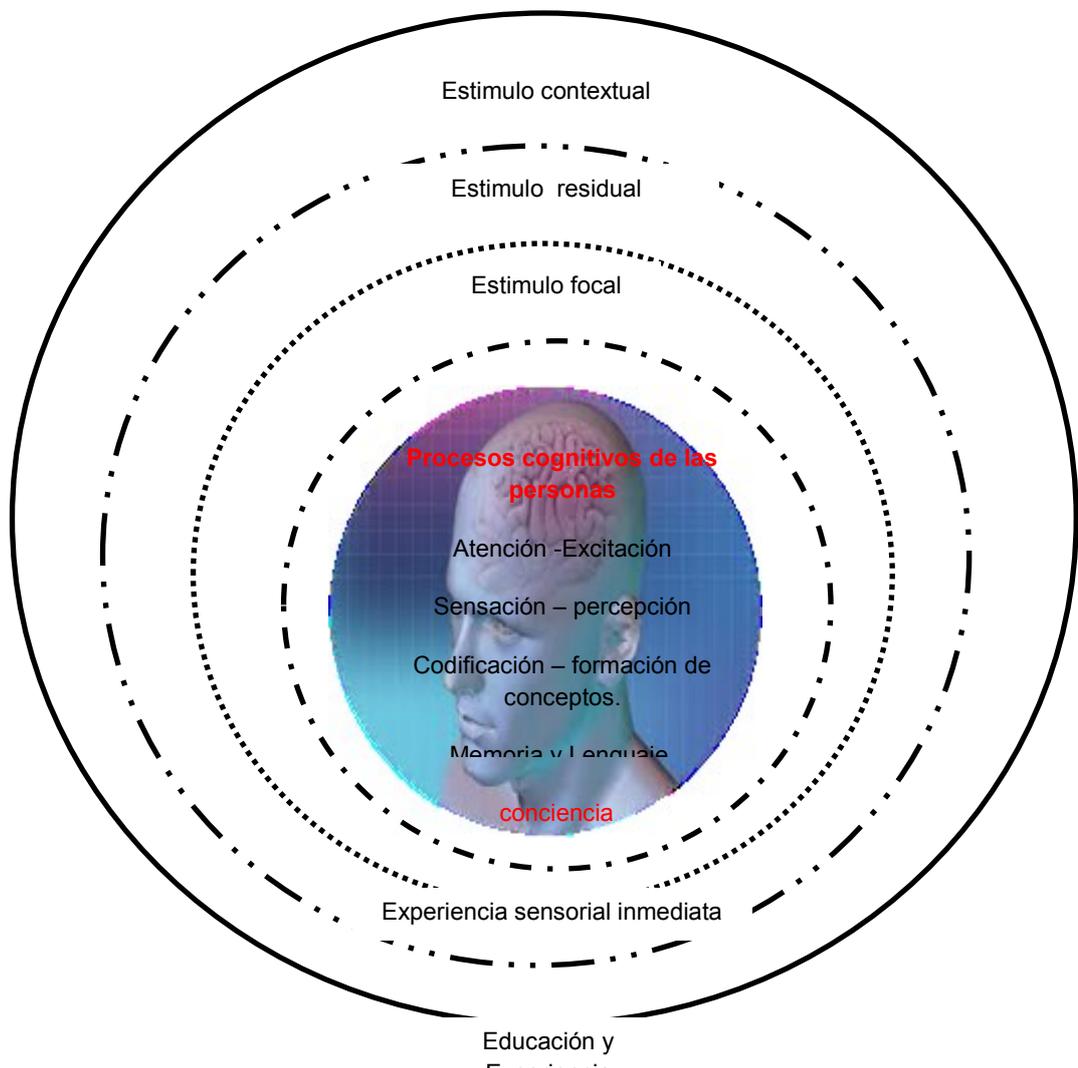
2.3.2 El Modelo de enfermería del proceso cognitivo.

El modelo de enfermería del proceso cognitivo se basa en conocimientos adquiridos en la práctica de la enfermería en el área de las neurociencias. Su autora Callista Roy con el fin de comprender los procesos cognitivos en los seres humanos desarrolla investigaciones en el campo de las neurociencias que a partir de los resultados obtenidos de estos estudios elabora el modelo de Enfermería del proceso cognitivo el cual ha sido ampliamente difundido en la práctica de Enfermería gracias a su indicador empírico CAP`S, el cual mide la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación de los individuos en situaciones de estrés o enfermedad.

El proceso de afrontamiento cognitivo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación; en éste proceso la persona utiliza la conciencia para responder ante una situación o evento estresante. Gracias a este proceso, la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos ambientales, y con base en ellos da una respuesta consciente para promover su adaptación⁷¹

⁷¹ ROY, Callista. Modelo de enfermería del proceso cognitivo de la información. Alteration in cognitive processing. Cited by: STEWART-AMIDEI, Chris and KUNKEL, Joyce. AANN'S Neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction. 2a. ed. Philadelphia: 2001, p. 279.

Figura 3. Modelo de Enfermería del proceso cognitivo



Fuente: Modelo de Enfermería del proceso cognitivo de la información. ROY, Callista. Alteration in cognitive processing. EN: AANN'S Neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction. STEWART- AMIDEI, Chris; Joyce A.KUNKEL. 2a. ed. Philadelphia, 2001, p. 27

2.3.2.1 Niveles del proceso cognitivo de la información. Los niveles y las funciones del proceso cognitivo, se caracterizan por ser secuenciales, ya que uno requiere del otro, motivo por el cual se dice que los niveles del procesamiento cognitivo son jerárquicos. Este proceso está conformado por tres niveles denominados:⁷²

⁷² GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener

NIVEL I Proceso cognitivo de entrada

NIVEL II Proceso cognitivo de procesamiento central

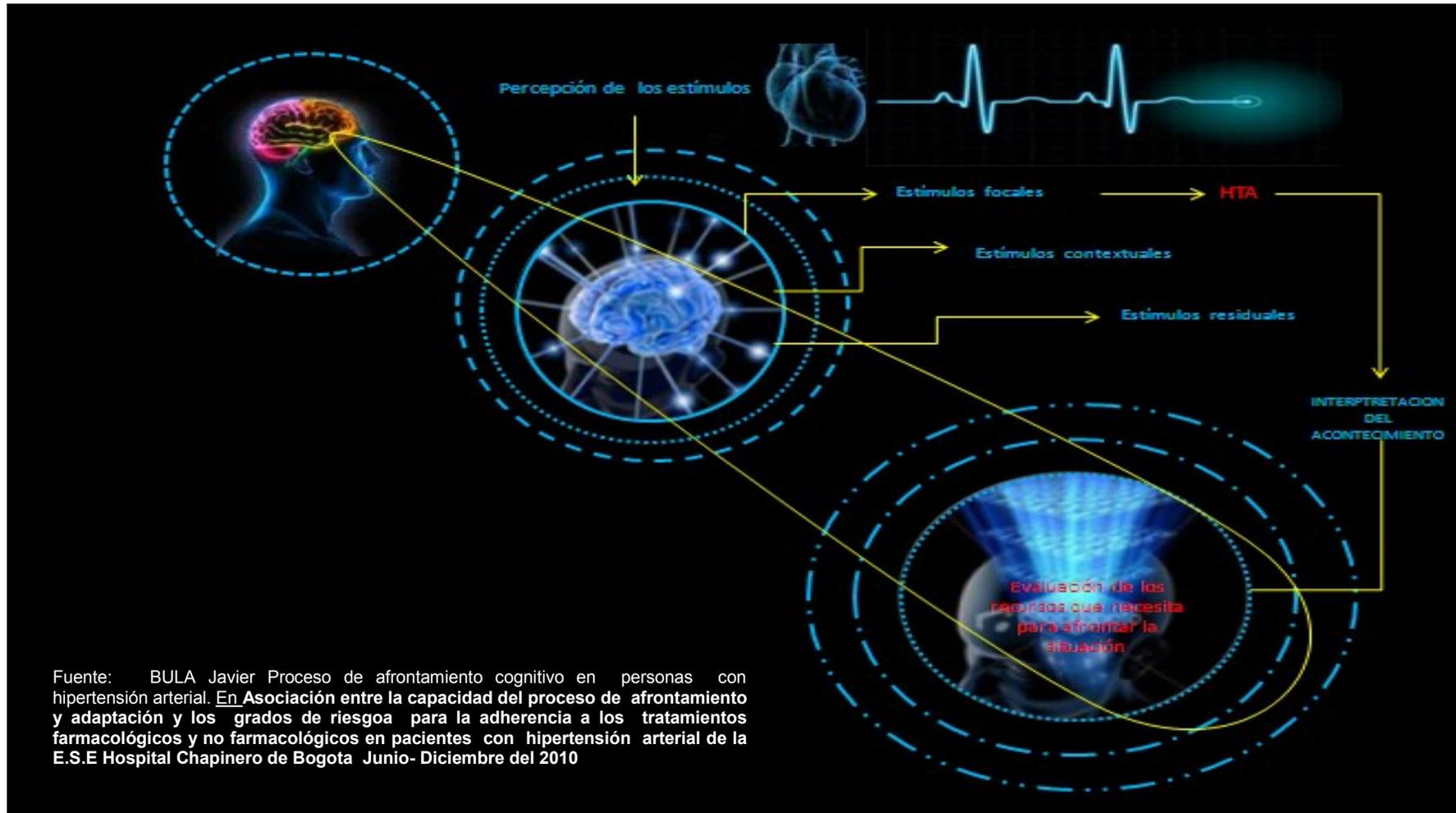
NIVEL III Proceso cognitivo de salida.

NIVEL I en este nivel ocurre la experiencia sensorial inmediata, se capta el estímulo focal utilizando dos funciones conjuntas, la primera corresponde al proceso de excitación y atención selectiva y la segunda a la sensación y percepción del estímulo.

En el NIVEL II la persona tiene la habilidad de utilizar la excitación la atención y la percepción para adaptarse al entorno, este nivel de procesamiento central ocurre posterior a la percepción del estímulo e implica la utilización de las funciones de codificación, formación de conceptos memoria y lenguaje. En este proceso ocurre el pensamiento creativo la toma de decisiones, la imaginación, la motivación y las emociones. Roy considera que esta etapa hace posible que las personas relacionen las experiencias pasadas con las presentes y las futuras.

En el NIVEL III las personas como sistemas adaptativos presentan un comportamiento acorde a la interpretación que hacen del ambiente, este nivel implica la elaboración de metas y la planeación de las etapas o pasos para su logro, los comportamientos son monitoreados por la conciencia y se expresan a través de la conducta motora.

Figura 4. Proceso de Afrontamiento cognitivo en las personas con Hipertensión Arterial.



2.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia a los tratamientos farmacológicos y o farmacológicos, la OMS la define como el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen dietario y ejecutar cambios del modo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria⁷³.

Se han descrito muchos factores o motivos que producen una no adherencia, como la presencia de efectos adversos, mala relación entre el personal de salud y el usuario, barreras de tipo administrativo y otras que afectan de manera significativa la adherencia a los tratamientos prescritos.

Palank (1991)⁷⁴ en su análisis de los determinantes de la conducta promotora de salud encontró que las barreras son un factor cognitivo perceptual que influye en el intento de compromiso de los comportamientos. Estas barreras pueden ser imaginarias o reales y consisten en auto percepciones sobre factores situacionales o ambientales. Se ha sugerido una variedad de barreras que tienen que ver con costos, falta de disponibilidad y otros.

Para Kuntz (1991)⁷⁵ la adherencia es un fenómeno complejo en que un individuo muestra comportamientos consistentes con su propia definición de salud y con las actividades relacionadas con la salud. Cuando los individuos reciben recomendaciones con respecto a su salud de parte de profesionales

⁷³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. [en línea]. 2004. 199 p. Disponible en Internet: http://www.paho.org/spanis/AD/DPC/NC/adherencia_largo_pdf

⁷⁴ PALANK L., Christine. Determinantes de la conducta promotora de la salud una revisión de la investigación actual. In: Nursing clinics of North America. December 1991, vol. 26 no. 4, p. 815-833.

⁷⁵ KUNTZ, Mary. A proposed model for as sensing compliance within the Unitary Man/Human framework Based on an Analysis of the concept of compliance. Cited by: CARROLL J., Rose. NANDA. Classification of nursing diagnosis proceeding of the ninth conference. Philadelphia: JB Lippincott. 1991, p 161-171.

del cuidado de la salud, estos asumen la responsabilidad de incorporar las recomendaciones que consideran importantes para sus actividades de la vida diaria.

Adicionalmente Vlasnik, Aliota⁷⁶ al citar a Millar utiliza su definición de adherencia a los tratamientos médicos como el grado al cual se siguen las recomendaciones, indicando que es un proceso de comportamiento dinámico y complejo que está influenciado fuertemente por el medio ambiente de apoyo, por sus prácticas de salud, por los proveedores de salud y por las características del sistema de cuidado.

Según Johnson et al,⁷⁷ se ha realizado varias investigaciones dedicadas a entender comportamientos de adherencia y no adherencia. Haynes, Taylor y Sackett 1980 referidos por Johnson reportaron más de 250 factores asociados con comportamientos de adherencia. Estos comportamientos se categorizan como:

Capacidades de los pacientes

Creencias de los pacientes

Empoderamiento de los pacientes

Dificultades prácticas

Sistema de soporte social de los pacientes

Relaciones pacientes – proveedor

Del material obtenido en la revisión de la literatura, se consideran las cinco dimensiones interactuales documentadas por Sabaté⁷⁸ en el documento

⁷⁶ VLASNIK, Jon and ALIOTTA, Sherrill. Medication adherent factors influencing compliance with prescribed medications plans. *In:* The Case Manager. March/April 2005, vol. 16 Issue 2, p. 47-51.

⁷⁷ JOHNSON, Mary Jane; WILLIAMS, Mary and MARS H., Eliane. Adherent and No adherent medication-taking in Elderly Hypertensive Patients. *In:* Clinical nursing research. Nov. 1999, vol. 8 no. 4, p. 318-335.

⁷⁸ SABATE, Eduardo. Adherence to long-term therapies evidence for action [online]. Switzerland: World Health Organization, 2003. 151 p. Available from Internet: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

“Adherencia a terapias de larga duración: Evidencias para actuar” de la OMS 2004. Este documento considera que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores llamados dimensiones; según este documento las dimensiones son:

Factores sociales y económicos

Factores relacionados con el sistema de salud

Factores relacionados con la enfermedad

Factores relacionados con la terapia y/o tratamiento

Factores relacionados con el paciente

Según estudios realizados en Cuba⁷⁹ se ha demostrado que aproximadamente un 50% de los hipertensos no cumplen de forma adecuada el tratamiento, y el resto lo realiza de forma esporádica o a la demanda. Esto se ve reflejado en el estudio de Libertad et al, el cual es un estudio transversal que se refiere a la frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos, en donde se tomaron como variables la edad, escolaridad y ocupación en un grupo de 103 pacientes de varios consultorios pertenecientes al área de la salud en el municipio de Marianao, de la ciudad de la Habana. La selección de los pacientes tuvo en cuenta: pacientes con hipertensión arterial esencial, pacientes con hipertensión arterial no acompañada con otras enfermedades crónicas y pacientes con hipertensión arterial sin trastornos psiquiátricos graves. Para la recolección de la información se elaboró un instrumento que recoge datos generales del paciente, el modo de cumplimiento del tratamiento, así como los criterios acerca de los factores determinantes de la adecuada o inadecuada adherencia terapéutica. El cuestionario se aplicó en la casa de los pacientes y de forma auto administrada.

⁷⁹ LIBERTAD, Martín Alfonso; AGRAMNORTE, Magali y BAYARRE V., Héctor. Frecuencia de Cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos [en línea]. En: Revista Cubana Med Gen Integr. 2004, vol. 19 no. 2, p. 1-4. Disponible en Internet: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/frecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_medico_en_pac_hta.pdf

Los resultados mostraron que el 52.4% de los pacientes hipertensos refiere cumplir con las indicaciones médicas en forma completa, en tanto que el 47.6% lo hizo en forma inadecuada, además se encontró que el 68.5% de los pacientes que se adhieren son de sexo femenino, y en la variable ocupación se encontró que hay mayor adherencia en los jubilados, las amas de casa, mientras que los que la incumplen son las personas que trabajan.

Finalmente este estudio, concluye que la frecuencia de adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial es relativamente baja, sobre todo en los pacientes de sexo masculino, menores de 60 años y en las personas con vínculo laboral estable.

El estudio cualitativo de análisis de contenido que nos presenta Johnson⁸⁰, para identificar lo taxonómico, la dinámica y los factores asociados a la adherencia o a la no adherencia en la toma de medicamentos entre pacientes viejos hipertensos, se realizó con 17 mujeres y 4 hombres de 65 o más años, capaces de realizar acciones de auto cuidado. La muestra presentó variaciones en el grado de adherencia: Una, el uso intencional de medicamentos para mejorar la salud y dos, el establecimiento de un patrón de toma de medicamentos.

Chyon y Blue Cross, Blue Shield Asociación,⁸¹ en su artículo sobre formas de valoración para mejorar la adherencia anota que existen barreras culturales con respecto al tratamiento de la hipertensión arterial y la hiperlipidemia que tiene que ver con las relaciones paciente-proveedor y barreras con la dificultad de acceso al cuidado o sea al tratamiento. La dificultad radica básicamente en la comunicación que se establezca con el proveedor y los receptores como limitante para acceder al servicio de salud.

⁸⁰ JOHNSON, Mary Jane; WILLIAMS, Mary and MARS H., Eliane. Op. cit., p. 318-335

⁸¹ BLUE CROSS, TEC Assessment patient adherent with medication of chronic cardiovascular disorders. In: Assesment Program. November 2003, vol. 18 no. 9.

Varios estudios han visto que los factores de convivencia tales como la distancia y la disponibilidad de transporte, influyen en la participación de programas de rehabilitación cardiaca. Ades y otros mencionados por Daly y colaboradores.⁸² en su documento sobre barreras para la participación en los programas de rehabilitación cardiaca encontraron que los participantes con más probabilidades de adherencia son los que viven más cerca y conducen automóvil. Johnson y Heller encontraron que los participantes que tuvieron pocas barreras prácticas (el ambiente físico y el tiempo), para la participación después de seis meses tenían más probabilidades de ser dados de alta.

Roter et al⁸³ publicaron un metanálisis de las intervenciones que mejoran la adherencia cuyas conclusiones fueron: que “ninguna estrategia mostró ventaja clara con respecto de otra; que las intervenciones integrales que combinan componentes cognitivos, comportamentales y afectivos fueron más efectivos que las intervenciones unifocales”. La información sola es suficiente para crear o mantener buenos hábitos de adherencia terapéutica. Las intervenciones de primera línea para optimizar la adherencia deben ir más allá de la provisión de asesoramiento y prescripciones. Si el valor percibido de adherirse, o la confianza, son bajos, la probabilidad de adherirse terapéuticamente también será baja.

En un estudio sin precedentes realizado por Morisky et al⁸⁴ se asignaron pacientes a tres intervenciones que promueven la adherencia: La orientación del médico, el apoyo familiar para vigilar la forma de la medicación, las sesiones de grupo con un asistente social o un grupo de control. El análisis a

⁸² DALY, John et al. Barreras para la participación en programas de adherencia para la rehabilitación cardiaca: una crítica revisión teórica. *In:* Copyright Le jacq comunicaciones, Inc. Invierno de 2002, vol. 17 ed. 1, p. 8.

⁸³ ROTER, Debra et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Op. cit.*, p. 318.

⁸⁴ MORINSKY, Donald et al. Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *In:* American journal of public health. 1993, vol. 73 no. 2, p. 153-162.

los cinco años demostró un efecto positivo continuo sobre el cumplimiento de las entrevistas, el control de peso y el control de la presión arterial en los grupos de intervención. La tasa de mortalidad por todas las causas de la tabla de vida fue de un 57.3% menor para el grupo de intervención que para el grupo testigo y la tasa de mortalidad relacionada con hipertensión fue de 53.2% menor. Los resultados de este estudio longitudinal aportan las pruebas para apoyar el uso de las intervenciones que mejoran la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión.

Herrera Lían Arlet⁸⁵ realizó una investigación descriptiva sobre factores que influyen la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de 262 pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena. El estudio demostró la validez facial y la confiabilidad del instrumento utilizado, además determinó que el total de los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular seleccionados, el 92% se encuentra en la categoría sin riesgo de no adherirse, es decir, están adheridas a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Esto demuestra que las estrategias para llegar al paciente y comprometerlo con su cuidado han sido efectivas para mejorar significativamente las tasas de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Bastidas Sánchez Clara, 2006⁸⁶ realizó en la ciudad de Ibagué un estudio de diseño descriptivo y correlacional que permitió explorar la relación entre la agencia de auto cuidado y adherencia en 115 pacientes con enfermedad coronaria. Mediante pruebas de correlación tipo Pearson se pudo confirmar una

⁸⁵ HERRERA, Lían Arlet. Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Tesis de maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007. 106 p.

⁸⁶ BASTIDAS SANCHEZ, Clara Victoria. Asociación entre la capacidad de la agencia de auto cuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Tesis de maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006. 127 p.

asociación moderadamente positiva entre la capacidad de agencia de auto cuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Este estudio confirmó que la complejidad de régimen terapéutico tiene influencia en la adherencia, aun cuando la muestra, sólo se observó de manera leve, pero positiva, concordante con lo encontrado en otros estudios reportados por la OMS.

Sabaté⁸⁷ considera que influyen en la adherencia factores como el reconocimiento, habilidad inadecuada con relación al manejo de los síntomas y los tratamientos, las fallas previas en el manejo del mismo y la mala comprensión de las instrucciones sobre el tratamiento.

Kuntz⁸⁸ refiere básicamente que la motivación afecta la adherencia y que es necesaria la enseñanza y la conserjería para que la adherencia sea más significativa. La susceptibilidad de la enfermedad, los beneficios percibidos y la severidad percibida de la condición de la salud afectan la adherencia. En el aspecto emocional, la ansiedad actúa como estímulo y motiva para buscar información; al disminuir la ansiedad, se aumenta la autoestima y ello mejora la adherencia. En cuanto a las creencias la autora considera que los individuos controlados interna y externamente facilitan las intervenciones del personal de salud y esto contribuye también a aumentar la adherencia.

En cuanto a factores relacionados con el paciente. Según la OMS⁸⁹ señala que los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para

⁸⁷ SABATE, Eduardo. Op. cit., p. 100.

⁸⁸ KUNTZ, Mary. A proposed model for as sensing compliance within the Unitary Man/Human framework Based on an Analysis of the concept of compliance. Op. cit, p. 161 - 171

⁸⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Op. cit., p. 80.

involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. Algunos de los factores relacionados con el paciente que influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido del tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, el entender mal las instrucciones de tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, la desesperanza y los sentimientos negativos, la frustración con el personal asistencial, el temor de la dependencia, la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Por otro lado es importante reconocer que las creencias de los pacientes acerca del tratamiento como un beneficio para su salud son relevantes para lograr tener una buena adherencia al tratamiento. Es importante el criterio subjetivo de que los esfuerzos que realice para cumplir el tratamiento valen la pena, o sea, que son necesarios, con tal de evitar dolencias que lo amenazan y poder sentirse bien. Es necesario también valorar sus fortalezas personales y la tendencia a evaluar las dificultades como reto y no como amenaza.

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo, relacionado y dependiente de muchos factores intrínsecos (el paciente) y extrínsecos (contextual) (Di Matteo, 2005). La adherencia a la medicación prescrita requiere un proceso de gestión complejo: el programar, para adaptarse a los cambios de horarios, planificación de la disponibilidad de medicamentos, recordar acontecimientos pasados, y la resolución de problemas en torno de pérdidas de dosis. Casi el 50% de las personas con trastornos crónicos que administran los

regímenes de medicación a largo plazo se han adherido de manera satisfactoria a los problemas (Dunbar-Jacob et al., 2000).⁹⁰

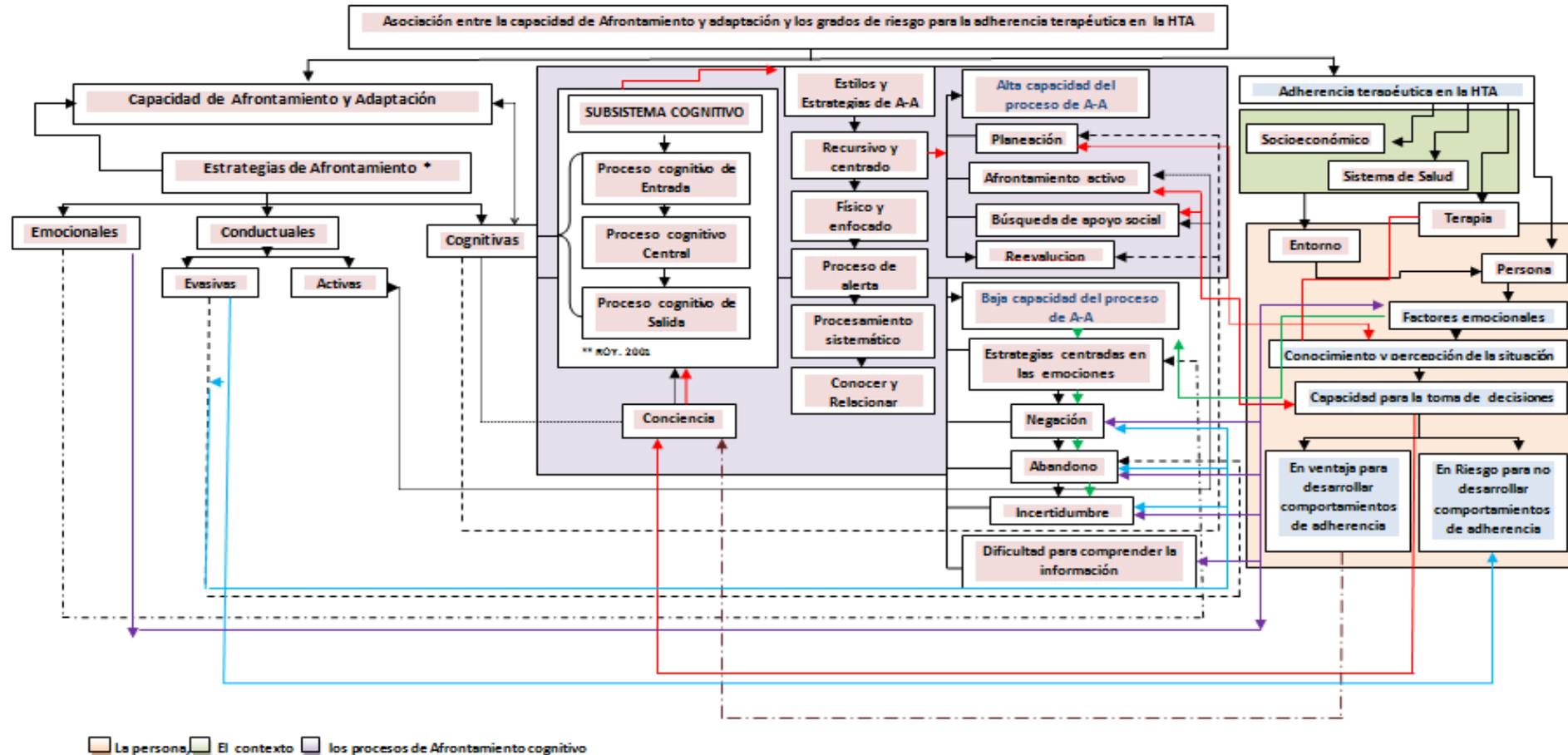
Carol S. Stille, Catherine M. Bender, Jacqueline Dunba Jacob, Susan Sereika, y Christopher M. Ryan 2007⁹¹ realizaron un informe que compara los resultados de tres estudios relacionados con el impacto de la función cognitiva sobre el manejo de la medicación, todos eran longitudinales, dos eran ensayos controlados aleatorios de intervención, y uno fue de tipo descriptivo. Los hallazgos de estos estudios sugieren que una mejor eficiencia mental puede ser la clave para una mejor adherencia a la medicación con cualquier régimen, y que las funciones cognitivas específicas, que pueden ser fácil y rápidamente evaluadas, pueden identificar pacientes con riesgo de baja adherencia, independientemente del diagnóstico o el régimen.

Este informe proporciona evidencia preliminar de que aspectos similares de la función cognitiva pueden predecir adherencia a la medicación. Estos resultados son potencialmente importantes para los investigadores y médicos que revelan los procesos mentales que pueden ser vitales para tomar todos los medicamentos, incluso durante periodos cortos de tiempo.

⁹⁰ STILLEY, Carol et al. The impact of cognitive function on medication management: three studies. *In: Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2010, vol. 29 no. 1, p. 50-5.

⁹¹ *Ibíd.*

Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia



* LAZARUS, Richards y FOLKMAN Susan. Estrés y procesos cognitivos. Segunda edición Barcelona: Martínez Roca S.A. 1986; p. 155

** ROY, Callista. Modelo de enfermería del proceso cognitivo de la información. *Alteration in cognitive processing*. Cited by: STEWART-AMIDEL, Chris and KUNKEL, Joyce. AANN'S Neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction. 2a. ed. Philadelphia: 2001, p. 279.

Fuente: BULA Javier. [En: Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial.](#)

3. Capítulo 3 DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta el marco de diseño, se describe la estrategia para el desarrollo de la investigación, el tipo de estudio, los criterios de inclusión y exclusión, la descripción de los instrumentos y el marco de consideraciones éticas que guían los principios bioéticos de esta investigación.

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con abordaje cuantitativo y de correlación. Transversal por lo que los datos serán tomados durante el II semestre del año 2010; correlacional porque pretende determinar la asociación entre dos variables: La capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la consulta externa de la ESE Hospital Chapinero.

3.2 POBLACIÓN

La población considerada para este estudio está conformada por personas que presentan hipertensión arterial registradas e inscritas en su base de datos según régimen de afiliación en la consulta externa de la ESE Hospital Chapinero I nivel de atención de Bogotá D. C.

3.2.1 Muestra.

La muestra está constituida por usuarios con hipertensión arterial según criterios del CIE 10 que asisten a la consulta externa de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá D. C.

Selección de la muestra. La selección de la muestra se realizó por medio de un procedimiento aleatorio aplicado diariamente como se explicará más adelante. La totalidad de los pacientes seleccionados conformaran la muestra del estudio.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta la siguiente expresión algebraica:

Donde α = Es la probabilidad de incurrir en el error tipo I, al juzgar la hipótesis nula

$$H_0 \quad P = 0$$

$$\text{Frente a: } H_1 \quad P \neq 0$$

β = Es la probabilidad de incurrir en el error tipo II en el juzgamiento de la H_0 , en el sistema anteriormente mencionado.

Z_p = Al percentil $100p$ de una distribución normal estándar.

El término r en la citada expresión corresponde al coeficiente de correlación entre los fenómenos de estudio calculado a partir de una muestra piloto.

Para suplir la carencia del valor de r , se llevo a cabo una **MUESTRA PILOTO**; inicialmente se recolectó una premuestra con 50 personas con diagnostico de hipertensión arterial que cumplieran con los criterios de selección, esta premuestra permitió calcular un coeficiente de correlación inicial el cual fue de $r = 0.23$

A partir de este resultado se adoptó un valor del 5% correspondiente a la probabilidad de incurrir en el error tipo I, y un 20% correspondiente a la probabilidad de incurrir en el error tipo II, otorgando un tamaño de muestra de 242 personas con hipertensión arterial.

Posteriormente se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, a través del programa estadístico de SPSS 11.5, tomando dos veces por semana un listado de personas que cumplen con los criterios de inclusión con los cuales se creó un marco muestral de referencia, posteriormente se realizó una selección aleatoria muestra hasta completar el número total de personas requeridas para el estudio.

El estudio se realizó en las instalaciones del área de Consulta Externa de la Institución, previa autorización de la Subgerencia de Servicios de Salud y a la oficina de control interno de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.3.1 Criterios de Inclusión.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- ✓ Personas de ambos sexos mayores de 18 años de edad.
- ✓ Personas con hipertensión arterial que asistan a la consulta externa de la ESE Hospital Chapinero.
- ✓ Personas con hipertensión arterial que tengan más de tres meses de estar asistiendo a la consulta médica de la consulta externa de la ESE Hospital Chapinero.
- ✓ Personas con hipertensión arterial que tengan indicación de tratamiento farmacológico o recomendaciones no farmacológicas para el cuidado de su salud.
- ✓ Personas que cumplan con los criterios anteriores y que voluntariamente acepten participar en el estudio.

3.3.2 Criterios de exclusión. Dentro de los criterios de exclusión se encuentran los siguientes:

- ✓ Pacientes con deterioro cognitivo que les impida responder a los instrumentos del estudio.

- ✓ Usuarios con características de los criterios de inclusión pero que decidan no participar en el estudio.
- ✓ Usuarios menores de 18 años de edad aunque cumplan con las características de los criterios de inclusión.
- ✓ Paciente hipertenso con menos de tres meses de asistencia a la consulta médica.

3.4 INSTRUMENTOS

En la presente investigación se utilizarán 2 instrumentos: El CAP'S o "Escala de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación" para efectos de esta investigación se utilizará la versión en español utilizada por la Dra Yolanda González y el instrumento de adherencia: "Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular" en su última versión del 2008 de Consuelo Ortiz.

3.4.1 "Escala de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación"

(CAP'S) ver Anexo 5.

La teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación posee un indicador empírico la: "Escala de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación" (CAP'S), el cual mide el proceso de afrontamiento y adaptación; así mismo esta escala permite determinar qué manifestaciones de comportamiento o estrategias de afrontamiento pueden tener resultados adaptativos o inefectivos.

Callista Roy desarrolló una teoría de mediano alcance sobre el "Proceso de afrontamiento y adaptación", derivada de su modelo conceptual, en la cual, describe

las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales”.⁹²

El ambiente, según este modelo, tiene estímulos focales, contextuales y residuales, que al entrar en contacto con la persona, desencadenan unas respuestas mediadas por los procesos de afrontamiento innatos y adquiridos, las cuales se ven reflejadas en cuatro modos de adaptación: el modo fisiológico, el modo de auto concepto, el modo de función de rol y el modo de interdependencia.⁹³

Los procesos de afrontamiento están dados por los subsistemas regulador y el cognitivo. El primero es innato, responde a través de unos canales neuronales, químicos y endocrinos. Los estímulos ambientales actúan como entradas al sistema nervioso y afectan el equilibrio hidroelectrolítico, el equilibrio ácido básico y el sistema endocrino. De esta manera las respuestas son automáticas e inconscientes, y se expresan fundamentalmente en el modo fisiológico.⁹⁴

El proceso de afrontamiento cognitivo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación, entendido éste como “el proceso por y el resultado por el cual la persona utiliza la conciencia consciente para crear una integridad humana y ambiental”. Este subsistema responde a través de cuatro canales cognitivo-emotivos: procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción. Gracias a estos procesos, la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos ambientales, y con base en ellos da una respuesta consciente para promover su adaptación.⁹⁵

⁹² ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Citado por: GUTIERREZ, María del Carmen et al. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. En: Revista Aquichan. Año 7 vol. 7, p. 54-64.

⁹³ ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Op. cit., p. 54-64.

⁹⁴ *Ibíd.*

⁹⁵ ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Op. cit., p. 54-64.

Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están relacionadas entre sí; Roy las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas.⁹⁶

Entradas. Las entradas involucran los procesos de alerta, atención, sensación y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información de una manera automática o controlada, de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental que se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo que tiene la persona, y dirigen los mecanismos de percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia.

Procesos Centrales. Los estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y la formación de conceptos, la memoria y el lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información, codificando representaciones de la experiencia, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar en forma efectiva el ambiente.

Salidas. Planeación y respuesta motora. Los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente, y con base en ella formulan unas metas y unas etapas para cumplirlas. Los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación.

La Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAP'S), es el indicar empírico que vincula esta teoría con la práctica de enfermería para solucionar un fenómeno de la práctica, dando lugar a lo que Fawcett, J. (2,000) denomina el sistema empírico-teórico-conceptual del conocimiento de enfermería.

El CAP'S brinda a la enfermera(o) una herramienta útil para la medición del proceso de afrontamiento y adaptación de las personas que en alguna, medida requieran de los cuidados de enfermería. De la aplicación de la escala se deriva información

⁹⁶ Ibid.

prioritaria para el planeamiento, elaboración e implementación de estrategias innovadoras de cuidado de enfermería de utilidad en la práctica profesional.⁹⁷

Paralelamente con el desarrollo de la teoría, Roy (2004) construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación - Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), con el propósito de llenar un vacío de conocimiento en la práctica sobre la valoración y comprensión del subsistema de afrontamiento cognitivo y, de esta manera, identificar las habilidades que utiliza una persona para controlar el estrés y promover su adaptación.⁹⁸

El instrumento está conformado por 47 ítems agrupados en cinco factores y un formato Likert con cuatro criterios: Nunca, Rara vez, Casi siempre, Siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil.⁹⁹ El proceso de afrontamiento involucra una serie de pasos o sucesos; algunos autores como Lazarus y Folkman 1984¹⁰⁰ lo han definido como el proceso psicológico que ocurre continuamente en estados saludables y durante la enfermedad, son complejos, de relación directa y particular entre las personas y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar. Ver anexo N° 4

La codificación.¹⁰¹ Las categorías propuestas para la interpretación de la escala total son dos: alta capacidad de proceso de afrontamiento cognitivo y adaptación, baja capacidad de proceso de afrontamiento cognitivo y adaptación.

Categoría de los Ítems: Nunca (1), Rara vez (2), Algunas Veces (3), Siempre (4).

⁹⁷ ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Op. cit., p. 54-64..

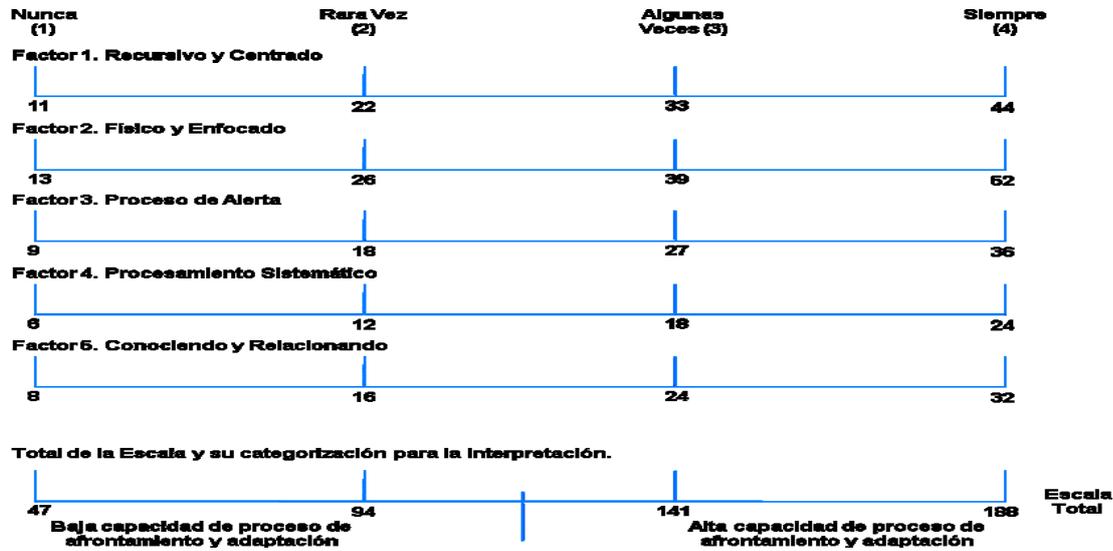
⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ LAZARUS, Richards y FOLKMAN Susan. Esters y procesos cognitivos. 2a. ed. Barcelona: Martinez Roca S.A. 1986, p. 155.

¹⁰¹ ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Op. cit., p. 54-64.

Figura 5. Esquema de las Categorías de la Escala Total de CAP'S



Fuente: GONZALEZ Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Óp. cit., p. 119

En cuanto al puntaje de la escala, Roy¹⁰² (2004), indica que el puntaje total de cada estrategia significativa lo conforma la adición de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que lo conforman. Para obtener el puntaje total de la escala se sumaran los puntajes totales obtenidos en cada estrategia, el rango de puntaje para los 47 ítems va de 47 a 188.

La persona con puntaje cerca de 188 en el CAP'S tiene una alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, demostrando mayor consistencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento identificadas.

La persona cuyo puntaje se acerca a una puntuación de 47 en el CAP'S tiene baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, demostrando poca consistencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento identificadas.

¹⁰² ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Op. cit., p. 54-64.

El Instrumento ha sido validado en los idiomas inglés, Thai, y español y cuenta con traducciones aprobadas en los idiomas Thai, japonés y español. La versión original en inglés de la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAP'S), fue traducido al español por las profesoras de enfermería Duran de Villalobos, María Mercedes y Moreno, María Elisa (2005), El CAP'S ha sido validado y es confiable. Para la prueba de confiabilidad, se determinó la congruencia interna utilizando la técnica del coeficiencia alfa de Cronbach. Según Roy y Chayaput (2004) la versión original en inglés tuvo confiabilidad con alfa de Cronbach de 0,94, para las estrategias (factores) el rango fue de 0,86 a 0,78; el enfoque de la división por mitades el cual dió un rango confiabilidad de 0,84 a 0,80 para los factores, la estabilidad del instrumento se demuestra con el método de Test- retest. La versión thai presenta confiabilidad de 0,92.

3.4.1.1 Instrumento de Adherencia. “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Ver Anexo 5.

En el año 2006 Bonilla¹⁰³ en la ciudad de Ibagué, diseño un instrumento denominado “factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, el cual constaba de 72 ítems al cual se le realizó la validez de contenido y la validez facial; la segunda prueba de validez facial la efectuaron Inna Flores Torres, Astrid Contreras Orozco y Arleth Herrera en Cartagena y Sincelejo en el año 2007^{104, 105} de acuerdo a sus resultados se realizó una propuesta de rediseño quedando con 63 ítems, pero su *primera medición* fue con 62 ítems que fue lo que arrojó la prueba de expertos y la aprobación de las autoras originales con una confiabilidad de 0.797. La *segunda medición* del instrumento fue con 56 ítems después de eliminar los ítems que

¹⁰³ BONILLA, Claudia. Diseño de un 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 y validez de contenido del mismo. Tesis. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá. 2006. 141p

¹⁰⁴ FLOREZ 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. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007, 104 p.

¹⁰⁵ CONTRERAS OROZCO, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá: Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007, 107 p.

arrojo la primera medición reportando una confiabilidad de 0.825, la *tercera medición* del instrumentó fue con 54 ítems después de eliminar los ítems que arrojó la segunda medición reportando una confiabilidad de 0.82. La *cuarta medición* del instrumento con 53 ítems después de eliminar la dimensión III con una confiabilidad de 0.83; esta nueva propuesta fue revisada por las autoras del instrumento quienes aprobaron eliminar de la dimensión sugerida, quedando esta nueva versión del instrumento con cuatro dimensiones y un total de 53 ítems.

Para efectos de este estudio se tuvo en cuenta la última versión del instrumento de “factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, de Ortiz 2008¹⁰⁶. Los resultados de su estudio permitieron la validez de constructo realizada a la tercera versión del instrumento reduciendo el número de ítems de 53 a 24 a través del análisis factorial, sin afectar las 4 dimensiones del instrumento. La exclusión de los 29 ítems permitió generar una nueva versión del instrumento, que agrupa los 24 ítems en cuatro factores que explican el 45% de la varianza, lo que demostró que las variables se correlacionaban con lo que se pretendía medir, permitiendo sustentar teóricamente el constructo, haciéndolo más práctico en su aplicabilidad, y según el índice de consistencia interna por medio del método del alfa de Crombrach fue de 0.60. Lo cual demuestra que es un instrumento válido y confiable. Ver anexo N° 5

A continuación se mencionan las cuatro dimensiones que conforman el instrumento:

FACTOR I = I DIMENSIÓN. Factores socioeconómicos. 6 ítems

FACTOR II = II DIMENSIÓN. Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud. 8 ítems

FACTOR III = III DIMENSIÓN. Factores relacionados con la terapia. 6 ítems

FACTOR IV = IV DIMENSIÓN. Factores relacionados con el paciente. 4 ítems

TOTAL = 24 Ítems

¹⁰⁶ ORTIZ SUAREZ, Consuelo. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento “factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2008, 102 p.

La categoría de los ítems del Instrumento son Nunca (0), A veces (1), Siempre (2).

Ítems negativos del instrumento

I DIMENSIÓN: factores socioeconómicos: Item 6.

II DIMENSIÓN: factores relacionados con el proveedor. Sistema y equipo de salud. No hay ítems negativos en la última versión en esta dimensión.

III DIMENSIÓN: factores relacionados con la terapia. Items: 10, 13, 18, 37, 38, y 43.

IV DIMENSIÓN: factores relacionados con el paciente.

No hay ítems negativos en la última versión en esta dimensión.

Ítems positivos del instrumento

I DIMENSIÓN: factores socioeconómicos Items 1, 2, 3, 7, 8.

II DIMENSIÓN: factores relacionados con el proveedor. Sistema y equipo de salud. Items 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 47.

III DIMENSIÓN: factores relacionados con la terapia. No hay ítems positivos en la última versión en esta dimensión.

IV DIMENSIÓN: factores relacionados con el paciente. Items 40, 49, 52 y 53

Este instrumento permite diferenciar en tres niveles el grado de riesgo en el que se encuentran las personas que presentan alguna condición de salud cardiovascular. Estos niveles expresan el grado de riesgo en el que se encuentra un individuo con relación a su proceso de la adherencia, y el alcance logrado en cada una de sus dimensiones o componentes en un contexto determinado.

La interpretación de este instrumento indica:

Un Riesgo bajo para la no adherencia (para aquellas personas que se encuentran en ventaja para la adherencia terapéutica prescrita por su proveedor de salud, y que corresponde a puntuaciones entre 38 - 48 puntos); un Riesgo medio (para aquellas personas que se encuentran en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, o aquellas personas que presentan puntuaciones entre 29 - 37 puntos) y un Riesgo alto para la no adherencia, para aquellas personas que no pueden

responder con comportamientos de adherencia y que presentan una puntuación menor o igual a 28 puntos

3.5 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

La muestra del estudio fue preseleccionada en un marco muestral al cual se le realizó un proceso de aleatorización simple en el programa SPSS versión 11.5 con el fin de definir a quienes aplicar el instrumento. A continuación se describe el procedimiento de recolección de la información

3.5.1 Procedimiento de recolección y registro de la información.

La recolección de la información se desarrolló en los centros de atención ambulatoria de la ESE Hospital Chapinero ubicados en las 3 localidades de su área de influencia, que corresponden a la UPA San Luis, UPA Juan XXII, UPA San Fernando y la UPA de Rio Negro. El investigador contó con la asistencia y participación de dos auxiliares previamente capacitados en los fundamentos teóricos y conceptuales de los instrumentos utilizados en la investigación con el objetivo de tener claridad, comprensión y conocimiento de los mismos.

El proceso de aplicación de los instrumentos se desarrolló en el horario de consulta externa facilitando la atención y el diligenciamiento de los instrumentos, para ello se dispuso de un ambiente competente y tranquilo. Previamente a la digitación semanal de la información se desarrolló una revisión del trabajo de campo realizado verificando la información antes de ser ingresada a la base de datos. Esta base de datos fué diseñada de tal manera que se pudiera identificar a cada uno de los usuarios con su respectiva puntuación en la aplicación de los instrumentos utilizados logrando establecer la clasificación de los sujetos de estudio de acuerdo a su categorización.

Al completar la digitación de datos se aplicó un filtro a la información recolectada a través del subprograma VALIDATE con el objetivo de detectar inconsistencias en los datos y corregir errores de transcripción. Posteriormente la base de datos se analizó en el programa Epi info versión 7.0

3.5.2 Procesamiento de la información.

La información recolectada permitió abordar el estudio en tres fases, la primera fase da respuesta a los dos primeros objetivos específicos del estudio que hacen referencia a la descripción del proceso de afrontamiento y adaptación y a la descripción de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá.

En la segunda fase se determinó el nivel de asociación entre los fenómenos capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá a través de una prueba correlacional de Pearson.

La tercera fase del proceso investigativo consistió en justificar el rechazo a la hipótesis planteada a través los hallazgos reportados por el autor y contrastados con la literatura revisada.

3.5.3 Control de posibles riesgos en la recolección de la información.

Para el control de los posibles riesgos en la recolección de la información se tuvo en cuenta:

Posibles riesgos en la recolección de la información	Intervención de los posibles riesgos en la recolección de la información
Inducir respuestas al tratar de explicar las afirmaciones de los instrumentos	Leer las afirmaciones sin acentuar las frases, repetir en caso de ser necesario las preguntas
Interpretación inadecuada de las preguntas por parte del usuario	Explicar las preguntas sin inducir las respuestas, se podría repetir el enunciado nuevamente, de manera pausada
Incomodidad por el tiempo de diligenciamiento de los instrumentos	Explicarle al participante el tiempo de duración en el diligenciamiento de los instrumentos y tratar de concertar una cita previa a su consulta o después de la misma.
Las variables de distracción como el ruido, las interrupciones, el espacio físico.	Proporcionar un espacio tranquilo, sin ruidos y donde no se facilite la interrupción del diligenciamiento de los instrumentos.

PLAN DE ANÁLISIS			
VARIABLE: CAPACIDAD DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION			
VARIABLE	CARACTERISTICAS	TIPO	CATEGORIZACION
CAPACIDAD DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO CAP'S	Habilidad de la persona para responder a los cambios en el ambiente, con base en patrones de respuestas utilizando los estilos y estrategias de afrontamiento para adaptarse en forma efectiva a los desafíos de la vida.	Cualitativa	Baja capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación (47 – 117 Puntos) Alta capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación (118 – 188 Puntos)
FACTOR 1	Recursivo y Centrado 10- ITEMS Es una estrategia y estilo de afrontamiento activo dirigido a la solución de problemas, caracterizada por el dominio conductual, manifestados por comportamientos de búsqueda y recopilación de la información.	Cualitativa	Baja Capacidad (11 – 27 Puntos)

	<p>Estar atento a cualquier cosa relacionada con la situación desde el principio, la identificación de posibles soluciones, el desarrollo de un plan para el logro de los objetivos, ser creativo, la proposición de soluciones nuevas, la redirección de los sentimientos, proponer soluciones nuevas, la disposición al cambio para salir de problemas.</p>	<p>cualitativa</p>	<p>Alta Capacidad (28 – 44 Puntos)</p>
<p>FACTOR 2</p>	<p>Físico y Enfocado: 13 ITEMS</p> <p>Estrategia y estilo de afrontamiento pasivo dirigida a la regulación de la emoción caracterizada por el dominio conductual, manifestado por comportamientos con enfoque optimista, como lo es la preocupación y pensamientos de fijación tendientes a resaltar las dificultades para la realización de tareas como el pensar, inhabilidad para manejar problemas complejos, la no utilización de experiencias pasadas, el reaccionar con exageración, la dificultad para explicar el verdadero problema, el rendirse fácilmente, y experimentar cambios en la actividad física inclusive la sensación de que la situación lo está enfermando.</p> <p>Proceso de alerta. 6 ITEMS</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Baja Capacidad (13 – 22 Puntos)</p> <p>Alta Capacidad (33 – 52 Puntos)</p>

<p>FACTOR 3</p>	<p>Estrategia de afrontamiento concreta dirigida a la regulación de la emoción, de accionar activo de dominio cognitivo caracterizado por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para afrontar la situación, para resolver el problema y el seguimiento de instrucciones en momentos de crisis, el manejo de las situaciones bajo estrés, el manejo de los sentimientos en forma objetiva, el rápido análisis de los detalles de la situación, y el desenvolvimiento en lugares desconocidos.</p> <p>Procesamiento Sistemático</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Baja Capacidad (9 – 22 Puntos)</p> <p>Alta Capacidad (23 – 32 Puntos)</p>
<p>FACTOR 4</p>	<p>Estrategia de afrontamiento concreta dirigida a la solución de problemas, de dominio activo, caracterizado por comportamientos como el darle nombre al problema y verlo en su totalidad, la utilización del tiempo necesario para la comprensión y el análisis de la situación como realmente es, pensar en el problema paso a paso, el aclarar las dudas antes de actuar y mantener el equilibrio entre el descanso y las actividades.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Baja Capacidad (6 – 18 Puntos)</p> <p>Alta Capacidad (19 – 24 Puntos)</p>

<p>FACTOR 5</p>	<p>Conociendo y Relacionando. 8 ITEMS</p> <p>Estrategia y estilo de afrontamiento activo, dirigido a la solución del problema, caracterizada por comportamientos que implican el ejercicio de la memoria y el aprendizaje de experiencias pasadas, el recordar soluciones y cosas que sirvieron y ayudaron en situaciones pasadas, el aprender de las soluciones que le funcionaron a otros, mirar la situación actual en forma positiva, el sentirse bien de saber que maneja la situación lo mejor que puede, la utilización del sentido del humor para manejar estas situaciones y el plantearse muchas ideas como posibles soluciones aunque parezcan difíciles, en fin llevando a la persona a utilizar la re-evaluación para modificar o tolerar la situación favoreciendo su adaptación.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Baja Capacidad (8 – 24 Puntos)</p> <p>Alta Capacidad (25 – 32 Puntos)</p>
-----------------	--	---------------------------	---

Fuente: análisis de las variables de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación de las personas con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá D.C JUNIO – DICIEMBRE DE 2010

VARIABLE: Grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con Hipertensión Arterial			
VARIABLE	CARACTERISTICAS	TIPO	CATEGORIZACION
<p>GRADOS DE RIESGO PARA LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR</p>	<p>La interpretación de la escala está fundamentada en la creencia derivada de la literatura que indica que existen factores que favorecen y factores que no ayudan a la adherencia por lo tanto los valores superiores correspondería a una situación de adherencia, a los valores intermedios podría corresponder una situación de riesgo a no adherirse y los valores más bajos a condiciones de no adherencia.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>En ventaja para la Adherencia (38 - 48 Puntos) que corresponde del 80 al 100% del puntaje total.</p> <p>En riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia. (29 – 37 Puntos) que corresponde entre el 60 y 79% del Total.</p> <p>No puede responder con comportamientos de adherencia (Menores a 28 Puntos) si el valor es menor al 59 % del total.</p>

Fuente: Análisis de la variables “Grados de riesgo par la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial” de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá D.C JUNIO – DICIEMBRE DE 2010

3.6 ASPECTOS ÉTICOS LEGALES

Las consideraciones éticas de una investigación, representan para la disciplina de enfermería un elemento de vital importancia en la protección y conservación de la dignidad humana, así mismo constituyen una herramienta fundamental para la protección de los derechos fundamentales de los sujetos de estudio. Consciente de esta responsabilidad, los principios éticos que se tuvieron en cuenta para esta investigación son:

Principio de responsabilidad y veracidad de la información: Hace referencia al manejo de la información suministrada, el principio de veracidad se define como la obligación de decir la verdad, se espera veracidad como parte del respeto que se le debe a las personas. Cada individuo tiene derecho a que se le diga la verdad sin que se le mienta o engañe. Para efectos de este estudio se brindó a los participantes y actores involucrados en el proceso investigativo una información veraz y consistente con los objetivos planteados.

Secreto profesional. Hace referencia al manejo de las fuentes de información, conservando el anonimato de los sujetos que participan en el estudio, situación que será abordado en el consentimiento informado. La información suministrada por el sujeto de estudio se preservará con el principio ético de confidencialidad.

Respeto a la vida privada y a la autonomía de los individuos. Basado en el respeto a la vida privada, la dignidad e intimidad de las personas. El principio ético de la autonomía es aquel que permite a los individuos a auto determinar sus propios planes y acciones; este principio implica respeto por la libertad personal de los individuos con relación a la toma de sus decisiones. En esta investigación se tendrá en cuenta la participación de los sujetos de estudio basados en su auto determinación y el respeto a la vida privada. Partiendo de este principio ético, el presente estudio tuvo en cuenta solicitar a los participantes su consentimiento informado, para efectos de esta investigación se tuvo en cuenta la participación voluntaria, se realizó previa explicación de los objetivos y los beneficios que se obtendrían con los

resultados de este estudio, se respetó su autonomía en la toma de decisiones, así mismo se mantuvo la privacidad de la información suministrada y se ofreció la posibilidad del retiro voluntario cuando cada participante así lo deseara. (Ver Anexo N°.1) formato de consentimiento informado)

Principio de confidencialidad. Es respeto a la intimidad de los pacientes y guardar la información que pueda comprometer su condición individual, como se indica en el consentimiento informado, la información que se obtendrá con los resultados de esta investigación serán utilizados exclusivamente con fines académicos, los datos de información personal y privada se manejará en forma secreta y confidencial.

Principio de beneficencia y no maleficencia. Toda investigación debe proteger la vida, la dignidad, e intimidad de las personas, los beneficios de los resultados de un estudio investigativo pueden generar una importante transformación de los determinantes en salud a nivel individual o colectivo. El principio de beneficencia hace referencia a promover el bienestar y evitar el daño. Para efectos de esta investigación los sujetos de estudio, hacen parte de un riesgo mínimo; los aportes de esta investigación buscan mejorar la salud cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial a través de estrategias que permitan intervenir el fenómeno del afrontamiento y la adaptación para mejora la adherencia farmacológica y no farmacológica a los tratamientos prescritos.

Respeto por la propiedad intelectual. Para efectos de esta investigación Se tramitó con los autores de los instrumentos la respectiva autorización para la utilización de los mismos en la investigación (ver Anexo N°2.) cartas de aprobación para la utilización de los instrumentos, se anexan además E-mail solicitando las respectivas autorizaciones). Para la aplicación de los instrumentos “factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” y la escala del proceso de afrontamiento y adaptación CAP`S, se tendrá en cuenta los postulados de la Ley 911 de 2004 y la Resolución 8430 de 1993, los cuales señalan la prioridad del respeto al valor de la vida, la dignidad humana, el bienestar y la protección de los derechos de los pacientes. Así mismo se tuvieron en cuenta las normas técnicas, administrativas y científicas para la investigación en salud, la cual establece en sus artículos 5 y 11 respectivamente

“Todo estudio en que el ser humano sea objeto de investigación deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar”.

A nivel institucional se solicitaron las autorizaciones correspondientes explicando los objetivos del estudio y justificando la utilidad de la información en el fortalecimiento del cuidado y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en el programa para la prevención y control de enfermedades crónicas de la ESE Hospital Chapinero (ver Anexo N°3 Carta Institución aprobando el estudio)

Se socializará a las directivas de la ESE Hospital Chapinero y las partes interesadas los resultados de la investigación como parte del compromiso para el fortalecimiento del programa de la prevención y control de factores de riesgo cardiovascular de la Institución.

4. Capítulo 4. RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el proceso estadístico utilizado para el análisis de la información, los resultados y hallazgos del estudio; así mismo se detalla la interpretación de los hallazgos contenidos en el apartado de la discusión.

Se presentan en primer lugar los resultados obtenidos del análisis de las variables sociodemográficas del estudio por edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico, escolaridad, localidad de residencia y afiliación a la SSS; luego las relacionadas con el tratamiento de la HTA como tiempo de tratamiento y tipo de terapia. Así mismo se presentan los análisis bivariados para los fenómenos de afrontamiento y adherencia y finalmente la asociación entre las variables capacidad de afrontamiento y adaptación y grados de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Características sociodemográficas de la muestra de estudio. La edad de la muestra en este estudio oscilo entre los 29 a 90 años con una media de 64 años, con una mediana y moda de 63 años.

La distribución general de la muestra por rangos de edad indica que el 35.1% corresponde a personas entre los 29 a 59 años, el 30.6 % corresponde a personas entre los 60 a 69 años y el porcentaje restante, 34.3%, a personas con rango de edad entre los 69 a 79 años.

En cuanto a la distribución general de la muestra por género, el mayor porcentaje corresponde al género femenino con un 71.1% y el 28.9 % para el sexo masculino. Ver Cuadro 1.

Cuadro 1. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión por edad y sexo E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Grupo de Edad	Género				total	%
	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
29 a 59 Años	61	35.5%	24	34.3%	85	35.1%
60 a 69 Años	52	30.2%	22	31.4%	74	30.6%
70 a 90 Años	72	34.3%	24	34.3%	83	34.3%
Total	172	71.1%	70	28.9%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

La distribución porcentual por estado civil muestra que el 29.3 % de la muestra del estudio son solteros, el 33,5% de la población se encuentran separados o son viudos y el 37,2 % de la población se encuentran casada o en unión marital libre.

Las mujeres están en menor proporción solteras a diferencia de los hombres que en menor proporción están separados representando el 28,5% y el 25.7% respectivamente. Las mujeres están en mayor proporción separadas o viudas con un 43.9 % y los hombres en mayor proporción casados o en unión libre con un 42,9 %. Ver Cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de la muestra por estado civil y Sexo. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Estado Civil	Género				total	%
	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Solteros	49	28.5%	22	31.4%	71	29.3%
Casados o en unión libre	60	34.9%	30	42.9%	90	33.5%
Separados y viudos	63	43.9%	18	25.7%	81	37.2%
Total	171	71,1%	70	28,9%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

La distribución de la muestra de estudio según el nivel educativo indica que el 6,2% no cuentan con ningún tipo de estudio, el 22,3% de las personas con hipertensión solo cuentan con estudios de primaria incompleta, el 30,2% presenta estudios de primaria completa, el 29,3% estudios de bachiller, y solo el 12% de la población tiene estudios a nivel técnico, tecnológico y universitarios. Ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución de la muestra de estudio según el Nivel de Escolaridad. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabetas	15	6.2%
Primaria Incompleta	54	22.3%
Primaria Completa	73	30.2%
Bachiller	71	29.3%
Técnico. Tecnólogo y universitario	29	12%
Total	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

La distribución de la muestra de estudio por grupo de edad, y nivel de escolaridad muestra que las personas que presentan el mayor nivel de estudio reportado pertenecen al rango de edad entre los 29 a 59 años que corresponde a estudios de bachiller y corresponden al 42,4%. La población de 60 a 69 años se destaca por presentar en mayor proporción estudios de primaria con 31.1%

Para el grupo de edad entre los 70 a 90 años el nivel de escolaridad de mayor representatividad se encuentra en los estudios de primaria con el 36.1%. Ver Cuadro 4.

Cuadro 4. Distribución de la muestra de estudio según el nivel de escolaridad. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Nivel de Escolaridad	Grupos de Edad						total	%
	29 a 59 Años		60 a 69 Años		70 a 90 Años			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Analfabeta	1	1.2%	2	2,7%	12	14,5%	15	6.2%
Primaria incompleta	7	8.2%	21	28,4%	26	31,3%	54	22.3%
Primaria completa	20	23.5%	23	31.1%	30	36.1%	73	30.2%
Bachiller	36	42.4%	22	29,7%	13	15,7%	71	29.3%
Técnico, tecnólogo universitario	21	24.7%	6	8,1%	2	2,4%	29	12%
Total general	85	35,1%	74	30.6%	83	34.3%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

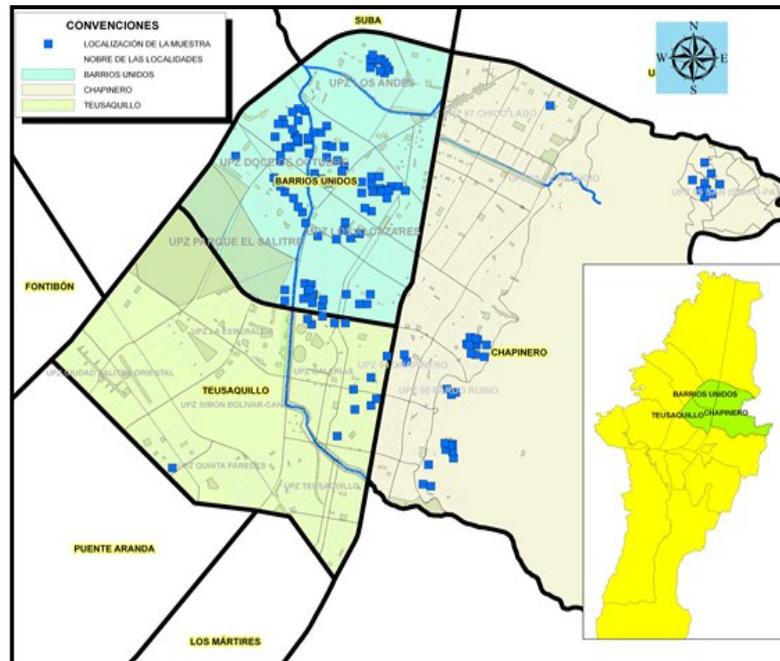
En cuanto a la distribución de la muestra por nivel de escolaridad y sexo se puede evidenciar que en los hombres el nivel de estudio es mayor para los grados de bachiller, técnico, tecnólogo y universitario, en las mujeres los estudios de primaria completa representan un porcentaje mayor que en los hombres. Ver Cuadro 5.

Cuadro 5. Distribución de la muestra de estudio según género y nivel de escolaridad. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Nivel de Escolaridad	Género				total	%
	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Analfabeta	10	5.8%	5	7,1%	15	6.2%
Primaria incompleta	41	23.8%	13	18,6%	54	22.3%
Primaria completa	56	32.6%	17	24,3%	73	30.2%
Bachiller	47	27,3%	24	34,3%	71	29.3%
Técnico, tecnólogo universitario	18	10,5%	11	15,7%	29	12%
Total	172	71,1%	70	28,9%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

Figura 6. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión arterial por área de residencia E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010



Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

La distribución de la muestra de estudio por área de residencia indica que en la localidad de Barrios Unidos se concentró el mayor número de personas con hipertensión arterial, representando el 42.6%, para la localidad de Chapinero la distribución de personas con hipertensión arterial fue del 14% y para la localidad de Teusaquillo la distribución de personas con hipertensión arterial representó el 3,7%. El resto de la población con hipertensión arterial se encuentra distribuida en otras localidades que no pertenecen al área de influencia de la ESE Hospital Chapinero, sin embargo asisten a los servicios de consulta externa de la Institución.

La distribución porcentual de la muestra de estudio de personas con hipertensión según su vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud indica que la población subsidiada representa el mayor porcentaje con el 47,1%, y la población no asegurada representa el 24,8%. Durante la recolección de la información un porcentaje de la muestra no aportó datos sobre su aseguramiento, representando el 28,1%. Ver Cuadro 6.

Cuadro 6. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión arterial según régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Aseguramiento	Frecuencia	%
Asegurados con EPS-S	114	47,1%
NO Asegurados	60	24,8%
Sin datos de Aseguramiento	68	28,1%
Total	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio- Diciembre del 2010

La distribución porcentual de la muestra de estudio según su estrato socioeconómico indica que la mayor proporción de personas con hipertensión arterial se encuentra distribuida en los estratos 1 y 2. El 51% de la muestra pertenece al estrato 1, el 35% pertenece al estrato 2 y en menor proporción, es decir el 14% de la muestra pertenece al estrato socioeconómico 3. Ver Cuadro 7.

Cuadro 7. Distribución de la muestra de individuos con hipertensión arterial según estrato socioeconómico E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Estrato Socioeconómico	Frecuencia	%
Estrato 1	125	51%
Estrato 2	84	35%
Estrato 3	33	14%
Total	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio- Diciembre del 2010

Para el tiempo de tratamiento, se observó que el rango mínimo establecido en las personas con hipertensión arterial tenía un tiempo de tratamiento de tres meses y el rango máximo reportado fue de 50 años. Representando una mediana de 6,0 y una moda de 2,0

En cuanto al comportamiento del tiempo de tratamiento por grupo de edad, las personas entre los 29 y 59 años son los que representan el mayor porcentaje de la

muestra con un 52,9% seguidos del grupo de personas entre los 60 y 69 años de edad con un 36,5%

En el rango de tres meses de tratamiento a 4 años se ubica el mayor número de personas; a este rango pertenecen en mayor proporción las personas entre los 29 a los 59 años de edad, es decir, los adultos jóvenes, y es en esta edad donde se inicia el diagnóstico precoz y las medidas terapéuticas para el manejo y control de la hipertensión arterial. Ver Cuadro 8.

Cuadro 8. Distribución de la muestra por grupo de edad y tiempo de tratamiento. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Grupos de Edad	Tiempo de tratamiento								total	%
	3 meses- 4 años		5 - 9 años		10- 15 años		Más de 15 años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
29 a 59 años	45	52,9%	19	22,4%	9	10,6%	12	14,1%	85	35,1%
60 a 69 años	27	36,5%	20	27,0%	19	27,7%	8	10,8%	74	30,6%
70 a 90 años	25	30,1%	20	24,1%	18	21,7%	20	24,1%	83	34,3%
Total	97	40,1%	59	24,4%	46	19,0%	40	16,5%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

El comportamiento de la muestra por género, con relación al tiempo de tratamiento indica que el tiempo transcurrido entre los tres meses y los 4 años representa el mayor porcentaje para ambos sexos. En el sexo femenino la distribución porcentual fue del 37,8% y para el sexo masculino el 45,7%. Ver Cuadro 9.

Cuadro 9. Distribución de la muestra por género y tiempo de tratamiento. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Género	Tiempo de tratamiento								total	%
	3 meses- 4 años		5 - 9 años		10- 15 años		Más de 15 años			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Femenino	65	37,8%	44	25,6%	33	19,2%	30	17,4%	172	71.1%
Masculino	32	45,7%	15	21,4%	13	18,6%	10	14,3%	70	28,9%
Total	97	40,1%	59	24,4%	46	19,0%	40	16,5%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

En el análisis univariado sobre el régimen de mono terapia y terapia combinada, se obtuvo una media de 1.7 medicamentos por día.

La distribución del tratamiento por género indica que la mayor proporción de las personas con hipertensión arterial tienen un régimen terapéutico complejo o terapia combinada representado en el 58% de la muestra, siendo los hombres los que mayormente consumen dos o más medicamentos para el control de su tensión arterial. Ver Cuadro 10.

Cuadro 10. Distribución de la muestra por género y tipo de tratamiento. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Tipo de tratamiento	Género				total	%
	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Monoterapia	77	45%	24	34%	101	42%
Terapia combinada	95	55%	46	66%	141	58%
Total	172	71,1%	70	28,9%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

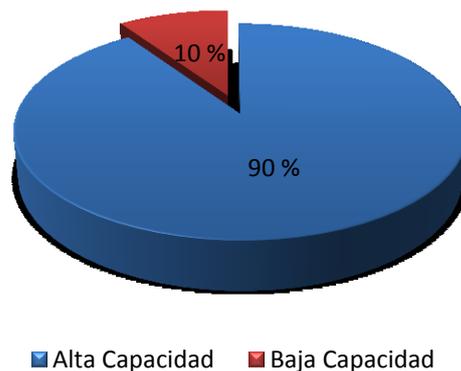
Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en personas que presentan Hipertensión arterial.

El análisis de esta variable se realiza a partir de la medición de la capacidad de afrontamiento y adaptación en las personas que presentan hipertensión arterial el cual describe el comportamiento del fenómeno en forma general y por los factores que permiten ver la habilidad que tienen estas personas para utilizar los estilos y las estrategias de afrontamiento para responder a los desafíos que representa la enfermedad hipertensiva.

Mc Haffie HE (1992)¹⁰⁷ define el afrontamiento como los esfuerzos individuales de una persona con problemas de salud para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella. En este orden de ideas, la capacidad que posean las personas estará dada por la habilidad que tenga para responder a las demandas o exigencias del medio utilizando los estilos y las estrategias de afrontamiento para adaptarse de forma efectiva a los desafíos de la vida.

En este estudio se observó que la mayor proporción de la muestra tienen una alta capacidad para el proceso de afrontamiento y adaptación (n=219) representando el 90% de la muestra. Mientras el 10% de las personas con hipertensión arterial presentan una baja capacidad en el proceso de afrontamiento y adaptación. Ver Figura 7.

Figura 7. Capacidad de afrontamiento y Adaptación de las personas con Hipertensión Arterial. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010



Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

¹⁰⁷ Mc HAFFIE, Hazel. Op. cit., p. 993-940.

La categorización de la alta capacidad de afrontamiento y adaptación por sexo en la muestra de estudio indica que en los hombres representa un 92,9% y para las mujeres representa el 89,5%. Para determinar la diferencia entre géneros, el autor consideró realizar un contraste paramétrico clásico de las proporciones según el sexo, dado que los tamaños de muestra para hombres y mujeres son relativamente grandes. Para efectuar dicho contraste, el autor de esta investigación justificó el uso del modelo Gaussiano, el cual permitió inferir, que no hay evidencia estadística para afirmar que exista una diferencia significativa entre la proporción de hombres y mujeres con alta capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación (valor $p=0,42426$)

El comportamiento de la capacidad de afrontamiento y adaptación por grupos de edad y género indica que el grupo de personas entre los 70 a 90 años son el grupo de personas que presentan mayor capacidad de afrontamiento y adaptación con un 35,2%; en especial el género femenino. Este análisis nos indica que el adulto mayor ha vivido experiencias significativas en el proceso de salud – enfermedad que le han permitido adaptarse a los cambios y los desafíos de la hipertensión.

A diferencia del grupo de edad entre los 29 a los 59 años de edad donde la baja capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación representa el 39,1%, siendo mayor que en el resto de los grupos. Ver Cuadro 11.

Cuadro 11. Capacidad de afrontamiento y Adaptación por grupo de edad y género. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Grupo de Edad	femenino					masculino					Ambos géneros				Total
	Alta capacidad		Baja capacidad		Total	Alta capacidad		Baja capacidad		Total	Alta capacidad		Baja capacidad		
	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%		N°	%	N°	%	
29 a 59 Años	53	34.4	8	44.6	61	23	35.4	1	20	24	76	34.7	9	39.1	85
60 a 69 Años	47	30.5	5	27.7	52	20	30.7	3	60	23	67	30.6	8	34.7	75
70 a 90 Años	54	35.1	5	27.7	59	22	33.9	1	20	23	76	34.7	6	26.2	82
Sub-Total	154		18		172	65		5		70	219		23		242
%	89.5		10.5		100 %	92.8		7.2		100 %	90.6		10.4		100 %
Total	172					70					242				

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio- Diciembre del 2010

La distribución de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación según el estado civil de la población con hipertensión arterial indica que el 37,2% de la muestra se encuentran casados o en unión marital libre, seguido del 33,5% de la muestra que se encuentran separados y viudos; y en menor proporción 29,3%, que los se encuentran solteros. Ver Cuadro 12.

Cuadro 12. Distribución de la Capacidad de afrontamiento y Adaptación según el estado civil de las personas con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Estado civil	Capacidad de Afrontamiento y Adaptación				total	%
	Alta Capacidad		Baja Capacidad			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Solteros	64	29.2	7	30.4	71	29.3
Casados o en unión libre	82	37.4	8	34.8	90	37.2
Separados y viudos	73	33.4	8	34.8	81	33.5
Total	219		23		242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

Estilos y estrategias de afrontamiento y adaptación en las personas con hipertensión arterial.

Para describir la capacidad de adoptar los estilos y las estrategias de afrontamiento en las personas que presentan hipertensión arterial, se realizó un análisis de los cinco factores que componen el indicador empírico “coping processing scale” o CAP’S, el cual permite medir los estilos y las estrategias de uso más frecuente por las personas ante una situación de crisis o enfermedad.

Para profundizar y entender conceptos: Estilos y estrategias de afrontamiento y adaptación es necesario comprender la diferencia entre estos dos constructos; siendo las estrategias procesos concretos que se usan en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento.

Para Fernández Abascal 1997¹⁰⁸ los estilos de afrontamiento son definidos como las predisposiciones personales que tienen los individuos para hacer frente a las situaciones, estos pueden ser de dos tipos: Estilos de afrontamiento activo y estilos de afrontamiento pasivo.

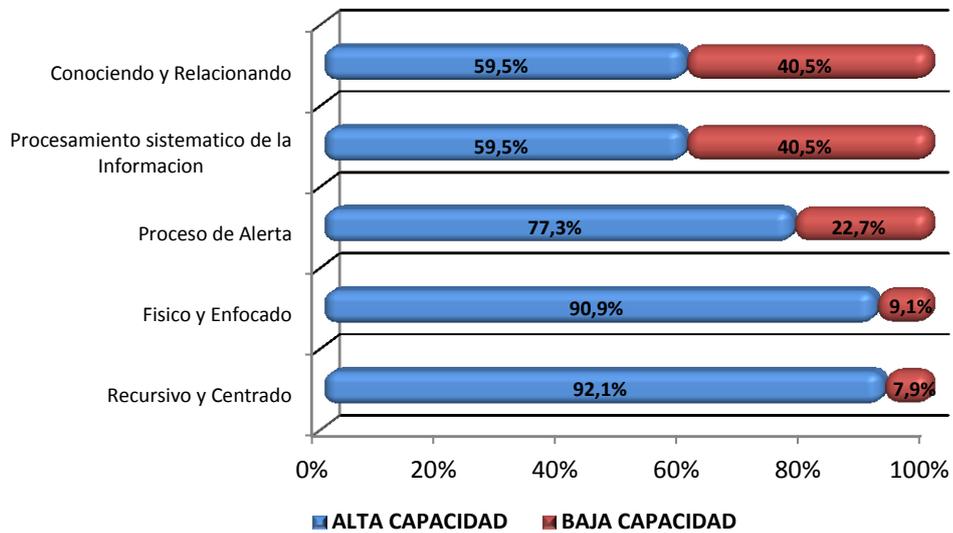
Las personas con hipertensión arterial tienen en un 92.1% mayor capacidad para adoptar estrategias que les permiten ser recursivos y centrado en la resolución de sus problemas, lo que quiere decir que utilizan estrategias de afrontamiento manifestadas por comportamientos enfocados a la modificación de la conducta, comportamientos relacionados con la búsqueda y recopilación de la información, como es el estar atento a cualquier cosa relacionada con la situación, hacer frente a la situación o al problema desde un principio, la identificación de posibles soluciones, la redirección de los sentimientos y la disposición al cambio para salir de los problemas.

En segundo lugar se encuentran las estrategias de afrontamiento denominadas estrategias de afrontamiento físicas y enfocadas con un 90,9%, que consisten en la utilización de recursos que dirigen sus esfuerzos a la regulación de las emociones y se caracterizan por la adopción de comportamientos tales como: reaccionar con exageración, presentar dificultad para explicar cuál es el verdadero problema, rendirse fácilmente e inclusive la sensación de que la situación lo está enfermando.

Y en tercer orden sigue la capacidad para adoptar estrategias del proceso de alerta, con un 77,3% las cuales se caracterizan por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para resolver el problema. Estas estrategias contemplan comportamientos, reacciones y recursos que emplean las personas para afrontar una situación dada. Ver Figura 8.

¹⁰⁸ FERNÁNDEZ ABASCAL, E. G. et al. Estilos y estrategias de afrontamiento. En: Cuadernos de práctica de motivación y emoción. Madrid: Pirámide. 1997, p. 190.

Figura 8. Estilos y estrategias de afrontamiento en las personas con Hipertensión Arterial. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010



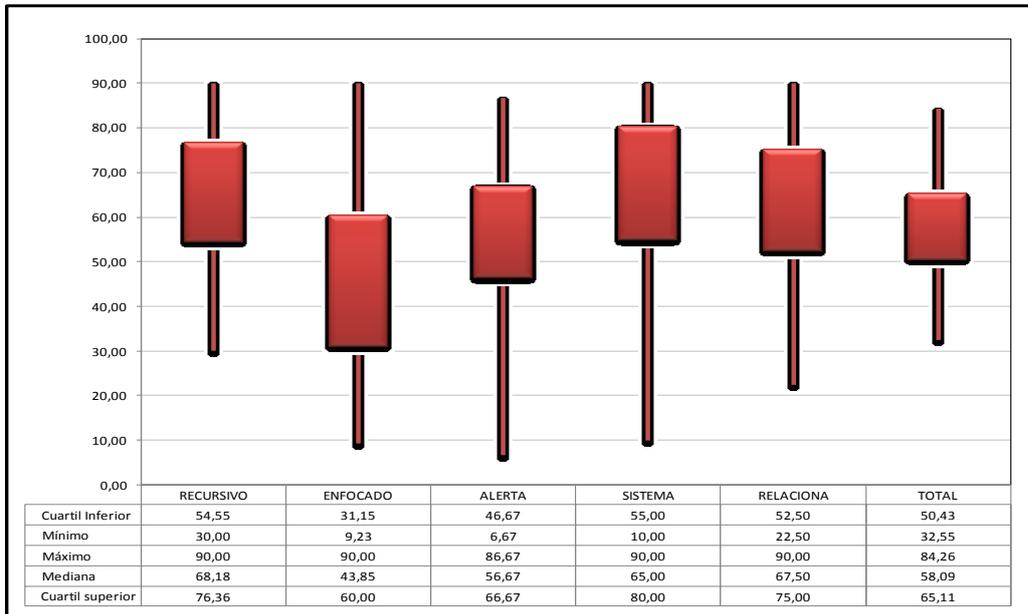
Cuadro 13. Medidas de dispersión y simetría de los estilos y estrategias de afrontamiento en las personas con hipertensión arterial. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Estilos y Estrategias de Afrontamiento	Cuartil inferior	Minimo	Máximo	Cuartil superior	Mediana
Rekursivo y centrado	54,55	30,00	90,00	76,36	68,18
Físico y enfocado	31,15	9,23	90,00	60,00	43,85
Proceso de alerta	46,67	6,67	86,67	66,67	56,67
Proceso sistemático	55,00	10,00	90,00	80,00	65,00
Conociendo y Relacionando	52,50	22,50	90,00	75,00	67,50
Total	50,43	32,55	84,26	65,11	58,09

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

Para facilitar la comprensión visual de los hallazgos reportados en este estudio se utilizará una representación gráfica en Box-plot's la cual permite identificar con claridad información relacionada con medidas de tendencia central, medidas dispersión y simetría relacionadas con el uso de los estilos y estrategias de afrontamiento en las personas con hipertensión arterial. Ver Figura 9.

Figura 9. Box-plot's de los estilos y estrategias de afrontamiento y adaptación de las personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá Junio - Diciembre 2010



Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio- Diciembre del 2010

Las medianas reportadas para cada una de los estilos y estrategias de afrontamiento muestra valores muy cercanos para el grupo de estrategias que se caracterizan por tener un dominio activo en las respuestas de afrontamiento; éstas contemplan estrategias para ser recursivo ante una situación o problema, estrategias de afrontamiento para el procesamiento sistemático de la información las cuales permiten el análisis y comprensión de la situación; y por último las estrategias de afrontamiento que permiten conocer y relacionar la situación actual con experiencias previas o situaciones pasadas a través de procesos mentales que implican el ejercicio de la memoria y que dirigen sus esfuerzos a la solución del problema.

Los valores mínimos reportados en la dispersión de los datos, muestran que en las estrategias del proceso de alerta y las estrategias físicas y enfocadas se detectaron outlier o valores atípicos, los cuales hacen referencia a la utilización de estrategias dirigidas a la regulación de la emoción. La mediana reportada por la estrategia de afrontamiento del factor 2 denominado físico y enfocado presenta mayor asimetría en su dispersión que el resto de las estrategias contempladas.

Descripción de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial.

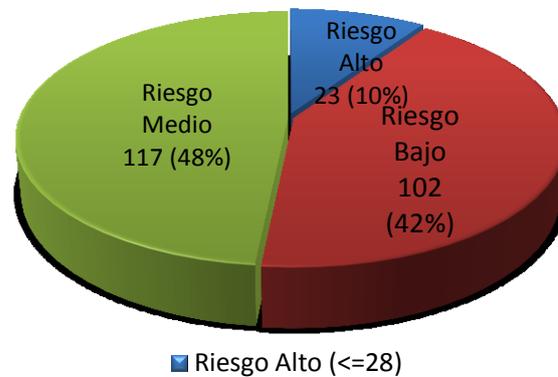
Según la OMS la adherencia se define “como el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen dietario y ejecutar cambios del modo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”¹⁰⁹

La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos sigue siendo en problema de gran trascendencia para la práctica clínica, los resultados que se muestran a continuación indican una vez más la importancia de intervenir el fenómeno de la adherencia terapéutica en las personas con enfermedad hipertensiva.

El reporte de los grados de riesgo para la adherencia en las personas con hipertensión arterial indica que el 48,% de la población se encuentra en riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia, el 42% de la población presenta ventaja para la adherencia terapéutica prescrita, y solo el 10% de la muestra presenta un riesgo alto de no adherencia, es decir, que este grupo de personas no pueden responder con comportamientos de adherencia a las recomendaciones prescritas por su proveedor de salud para el manejo y control de su enfermedad. Ver Figura N° 10

¹⁰⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [en línea]. Washington: Organización Mundial de la Salud. 2004. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>

Figura 10. Distribución de los grados de riesgo para la adherencia E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010



Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

La distribución de las frecuencias de acuerdo a los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos por género muestran un comportamiento similar en todas sus categorías, Es relevante encontrar que el 42% de la población con hipertensión se encuentra con grado de riesgo bajo para la no adherencia, es decir que tienen elementos suficientes para responder a las recomendaciones prescritas por su proveedor de salud, sin embargo es preocupante evidenciar que el porcentaje restante, es decir el 58%, que corresponde a la sumatoria de los grados de riesgo alto y medio para la adherencia; indican comportamientos de riesgo y desventaja para la adherencia, representen un porcentaje considerable de personas con dificultades para poder cumplir con la adherencia terapéutica prescrita, lo que indica la necesidad de establecer e instaurar medidas efectivas para el control y el manejo de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en este grupo poblacional.

La distribución de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial por género muestra para cada una de las categorías un comportamiento similar; por tanto la diferencia entre géneros no es estadísticamente significativa. Ver Cuadro 14.

Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres (Martín, Sairo y Bayarre, 2003)¹¹⁰ y otros no. En un estudio sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria realizado en España no se encuentra relación entre cumplimiento y sexo femenino (Sicras, Fernández, Rejas, García, 2006)¹¹¹.

Cuadro 14. Distribución de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial según el género E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Género	Grados de riesgo para la Adherencia						total	%
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Femenino	74	72.5	82	70	16	69.5	172	71
Masculino	28	27.5	35	30	7	30.5	70	29
Total general	102	100%	117	100%	23	100%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

Los resultados del estudio muestran que entre más joven es la condición de las personas con hipertensión, mas asociada está a la posibilidad de presentar riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia, el grupo de edad entre los 29 y 59 años es el grupo que presenta en mayor proporción un grado de riesgo medio para la adherencia terapéutica prescrita representando el 36.8% de la población.

¹¹⁰ MARTÍN ALONSO, Libertad; SAIRO, Magally y BAYARRE, Hector. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003, vol. 19 no. 2. Citado por: MARTIN ALFONSO, Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de atención primaria. Tesis doctoral. Ministerio de salud pública la Habana Cuba. 2009, p. 1-145.

¹¹¹ MARTÍN ALONSO, Libertad; SAIRO, Magally y BAYARRE, Hector. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Op. cit., p. 1-145

Las personas entre los 29 a los 59 años representan al adulto joven, y una de las características de este grupo en particular hace referencia a que en esta etapa del ciclo vital es donde se da inicio al tratamiento farmacológico y no farmacológico de su enfermedad; por ende, los comportamientos frente a la adherencia terapéutica presentan un riesgo potencial en el no cumplimiento de las recomendaciones prescritas por el proveedor de salud.

El comportamiento de la distribución según los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos muestra que el bajo riesgo para la adherencia se comporta de manera similar en los grupos de 29 a 59 años y el grupo de edad entre los 60 a 69 años, 31.4%, a diferencia del grupo de edad entre los 70 a 90 años de edad donde el bajo riesgo alcanza un 37,3%.

El grupo de edad entre los 29 a 59 años presenta en mayor proporción un grado de riesgo medio para la adherencia y representa el 36.8%. El comportamiento del riesgo alto para la adherencia aumenta para los adultos jóvenes categorizados en el grupo de edad entre los 29 a 59 años representando 43.5% seguido del grupo de adultos mayores que se encuentran categorizados en el rango de edad entre los 70 a 90 años representando el 30.4%. Ver Cuadro 15.

Cuadro 15. Distribución de los grados de Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de las personas con hipertensión arterial por grupo de edad E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Grupos de Edad	Grados de riesgo para la Adherencia						total	%
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo			
	N°	%	N°	%	N°	%		
29 a 59 Años	32	31,4%	43	36,8%	10	43,5%	85	35,1%
60 a 69 Años	32	31,4%	36	30,8%	6	26,1%	74	30,6%
70 a 90 Años	38	37,3%	38	32,5%	7	30,4%	83	34,3%
Total general	102	42%	117	48%	23	10%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

Según la (OMS, 2004).¹¹² la adherencia en los pacientes ancianos es un componente muy importante de la atención médica pues de no adherirse aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, las complicaciones innecesarias, la discapacidad y la muerte. De otra parte, los trastornos relacionados con la edad hacen a esta población más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia.

Respecto al género en un trabajo sobre factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de adultos mayores hipertensos se reporta que los hombres alcanzan mayores puntajes respecto a las mujeres, situación que podría ser explicada por los roles asociados al género (Mendoza, Muñoz, Merino y Barriga 2006)¹¹³ citados por Martín y colaboradores 2007

La distribución de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según el estado civil de las personas con hipertensión arterial muestra que para el grado de riesgo bajo la mayor proporción de personas con hipertensión (43.1%) se encuentran casados o conviven en unión marital libre, para el grado de riesgo medio la mayor proporción de personas con hipertensión arterial se encuentran solteras representando el 35,9% mientras que para el grado de riesgo alto las personas casadas, separadas y viudas representan iguales proporciones es decir el 34,8%.

¹¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Op. cit., <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>

¹¹³ MARTÍN ALONSO, Libertad; SAIRO, Magally y BAYARRE, Hector. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Op. cit., p. 1-145

Cuadro 16. Distribución de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según el estado civil de personas con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero. Bogotá Junio - Diciembre 2010

Estado Civil	Grados de riesgo para la Adherencia						total	%
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Solteros	22	19.6	42	35.9	7	30.4	71	29.3
Casados o en unión libre	44	43.1	38	32.5	8	34.8	90	37.2
Separados y viudos	36	35.3	37	31.6	8	34.8	81	33.5
Total general	102	100%	117	100%	23	100%	242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

El comportamiento del tiempo de tratamiento antihipertensivo según el sexo y el grupo de edad, indica que el mayor porcentaje de la muestra de estudio se encuentran con un tiempo de tratamiento entre los 3 meses y los 4 años, es decir; durante las primeras etapas de haber sido diagnosticada su enfermedad y de haber iniciado con el tratamiento. Ver Cuadro 17.

El grupo de edad entre los 29 a 59 años representa el mayor número de personas con tiempo de tratamiento entre los 3 meses y los 4 años, destacándose el género femenino con el 35,5%; para el género masculino la distribución porcentual fue del 17,6%.

Es importante resaltar que la mayoría de estas personas aún se encuentran en una etapa productiva y que su condición cardiovascular puede verse comprometida si no se toman oportunamente medidas efectivas para el control y el manejo de su adherencia terapéutica.

Cuadro 17. Distribución del Tiempo de tratamiento por edad y sexo de las personas con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010

Grupo de Edad	Género	Tiempo de tratamiento								N°	%
		3 Meses – 4 años		5- 9 años		10 – 15 años		Mayor de 15 años			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
29 a 59 años	Femenino	30	35,3%	14	16,5%	8	9,4%	9	10,6%	61	71,8%
	Masculino	15	17,6%	5	5,8%	1	1,1%	3	3,5	24	28,2%
total		45		19		9		12		85	100%
60 a 69 años	Femenino	17	23,0%	16	21,6%	13	17,6%	6	8,1%	52	71,8%
	Masculino	10	13,5%	4	5,4%	6	8,1%	2	2,7%	22	28,9%
total		27		20		19		8		74	100%
70 a 90 años	Femenino	18	21,7%	14	16,9%	12	14,5%	15	18,1%	59	71,1%
	Masculino	7	8,4%	6	7,2%	6	7,2%	5	6,0%	24	28,9%
total		25		20		18		20		83	100%
Total general		97		59		46		40		242	100%

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

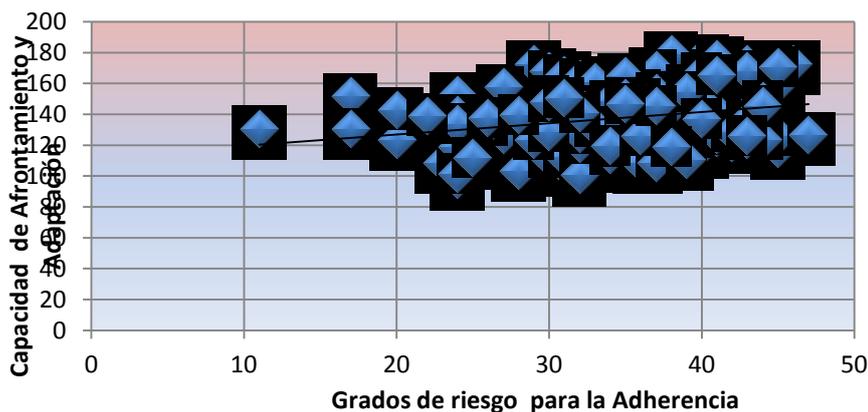
Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos en hipertensión.

El tercer objetivo específico pretendió establecer la asociación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial.

Para determinar esta asociación se realizó una prueba de correlación de Pearson entre los valores totales obtenidos en la puntuación del CAP'S que mide la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los valores totales del instrumento de Adherencia, que mide realmente el grado de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Así mismo se realizaron otras pruebas de estadística básica para contrastar los hallazgos de la prueba de correlación de Pearson.

Los hallazgos de esta investigación reportan que el coeficiente de correlación de Pearson para la muestra de estudio obtuvo un valor $r = 0,253232$. Para valorar la plausibilidad estadística de no asociación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial, se realizó un contraste paramétrico clásico basado en la distribución *t de Student* con 240 grados de libertad, y como resultado de dicho contraste el valor de *p* fue de $6,3308 \cdot 10^{-5}$ el cual muestra claramente que la valoración citada es estadísticamente distinta de cero, lo que significa que hay una asociación positiva entre los fenómenos de estudio, pero al mismo tiempo el valor del coeficiente de correlación en la muestra clasifica como débil esta asociación. Ver Figura 11.

Figura 11. Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos en hipertensión. E.S.E Hospital Chapinero Bogotá Junio - Diciembre 2010



Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio: “ Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá Junio- Diciembre del 2010

Se puede decir que la adherencia no solo depende de la capacidad de afrontamiento y adaptación que un individuo tenga para poder responder de manera efectiva en las diferentes situaciones y momentos críticos de la vida.

La adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en una enfermedad crónica como la hipertensión arterial se encuentra influenciada por una

variedad de factores que intervienen y que afectan considerablemente las condiciones de salud y bienestar de los individuos que la padecen.

La disposición para adherirse o no a las recomendaciones de un proveedor de salud con relación a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, no dependen exclusivamente de los recursos psicológicos que las personas posean, o su capacidad para afrontar las situaciones dadas, sino también de las características del entorno donde se circunscriben estos acontecimientos.

Para ahondar en la descripción de los fenómenos de estudio el autor consideró utilizar otros puntos de vista que permiten valorar diferencias estadísticas con relación a las condiciones de riesgo para la adherencia terapéutica prescrita por su proveedor de salud.

Al comparar el grupo de personas categorizadas con un grado de riesgo bajo o en ventaja para la adherencia con el grupo de personas pertenecientes a las categorías de riesgo medio y riesgo alto para la adherencia, se puede apreciar que los promedios de cada una de las dimensiones evaluadas para el primer grupo presenta valores ligeramente mayores a los valores reportados por el grupo de personas con riesgo medio y riesgo alto para la adherencia. Sin embargo los valores p registrados en este análisis sustentan que la diferencia que se establece entre sus correspondientes promedios, no es una diferencia estadísticamente significativa, lo que refuerza la evidencia de la débil correlación entre los fenómenos de estudio. La mediana obtenida para grupo de personas que presentan ventaja para la adherencia es de 60,64 % a diferencia de la mediana reportada por el grupo de personas que se encuentran en riesgo o no pueden responder con comportamientos de adherencia que representa el 56,17%. Ver Cuadro 18.

Al comparar los cuartiles superiores en ambos grupos se puede apreciar que el grupo de personas que se encuentran en ventaja para la adherencia, presentan un valor ligeramente mayor al percentil 75 del grupo de personas que no pueden responder o se encuentran en riesgo para desarrollar comportamientos de adherencia a los tratamientos prescritos en la hipertensión arterial. Ver Cuadro 18.

La comparación de medianas y de cuartiles superiores en los grupos de estudio reiteran un comportamiento similar al comportamiento sugerido por las pruebas estadísticas de tipo analítico que se utilizaron para la comparación de sus respectivos promedios.

Cuadro 18. Comparación de las medidas de estadísticas básicas entre los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y Adaptación y los grados de riesgo para la Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial de la ESE Hospital Chapinero Junio - Diciembre 2010

Grados de riesgo para la Adherencia	En ventaja para la Adherencia (Grado de Riesgo Bajo)					En Riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia. (Grado de Riesgo Medio) y No puede responder con comportamientos de adherencia (Grado de Riesgo Alto)				
	Estadísticas Básicas					Estadísticas Básicas				
Estilos y Estrategias de Afrontamiento	Promedio	Mediana	D. Estándar	P25	P75	Promedio	Mediana	D. Estándar	P25	P75
Recursivo y Centrado	69,41	70,91	13,20	60,68	79,09	63,31	62,73	13,28	51,82	73,64
Físico y Enfocado	48,69	49,62	19,03	34,62	66,67	44,57	43,85	17,65	30,00	57,69
Proceso de alerta	57,09	56,67	12,77	50,00	80,00	55,05	56,67	15,64	43,33	66,67
Proceso sistemático	68,19	70,00	16,81	60,00	78,75	64,11	63,75	18,61	50,00	80,00
Conociendo y Relacionando	67,43	70,91	14,86	56,25	67,66	62,63	56,17	15,91	48,75	75,00
Total	60,83	60,64	10,50	51,86	67,66	56,53	56,17	10,30	50,27	63,19

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio- Diciembre del 2010

La matriz de correlación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial indican asociaciones positivas entre estos, así mismo; asociaciones positivas entre los totales de las dimensiones o factores evaluados entre las estrategias de afrontamiento y adaptación y la adherencia.

La única dimensión o factor que no presentó asociación con la adherencia fue la dimensión del factor 2 (Físico y enfocado) puesto que el valor de correlación entre la adherencia y esta dimensión fue de 0,096684; parece ser que este tipo de estrategias no presentan aportes significativos en al desarrollo de los comportamientos de adherencia.

Cuadro 19. Matriz de correlación entre los estilos y estrategias de Afrontamiento y Adaptación y los grados de riesgo para la Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con Hipertensión Arterial de la ESE Hospital Chapinero Junio - Diciembre 2010

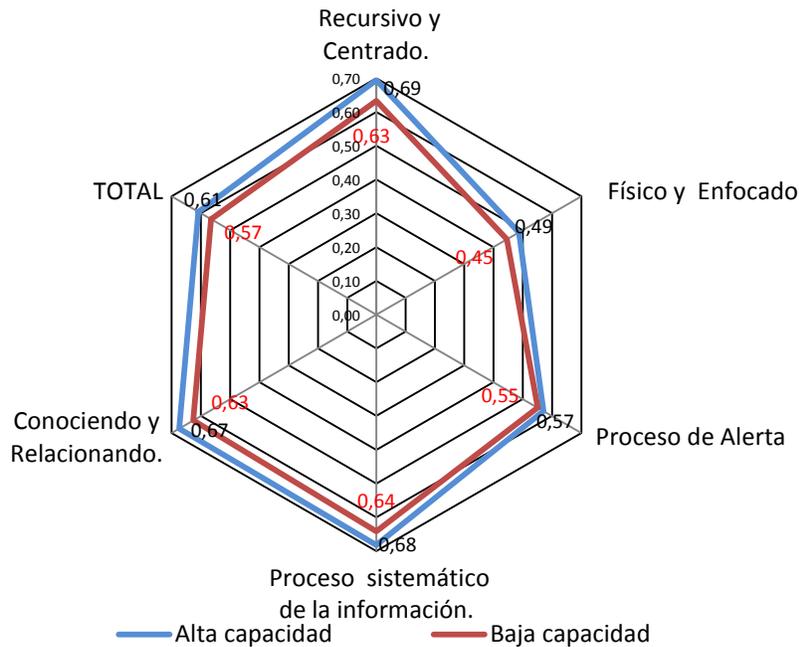
Estilos y Estrategias	Recursivo y centrado	Físico y Enfocado	Proceso de Alerta	procesamiento sistemático	conociendo y relacionando	TOTAL	Adherencia
Recursivo y centrado	1						
Físico y Enfocado	0,148921	1					
Proceso de Alerta	0,42304	0,029631	1				
procesamiento sistemático	0,421987	0,229046	0,460811	1			
conociendo y relacionando	0,456318	0,195686	0,495437	0,446236444	1		
TOTAL	0,688493	0,630166	0,627994	0,686074463	0,70876029	1	
Correlación con la Adherencia.	0,272129	0,096684	0,170385	0,177597386	0,16743109	0,2532321	Correlación positiva

Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio-Diciembre del 2010

El uso de los estilos y las estrategias de afrontamiento en las personas con hipertensión arterial muestra claramente que frente a la alta capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación el grupo tiende a utilizar estrategias de afrontamiento de tipo

cognitivo, especialmente aquellas que se encuentran relacionadas con funciones que requieren la ejecución de un proceso mental entre ellas se destacan las estrategias de afrontamiento para ser recursivo, las estrategias de afrontamiento relacionadas con el proceso sistemático de la información y las estrategias de afrontamiento caracterizadas por comportamientos que implican el uso de la memoria y el aprendizaje permitiendo a los individuos conocer y relacionar los acontecimientos o la situación actual con experiencias del pasado. Ver Figura 12.

Figura 12. Categorización de los estilos y las estrategias de afrontamiento según la alta y la baja capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación de las personas con Hipertensión Arterial de la E.S.E Hospital Chapinero junio - Diciembre 2010



Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio-Diciembre del 2010

La Figura anterior sintetiza los hallazgos reportados en este estudio, el uso de los estilos y las estrategias de afrontamiento en las personas con hipertensión arterial independientemente de su capacidad para responder al proceso de afrontamiento y adaptación muestra un patrón similar en la estructura que lo representa.

Para facilitar la comprensión visual de los hallazgos reportados en este estudio se realizó una analogía gráfica que muestra en términos de una escala angular, la disposición de las personas con hipertensión arterial para utilizar sus estrategias o recursos de afrontamiento en el abordaje de su condición de salud y la adherencia a los tratamientos prescritos por su proveedor de cuidado.

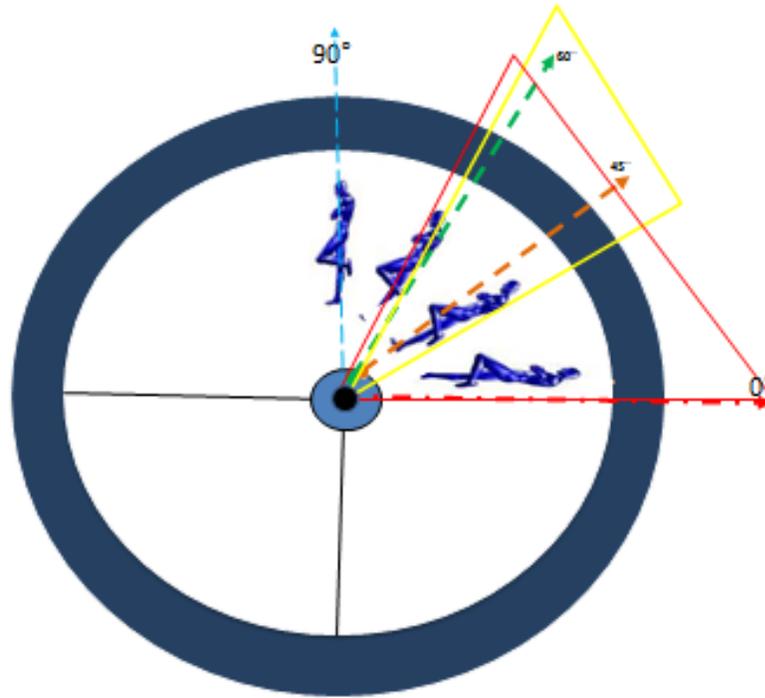
Hipotéticamente las persona que presentan valores del afrontamiento equivalentes a una inclinación angular de 90° son aquellas que utiliza en su máximo nivel toda la disposición para responder a los desafíos que impone la enfermedad hipertensiva, estas persona tendría una representación angular con valores cercanos a 90 grados. Incluyendo comportamientos de adherencia a los tratamientos prescritos, según la categorización del CAP'S, a este grupo corresponde aquellas personas con una puntuación entre 118 – 188 puntos, es decir personas con una alta capacidad en proceso de afrontamiento y adaptación.

Aquellas puntuaciones que presentaran una inclinación angular menor o igual a 45 grados corresponden a aquellos valores cuya puntuación en el CAP'S se encuentran entre 47 - 117 puntos, es decir, personas que presentan una baja capacidad en su proceso de afrontamiento y adaptación.

Entre menos inclinado es el ángulo de los valores obtenidos en la puntuación de la escala que mide la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en un individuo, menor es la disposición que este tiene, para utilizar todas sus estrategias o recursos de afrontamiento. En otras palabras, no está empleando toda su fuerza para levantarse y resolver su situación a pesar de contar con recursos o estrategias de afrontamiento.

En este orden de ideas, el comportamiento de la muestra con relación a la utilización de los recursos y estrategias de afrontamiento indica, que aquellas personas que utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento enfocadas al control de las emociones, presentan menor disposición para resolver su situación, un ejemplo de ello es la poca disposición para adherirse a los tratamientos prescritos, mientras que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución de los problemas, responden mejor a las exigencias de los acontecimientos. Ver Figura 13.

Figura 13. Escala Angular que representa el uso de los recursos y estrategias de afrontamiento y adaptación en las personas con hipertensión Arterial de la ESE Hospital Chapinero junio- diciembre 2010



Fuente: Registros obtenidos de la base de datos del estudio “Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogota Junio-Diciembre del 2010”

Para la disciplina de enfermería, reconocer los recursos de afrontamiento de las personas con hipertensión arterial, constituye un elemento fundamental para promover un cuidado adaptativo y humanizado que permita dar respuestas a las necesidades específicas de estas personas, fortaleciendo sus procesos de afrontamiento cognitivo.

El uso de estrategias cognitivas, refleja una importante respuesta de afrontamiento en los pacientes con hipertensión arterial; estas estrategias contemplan un conjunto de elementos que contribuyen al éxito de los tratamientos prescritos y el control en la progresión de la enfermedad.

4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para esta investigación se consideró primordial en el análisis de los datos, las pruebas de estadística descriptiva que habitualmente se utilizan para sintetizar la información, por ello se utilizaron las medidas estadísticas de tendencia central y se realizaron análisis univariado y bivariados de los fenómenos de estudio con relación a las características sociodemográficas de las personas con hipertensión arterial.

En este capítulo se contrastan los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos de la investigación, se realiza el análisis y discuten los resultados teniendo en cuenta los datos y los hallazgos encontrados en otras investigaciones y reportadas en la literatura revisada, además de los criterios del autor.

La muestra del estudio estuvo representada en mayor proporción por personas del sexo femenino representando el 71,1%, y para las personas de sexo masculino la distribución porcentual fue del 28,9%, la edad promedio registrada en la muestra de estudio fue de 62.años, reportando una mediana y una moda de 63 años.

La distribución de la muestra por grupos de edad, indica que el mayor porcentaje de la población con hipertensión arterial se encuentran distribuidas en los rangos de edad de 29 a 59 años que corresponden al ciclo vital del adulto joven, seguido de los grupos de edad entre los 60 a 69 años que corresponde a la etapa del ciclo vital del adulto mayor.

Los adultos jóvenes categorizados en el rango de edad entre los 29 a los 59 años representan la mayor proporción de personas con tiempo de tratamiento entre los 3 meses y los primeros 4 años. Varios estudios, entre ellos el de Jones 2004¹¹⁴, han demostrado que sólo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, y el

¹¹⁴ MARTÍN ALONSO, Libertad; SAIRO, Magally y BAYARRE, Hector. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Op. cit., p. 1-145.

estudio de Greenbur 2004¹¹⁵ confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Además, el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación. Hallazgos de este estudio indican que en las primeras etapas del diagnóstico de la enfermedad hipertensiva es donde más dificultades se presentan para el seguimiento y el control de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Por ello es importante identificar el grupo de edad que se encuentra con mayor riesgo para adherencia, y así mismo iniciar acciones que permitan un adecuado seguimiento y control de la adherencia terapéutica, sobre todo cuando se ha dado inicio al tratamiento para el control de su enfermedad

En términos generales en lo que respecta al nivel educativo, se puede apreciar que solo el 6,2% de la población carece de algún tipo de escolaridad, mientras la mayor proporción alcanzada la registran personas con estudios de primaria incompleta, seguidos de las personas con estudios de bachiller. Los adultos mayores con hipertensión arterial presentan menores niveles de escolaridad que los adultos jóvenes, característica atribuida a que antes la población tenía poco acceso a la educación, especialmente las personas del género femenino.

En lo que respecta al estado civil, el comportamiento de la muestra indica que la mayor proporción de la población se encuentra casada o en unión marital libre, destacando al género masculino en esta categoría. A diferencia de las mujeres que en mayor proporción se encuentran solteras y viudas. Este hecho permite inferir que la composición familiar juega un papel fundamental en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de las personas con enfermedad hipertensiva, convirtiendo el apoyo familiar en un elemento clave para el manejo y control de la enfermedad.

¹¹⁵ MARTÍN ALONSO, Libertad; SAIRO, Magally y BAYARRE, Hector. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Op. cit., p. 1-145.

La distribución de la población por nivel socioeconómico indica que en los estratos uno y dos se concentran el mayor número de personas con hipertensión. La georreferenciación de la muestra de acuerdo al área de influencia de la ESE Hospital Chapinero, sitúa en mayor proporción a las personas con diagnóstico de hipertensión arterial en la localidad de Barrios Unidos, con un 42,6%, seguida de la localidad de Chapinero con un 14 % y en menor proporción las personas que residen en la localidad de Teusaquillo con el 3,7 %

Reportes del diagnóstico local de salud del 2010¹¹⁶, indican que la morbilidad para los adultos de 45 a 59 años de la localidad de Barrios Unidos se relaciona con problemas crónicos como hipertensión arterial y la diabetes, producto de estilos de vida inadecuados como sedentarismo, estrés y una alimentación poco balanceada; respecto a la distribución por sexo, son las mujeres representan el mayor porcentaje.

Para la localidad de Chapinero La prevalencia de la morbilidad general se da en la población adulta y en adulto mayor por la hipertensión arterial, con 330 casos, esta condición crónica, se presenta en algunos casos por los inadecuados hábitos de salud y el stress, los cuales pueden ser prevenidos desde edades tempranas. Estos reportes muestran similitud con la evidencia empírica reportada en el estudio, donde la concentración del mayor número de personas con hipertensión corresponde a los grupos que comprenden los ciclos vitales del adulto y el adulto mayor¹¹⁷.

Para la localidad de Teusaquillo, el patrón de morbilidad es igual al reportado en las localidades anteriormente mencionadas. La primera causa de morbilidad registrada en la población adulta y mayores de 60 años se atribuye a la enfermedad hipertensiva. En cuanto al patrón de mortalidad se destacan para este grupo las enfermedades

¹¹⁶ COLOMBIA, Bogotá. Hospital Chapinero E.S.E. Diagnostico de salud de la Localidad de Barrios Unidos. Año 2010, p. 285. [en línea]. Disponible en Internet: www.esechapinero.gov.co.

¹¹⁷ COLOMBIA, Bogotá. Hospital Chapinero E.S.E. Diagnostico de salud de la Localidad de Barrios Unidos. Año 2010. Op. cit., p. 39- 43.

cerebrovasculares, e isquémicas del corazón. Teniendo como principal factor de riesgo la presencia de la hipertensión arterial¹¹⁸.

La prevalencia e incidencia de la enfermedad hipertensiva en territorio nacional es una de las más grandes preocupaciones para los entes gubernamentales y las sociedades científicas. A pesar de los esfuerzos para el control y manejo de la hipertensión arterial, esta entidad clínica sigue constituyendo un importante problema de salud pública en nuestro país, lo que justifica la necesidad de intervenir de manera efectiva en el control de la adherencia terapéutica en la población afectada.

En cuanto a la distribución de la población por régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud se observa que la mayor proporción de la muestra (47,1%) se encuentra afiliada a una EPS del régimen subsidiado, y en menor proporción se encuentra la población no asegurada con un 24,8%. Estas proporciones muestran la tendencia del Sistema de seguridad Social en Salud de ir asignando un régimen de afiliación a la población no asegurada permitiendo su acceso a los programas para la detección temprana y el control de alteraciones incluyendo las acciones contempladas en sus planes de beneficio.

Según la OMS 2004 ¹¹⁹La adherencia en los pacientes ancianos es un componente muy importante para la atención en salud, pues de no adherirse aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico. Por otro lado, los trastornos relacionados con la edad hacen que esta población sea más vulnerable a los problemas secundarios que se asocian con la falta de adherencia a los tratamientos prescritos.

Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres y otros no. (Martín, Sairo y Bayarre, 2003)¹²⁰. Los hallazgos de este estudio

¹¹⁸ Ibid., p. 35-44.

¹¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Op. cit., <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>

¹²⁰ MARTÍN ALONSO, Libertad; SAIRO, Magally y BAYARRE, Hector. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Op. cit., p. 1-145

indican que las mujeres muestran una mejor disposición para cumplir con las recomendaciones asignadas por su proveedor de salud. Otra característica atribuida al género hace referencia a que las mujeres son más demandantes ante los servicios médicos asistenciales de las instituciones de salud que los hombres, consideración que facilita la identificación oportuna de algunas alteraciones en su condición de salud.

Con relación al estado civil los datos de este estudio contrastan con la evidencia empírica revisada, la cual indica que aquellas personas que sienten que reciben apoyo de otros (familiares y amigos) tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento

Louro Bernal¹²¹ plantea la idea de que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el elemento más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social¹²². Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su red de apoyo familiar, en especial, para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente¹²³.

Otros Autores como (Taylor, 2003)¹²⁴. Indican que aquellas personas que se encuentran afectadas por una enfermedad pueden responder de un modo más positivo a las

¹²¹ LOURO, Isabel. La familia en la determinación de la salud. In: Revista Cubana de Salud Pública. 2003, vol. 29 no. 1, p. 48-51. Citado por: MARTIN Alfonso Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de atención primaria. Tesis doctoral. Ministerio de salud pública la Habana cuba 2009.

¹²² URQUIZA, J. et al. Factores socio familiares que influyen en el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos [ponencia]. En: Congreso de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria (16: Granada: 1996), p. 448.

¹²³ URQUIZA, J. et al. Factores socio familiares que influyen en el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos. Op. cit., p. 448.

¹²⁴ TAYLOR, S. E. and ASPINWALL, L. G. Coping with Chronic Illness. 1993. Citado por: GOLDBERGER, L. and Shlomo, B. (Eds). Handbook of Stress. theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press, p. 511-529.

consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conlleva si éstas cuenta con altos niveles de soporte social. Por tanto, contar con el mayor número de recursos disponibles para afrontar con éxito el estrés que proviene de la enfermedad, así como la inclusión de los miembros de su red social para buscar y aceptar favorablemente servicios de salud, permite que la persona afectada por una enfermedad se adhiera mejor a sus tratamientos, incrementando sus probabilidades de recuperación.

La descripción de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con hipertensión arterial de la consulta externa la de la ESE Hospital Chapinero del Distrito capital indican la necesidad apremiante de intervenir el fenómeno de la adherencia terapéutica en la población. Estos hallazgos no difieren mucho del panorama desalentador que presenta la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en otras regiones del mundo.

Reportes de estudios sobre la adherencia a los tratamientos en hipertensión arterial ofrecen cifras poco alentadoras. Autores como Sabaté 2003¹²⁵ señalan que "en EE. UU solo el 51 % de los hipertensos cumple su terapia, en China lo hace el 43 % de los enfermos y en Gambia el 27 %", también refiere que en países en desarrollo las tasas de cumplimiento pueden ser menores, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria.

Un informe de la OMS del 2004¹²⁶ sobre "Adherencia a los tratamientos de larga duración" plantea que: "los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varía entre 50 y 70 % y que esta variación se relaciona con los métodos de evaluación y los regímenes medicamentosos empleados en los diferentes estudios.

¹²⁵ SABATE, Eduardo. Adherence to long-term therapies evidence for action. Op. cit. 140.

¹²⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Op. cit., <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>.

Autores como Schmidt-Rio et a 2006¹²⁷ plantean que en el caso de la hipertensión arterial las cifras de no cumplidores alcanzan valores preocupantes, cerca de la mitad incumple el tratamiento farmacológico y la mayoría las medidas higiénico-dietéticas.

Un estudio realizado en Argentina por Ingaramo, 2005¹²⁸ reporta un 48,15% de hipertensos adherentes y un 51,85 % de no-adherentes. Otros autores como Libertad 2006¹²⁹ indican que el gasto sanitario del estado se puede incrementarse considerablemente por una atención médica desaprovechada, por una producción de medicamentos no utilizados, por las consultas planificadas previamente que no se ejecutan, el aumento de las intervenciones, las hospitalizaciones y el incremento en el uso de los servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS del 2004¹³⁰ señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública.

Realmente es preocupante encontrar que más del 50% de la población con hipertensión arterial que consulta a los servicios asistenciales de la ESE Hospital Chapinero se encuentren categorizados en los grados de riesgo medio y alto para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, En términos de riesgo estos resultados expresan para este grupo de personas la presencia de factores de riesgo que comprometen o ponen en peligro su capacidad para desarrollar comportamientos de adherencia.

Estudios disponibles sobre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80%, otros reportes investigativos ofrecen porcentajes

¹²⁷ SCHMIDT RÍO-VALLE, Jacqueline et al. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. En: Index Enfermería. Granada. 2006, vol 15 no. 54, p. 25-29 Citado por: MARTIN Alfonso Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de atención primaria. Tesis doctoral. Ministerio de salud pública la Habana cuba 2009, p. 62-64.

¹²⁸ INGARAMO, Roberto et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento. En: Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005, vol. 34, p. 104-111.

¹²⁹ MARTIN Alfonso Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de atención primaria. Op. cit., p. 62-64.

¹³⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Op. cit., <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>

en torno al 50% (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades y Tweedy, 2002; Egan, Lacckland y Cutler, 2003; Fodor et al., 2005; O'Rorke y Richardson, 2001; Svensson et al., 2000)¹³¹

Para el profesional de enfermería, esta situación se convierte en un gran reto dado que permite enfocar el actuar de Enfermería en la implementación de estrategias de intervención para el cuidado de la salud cardiovascular de las personas con enfermedad hipertensiva y dar respuesta a los problemas planteados en la práctica clínica asociados a los comportamientos de adherencia y a sus factores intervinientes.

Otro de los aspectos contemplados en la discusión de los resultados hace referencia a la asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación. Y la variable grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con hipertensión arterial.

El fenómeno adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos presenta múltiples factores intervinientes entre ellos, factores que se encuentran relacionados con la disposición de las personas para aceptar el diagnóstico de su enfermedad y seguir las recomendaciones planteadas por su proveedor de salud.

La capacidad para responder a los desafíos que impone una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento continuo y quizás de por vida, depende en gran medida de los recursos de afrontamiento que estas personas dispongan para adaptarse a su nueva condición. Es así como el proceso de afrontamiento y adaptación en estos individuos cumple un papel fundamental para alcanzar las metas establecidas y el control de la situación.

Al estudiar el proceso de afrontamiento y adaptación en las personas con hipertensión arterial, se pudo determinar que esta variable constituye un elemento muy sensible para las personas que presentan esta enfermedad; la utilización de los estilos

¹³¹ BLUMENTHAL, J. A. et al. Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. In: Journal of consulting and clinical psycholog. 2002, vol. 70 no. 3, p. 569-589.

y estrategias de afrontamiento según el género, sustentan la evidencia empírica revisada.

Podría decirse que las respuestas de afrontamiento varían de un individuo a otro, y la diferencia entre géneros está dada por la interpretación que cada individuo otorgue al acontecimiento o la situación que se encuentre experimentando.

Autores como (Martín y Grau, 2004)¹³² indican que el padecimiento de una enfermedad representa para las personas un evento estresante, que implica el uso de determinadas estrategias de afrontamiento para su abordaje. Así mismo, estos autores sostienen que en caso de las enfermedades crónicas, el afrontamiento activo o enfocado en el problema parece estar asociado a una mejor respuesta de adaptación. Sin embargo, hay que considerar que las respuestas de afrontamiento difieren mucho por el contexto situacional donde se circunscriben.

La descripción de los estilos y estrategias de afrontamiento de uso más frecuente en la población con hipertensión arterial, indican que las mujeres utilizan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento y adaptación contenidas en factor 1 denominado recursivo y centrado, que de acuerdo a los planteamientos teóricos de la Dra. Roy hacen referencia a la adopción de estilos y estrategias de orden activo, manifestados por comportamientos que permiten tener una mejor disposición para salir del problema.

Cuando es baja capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación las mujeres adoptan con mayor frecuencia estilos y estrategias de afrontamiento de tipo emocional, estas se encuentran caracterizadas por la inhabilidad para manejar problemas complejos, el reaccionar con exageración y presentar dificultad para explicar cuál es el verdadero problema. Una posible explicación para este resultado puede ser encontrada en la noción que indica que cuando un evento estresante es percibido como fuera del control personal, las personas tienen a utilizar un estilo de afrontamiento enfocado en la

¹³² MARTÍN, Libertad y GRAU, Jorge. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Psicología y Salud. Instituto de investigaciones psicológicas. Universidad Veracruzana. 2004, vol. 14 no. 1, p. 89-99.

emoción como primera opción de respuesta a las demandas que provienen de tal evento estresante (Evans, 1993; Miller, Summerton y Brody, 1988)¹³³.

En los hombres, la capacidad para responder a los acontecimientos se encuentra atribuida a las estrategias de afrontamiento y adaptación contenidas en el factor 3 denominado recursivo y centrado; que se caracteriza por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para afrontar la situación, y resolver el problema siguiendo instrucciones en los momentos de crisis. Además de adoptar estrategias para ser recursivo y centrado ante la vivencia de una situación o crisis, los hombres adoptan estilos y estrategias de afrontamiento que corresponde a la categoría del factor 4 que hace referencia al procesamiento sistemático de la información el cual se refiere a la utilización de estrategias dirigidas también a la solución del problema pero caracterizadas por comportamientos como: Darle nombre al problema y verlo en su totalidad, utilizar el tiempo necesario para la comprensión y análisis de la situación, y aclarar cualquier tipo de dudas antes de actuar.¹³⁴

A pesar de encontrar respuestas de afrontamiento diferentes entre géneros, podría decirse que las condiciones de adherencia no están dadas únicamente por la capacidad individual para afrontar la enfermedad sino que existen una diversidad de situaciones que interfieren de manera significativa en la comprensión del acontecimiento.

Se puede observar que las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse varias de estas con éxito, ya que no existe una estrategia adaptativa única en todas las ocasiones, sino que éstas varían en función de los distintos objetivos que las persona se proponen, puesto que son un conjunto de

¹³³ MILLER, Susan; SUMMERTON, Jeffrey and BRODY, David. Styles of Coping with Threat: Implications for Health. En: Journal of personality and social psychology. 1988, vol. 54 no. 1, p. 142-148. Citado por: PAREDES CARRION, Rosario Haydee. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Pontificia universidad Católica de Lima Perú 2005, p. 18-19.

¹³⁴ ROY, Callista. Modelo de enfermería del proceso cognitivo de la información. Alteration in cognitive processing.. citada por GONZALEZ Yolanda en Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica. Tesis de doctorado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2006, p. 20-21.

respuestas de tipo cognitivo y comportamental que se llevan a cabo para hacer frente a las demandas específicas (internas o externas) percibidas como abrumadoras, o desbordantes de recursos.

La débil asociación entre los fenómenos de estudios indica la complejidad en abordaje de la adherencia terapéutica. Al respecto, diferentes investigaciones indican la presencia de factores situacionales que modelan las respuestas de afrontamiento, es decir; existe cierta disposición para reaccionar de la misma manera ante diferentes eventos estresantes; pero, a su vez, las características de éstos y el contexto en el que se circunscriben hacen que las respuestas sean heterogéneas entre diferentes personas e, incluso, en una misma persona en diferentes momentos Baum y Posluzzy, 1999¹³⁵; Holahan et al., 1985¹³⁶; McCrae, 1984¹³⁷; Stone et al., 1991¹³⁸; Terry, 1994¹³⁹; Wethington y Kessler, 1991¹⁴⁰. Situación que influye notablemente en la disposición para adherirse o no a las recomendaciones prescritas por un proveedor de salud.

Reconocer la diversidad de factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con hipertensión arterial implica comprender la complejidad de este proceso; por tanto la adherencia terapéutica no es un comportamiento aislado ni un conjunto de comportamientos, es un comportamiento complejo que puede ser concebido como un proceso que no ocurre de manera lineal.

¹³⁵ BAUM, Andrew y POSLUZZY, Donna. Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. In: Annual reviews of psychology. 1999, vol. 50, p. 137-163.

¹³⁶ HOLAHAN, Charles and MOOS, Rudolf. Life Stress and Health: Personality, Coping and Family Support in Stress Resistance. In: Journal of Personality and Social Psychology. 1985, vol. 49 no. 3, p. 739-747

¹³⁷ Mc CRAE, Robert. Situational determinants of coping responses: lost, threat and challenge. In: Journal of Personality and Social Psychology. 1984, vol. 46 no. 4, p. 919-928.

¹³⁸ STONE. Arthur et al. Self-report, situation-specific coping questionnaires: what are they measuring? In: Journal of Personality and Social Psychology. 1991, vol. 61 no. 4, p. 648-658.

¹³⁹ TERRY, Deborah. Determinants of Coping: The Role of Stable and Situational Factors. In: Journal of Personality and Social Psychology. 1994, vol. 66 no. 5, p. 895- 910.

¹⁴⁰ WETHINGTON, Elaine y KESSLER, Ronald. Situations and Processes of Coping. In: The Social Context of Coping. 1991, p. 13-29. Citado por: PAREDES CARRION PAREDES CARRION, Rosario Haydee. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Pontificia universidad Católica de Lima Perú 2005, p. 18-19.

Aun cuando los resultados de este estudio dan cumplimiento con el objetivo general de la investigación que fue determinar la Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial, surgen nuevas preguntas de investigación derivadas de estos hallazgos que ameritan una ampliación de los fenómenos de estudio intentando superar las siguientes limitantes:

Pofundizar aspectos relacionados con el comportamiento humano y su disposición frente a la adherencia terapéutica prescrita por un proveedor de salud.

Determinar la importancia de los recursos de afrontamiento en el abordaje de la adherencia terapéutica en las personas que presentan enfermedades de orden cardiovascular con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prolongados.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La diversidad de factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como la naturaleza de los mismos, hacen de este un problema complejo, multifactorial y multidimensional y, por tanto, difícil de abordar tanto desde el punto de vista teórico, investigativo como práctico.

Este estudio indica la importancia de reconocer el proceso de afrontamiento y adaptación como una variable sensible en el desarrollo de comportamientos de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con hipertensión arterial.

Los hallazgos de este estudio permiten direccionar la práctica de enfermería en el abordaje de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de las personas que presentan hipertensión arterial, contribuyendo de esta manera a orientar las intervenciones de enfermería y fortalecer los procesos individuales de afrontamiento y adaptación como elemento potencializador de los comportamientos de adherencia.

Los hallazgos de este estudio indican que el 58% las personas con hipertensión arterial de la consulta externa de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá tienen riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y no pueden responder con comportamientos de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos en la hipertensión. Solo el 42% de la muestra puede responder con comportamientos de adherencia a los tratamientos y a las recomendaciones prescritas por su proveedor de salud.

El grupo de edad entre los 29 a 59 años presenta en mayor proporción riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia, es decir que este grupo de personas tienen un grado de riesgo medio para la no adherencia a los tratamientos prescritos en la hipertensión arterial, representando el 36.8% de la muestra.

El comportamiento del riesgo alto para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en la hipertensión arterial aumenta para los adultos jóvenes categorizados en el grupo de edad entre los 29 a 59 años representando un 43.5%, seguido del grupo de adultos mayores que se encuentran categorizados en el rango de edad entre los 70 a 90 años representando el 30.4% de la muestra.

Los resultados del estudio muestran que entre más joven es la condición de las personas con hipertensión, es mayor la posibilidad de presentar riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia.

La disposición para adherirse o no a las recomendaciones de un proveedor de salud con relación a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, no dependen exclusivamente de los recursos psicológicos que las personas posean, o su capacidad para afrontar las situaciones dadas, sino también de las características del entorno donde se circunscriben estos acontecimientos que pueden ser el contexto familiar y social donde se desenvuelven las personas.

En este estudio se observó que la mayor proporción de la población tienen una alta capacidad para el proceso de afrontamiento y adaptación (n=219) representando el 90% de la muestra. Mientras el 10% de las personas con hipertensión arterial (n= 23), presentan una baja capacidad en el proceso de afrontamiento y adaptación

Los hallazgos de este estudio indican que los hombres utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento que dirigen sus esfuerzos a la solución de los problemas, mientras las mujeres utilizan estilos y estrategias de afrontamiento enfocadas al control de las emociones.

El comportamiento de la capacidad de afrontamiento y adaptación por grupos de edad y género indica que el grupo de personas entre los 70 a 90 años son el grupo de personas que presentan una mayor capacidad en el proceso de afrontamiento y adaptación representando el 35,2% de la muestra.

En la presente investigación se encontró que las personas con hipertensión arterial tienen en un 92.1% mayor capacidad para adoptar estrategias que les permiten ser recursivos y centrado en la resolución de sus problemas, lo que quiere decir que utilizan estrategias de afrontamiento manifestadas por comportamientos enfocados a la modificación de la conducta, comportamientos relacionados con la búsqueda y recopilación de la información, como es el estar atento a cualquier cosa relacionada con la situación, hacer frente a la situación o al problema desde un principio, la identificación de posibles soluciones, la redirección de los sentimientos y la disposición al cambio para salir de los problemas.

En segundo lugar se encuentran las estrategias de afrontamiento denominadas estrategias de afrontamiento físicas y enfocadas con un 90,9%, que consisten en la utilización de recursos que dirigen sus esfuerzos a la regulación de las emociones y se caracterizan por la adopción de comportamientos tales como: reaccionar con exageración, presentar dificultad para explicar cuál es el verdadero problema, rendirse fácilmente e inclusive la sensación de que la situación lo está enfermando.

Y en tercer orden sigue la capacidad para adoptar estrategias del proceso de alerta, con un 77,3% las cuales se caracterizan por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para resolver el problema. Estas estrategias contemplan comportamientos, reacciones y recursos que emplean las personas para afrontar una situación dada.

Con relación al uso de estilos y estrategias de afrontamiento y adaptación; los hallazgos de este estudio indican que el grupo tiende a utilizar estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo, especialmente aquellas que se encuentran relacionadas con funciones que requieren la ejecución de un proceso mental. las cuales se encuentran descritas en la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento cognitivo de la información propuesto por la Dra. Callista Roy.

El uso de los estilos y las estrategias de afrontamiento en las personas con hipertensión arterial muestra claramente que frente a la alta capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación el grupo tiende a utilizar estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo, especialmente aquellas que se encuentran relacionadas con funciones que requieren la ejecución de un proceso mental entre ellas se destacan las estrategias de afrontamiento para ser recursivo, las estrategias de afrontamiento relacionadas con el proceso sistemático de la información y las estrategias de afrontamiento caracterizadas por comportamientos que implican el uso de la memoria y el aprendizaje permitiendo a los individuos conocer y relacionar los acontecimientos o la situación actual con experiencias del pasado.

La única dimensión que no presentó asociación con la adherencia fue la dimensión del factor 2 (Físico y enfocado) puesto que el valor de correlación entre la adherencia y esta dimensión fue de 0,096684; parece ser que este tipo de estrategias no presentan aportes significativos al desarrollo de los comportamientos de adherencia.

Los hallazgos de este estudio indican que las personas que utilizan estilos y estrategias de afrontamiento enfocadas al control de las emociones tienden a presentar poca disposición para la adherencia a los tratamientos prescritos por su proveedor de salud, mientras que las personas que utilizan estilos y estrategias de afrontamiento enfocados a la solución de los problemas, responden mejor a los acontecimientos y expectativas de la enfermedad hipertensiva incluyendo comportamientos de adaptación y adherencia terapéutica.

Esta investigación reportó una asociación positiva entre los fenómenos de estudio, el valor de correlación fue de $r = 0,2532321$, este valor indica a su vez, una débil asociación entre los fenómenos de estudio; situación que permite inferir que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, no solo depende de la capacidad de afrontamiento y adaptación que un individuo tenga para poder responder de manera efectiva en las diferentes situaciones y desafíos que impone la enfermedad hipertensiva. Por tanto; la disposición para adherirse o no a las recomendaciones de un proveedor de salud con relación a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, no dependen exclusivamente de los recursos psicológicos que las personas posean, o su

capacidad para afrontar las situaciones dadas, sino también de las características del entorno donde se circunscriben estos acontecimientos.

Conclusiones derivadas de la utilización de los instrumentos de medición.

El instrumento de adherencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia: “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” permite diferenciar en tres niveles el grado de riesgo que presentan las personas con alguna condición de salud cardiovascular, es decir: Riesgo bajo (en ventaja para la adherencia), Riesgo medio (en riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia) y Riesgo alto para la no adherencia (que no puede responder con comportamientos de adherencia). Estos niveles expresan el grado de riesgo en el que se encuentra un individuo con relación a su proceso de la adherencia, y el alcance logrado en cada una de sus dimensiones o componentes en un contexto determinado.

Para la práctica de enfermería esta clasificación ayuda a conocer en qué situación se encuentra ubicada una persona con hipertensión arterial u otra condición de salud cardiovascular permitiendo orientar las intervenciones del cuidado en enfermería, para promover en él un proceso de adaptación y facilitar el seguimiento de la adherencia terapéutica prescrita por su proveedor de salud, como herramienta fundamental para el pronóstico y el control de la enfermedad.

La nueva versión del CAP'S y su nueva categorización según los tres niveles jerárquicos del proceso cognitivo de la información propuestos por la doctora Yolanda González constituyen un aporte clínico muy importante para la disciplina en cuanto a la utilidad y la interpretación de este instrumento para la práctica de enfermería; sin embargo este instrumento sigue siendo demasiado complejo, por tanto se sugiere profundizar aspectos relacionados con su validación transcultural.

5.2 RECOMENDACIONES

Promover el proceso de afrontamiento y adaptación en aquellos individuos que presentan riesgo o desventaja para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos, constituye un desafío para la práctica de enfermería, por tanto profundizar aspectos relacionados con esta área de conocimiento, permite al profesional responder a las necesidades específicas de estas personas, para fortalecer sus procesos de afrontamiento y garantizar sus respuestas de adaptación.

La utilización de estrategias que permitan reconocer y evaluar las estrategias de afrontamiento y adaptación que poseen las personas que presentan dificultades para responder con comportamientos de adherencia a los tratamientos prescritos por un proveedor de salud, servirán de sustento para la toma de decisiones y la ejecución de estrategias de intervención que permitan direccionar la práctica de enfermería, basados en un cuidado adaptativo y humanizado que brinde garantías a los resultados deseados y se favorezca el desarrollo holístico de las personas con enfermedad hipertensiva.

Contar con instrumentos validados y sensibles para la medición del fenómeno de adherencia, puede proveer información útil para la formulación de estrategias e intervenciones que faciliten el manejo y el control de las condiciones de salud de las personas afectadas.

La investigación en enfermería ha otorgado a la práctica una importante herramienta para la medición del fenómeno de la adherencia, tras continuos ajustes de orden factorial, de validez facial y de constructo el instrumento de adherencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia hoy, es uno de los más reconocidos y utilizados. La contribución de este estudio al fortalecimiento de esta herramienta de medición se expresa a través de la siguiente recomendación:

La última versión del instrumento de adherencia reduce el número de ítems a 24 y cuatro dimensiones. En esta nueva versión del instrumento no existen puntos de corte para cada una de las categorías expuestas; por tanto se recomienda a la autora del instrumento categorizar su interpretación con la denominación de "Grados de riesgo

para la adherencia” de acuerdo a la nueva versión de 24 ítems propuesta por Ortiz en el 2008.

La consistencia interna del instrumento “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” reportó un alfa de Cronbach de 0,82, mayor al reportado por Ortiz en 2008, Lo que indica que es un instrumento válido y confiable. Sin embargo, se sugiere establecer puntos de corte para cada una de las dimensiones que forman su constructo teórico con el fin de identificar el peso ponderal que representa cada uno de los factores que influyen en la adherencia terapéutica.

Otro de los fenómenos de interés para la disciplina de enfermería ha sido el proceso de afrontamiento y adaptación, a pesar de no ser este un concepto propio, numerosos estudios de investigación en el campo disciplinar han abordado este fenómeno brindando aportes significativos en la práctica.

La Doctora Roy introduce a la disciplina de enfermería un importante indicador empírico que permite medir el proceso de afrontamiento y adaptación, Este instrumento es denominado “coping processing scale CAP’S” o escala para la medición del proceso de afrontamiento y adaptación; su desarrollo surge desde la perspectiva clínica y se fundamenta en la síntesis del modelo de adaptación de Roy (MAR). Este instrumento no ha sido publicado oficialmente por su autora; sin embargo ha sido utilizado consistentemente en varios estudios de investigación. En Colombia fué traducido por las profesoras de enfermería Duran De Villalobos María Mercedes y Moreno María Elisa en el 2005, actualmente la escala presenta versiones en inglés, español y Thai, esta última por Printing Chayaput demostrando una vez más su validez y confiabilidad.

La confiabilidad de la escala del proceso de afrontamiento y adaptación reportó para este estudio un alfa de Cronbach de 0,86. A pesar de ser el CAP’S un instrumento validado y confiable, la comprensión de sus ítems, refleja la complejidad de su constructo teórico, este estudio permitió identificar algunas consideraciones frente al uso del instrumento propuesto por la Doctora Callista Roy; Entre ellas se encuentran las siguientes:

La reorganización de los ítems de esta escala según los tres niveles jerárquicos del proceso cognitivo de la información propuestos por la doctora Yolanda González constituyen un aporte muy importante para la disciplina en cuanto a la utilidad y la interpretación de este instrumento para la práctica de enfermería, sin embargo es preciso anotar que a pesar de presentar un aporte clínico novedoso, la nueva versión del CAP'S y su nueva categorización siguen siendo demasiado complejos, por tanto se sugiere profundizar aspectos relacionados con su validación transcultural.

Desde la experiencia investigativa lograda mediante la realización de este estudio se podría indicar que este instrumento presenta cierto grado de dificultad en cuanto a la comprensión de sus ítems o reactivos, bien sea de forma asistida o por auto diligenciamiento, por tanto se sugiere un ajuste lingüístico y semántico para la cultura que va ser aplicado.

Se recomienda a la sublínea de cuidado para la salud cardiovascular del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia ampliar sus horizontes en la medición del fenómeno de adherencia; Estudios cualitativos, cuasi experimentales y de correlación serían de gran aporte para identificar futuras líneas de intervención en el abordaje disciplinar de la adherencia terapéutica.

En lo que respecta a los aportes teóricos este estudio indica la importancia de las estrategias de afrontamiento en el abordaje de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en las personas con hipertensión arterial; sin embargo, se sugiere profundizar la asociación de los fenómenos estudiados, puesto que la adherencia terapéutica no solo depende de la capacidad de afrontamiento que los individuos posean para responder a los desafíos que la enfermedad hipertensiva.

La teoría del proceso de afrontamiento y adaptación permite a las enfermeras avanzar en el desarrollo de la práctica disciplinar y fortalecer la autonomía profesional a partir de su aplicación, por tanto, la utilización de las teorías de mediano rango sustentan el sistema teórico empírico conceptual (STEC) de la ciencia de enfermería

A la ESE Hospital Chapinero I Nivel de atención en salud del distrito se recomienda utilizar el instrumento de adherencia en la población que asiste a los servicios de consulta externa a través del programa para la detección temprana de aspectos que interfieren en una adecuada adherencia y se puedan proponer estrategias viables para mejorar estas condiciones de este modo sería una herramienta útil para el seguimiento y control de los programas para el mejoramiento de la adherencia terapéutica en las personas con hipertensión arterial.

Promover en la Institución estudios investigativos con rigor metodológico que permitan explorar las condiciones de salud de la población con factores de riesgo cardiovascular para establecer estrategias de cuidado que faciliten el abordaje integral de los mismos.

Articular los resultados de este estudio con las líneas de acción que intervienen desde salud pública en los ciclos vitales del adulto Joven y el adulto mayor para fortalecer las políticas institucionales encaminadas a la reducción de la morbimortalidad por eventos de orden cardiovascular en esta población.

5.3 Recomendaciones

Se presentan como una serie de aspectos que se podrían realizar en un futuro para emprender investigaciones similares o fortalecer la investigación realizada.

Anexo N° 1 Consentimiento Informado

Universidad nacional de Colombia
Sede Bogotá
Facultad de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor usuario de consulta externa de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá

Estoy desarrollando una investigación cuyo objetivo es determinar la asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial.

La información de este estudio será manejada con la debida confidencialidad y sus datos serán usados exclusivamente con fines académicos. A partir de los resultados obtenidos con esta investigación se orientaran estrategias e intervenciones que contribuyan al cuidado de la salud cardiovascular a los usuarios de la consulta externa de área de influencia de la E.S.E Hospital Chapinero de Bogotá. Usted como usuario de la Institución recibirá los beneficios de las estrategias planteadas para el cuidado de su salud cardiovascular.

Ante todo quiero informarle que usted tiene absoluta libertad para desistir o participar voluntariamente de este estudio. En caso de que su respuesta sea afirmativa y desee participar en este estudio, el tiempo que dispondremos para el diligenciamiento de los instrumentos es de 25 minutos, su consulta no se verá afectada en ningún momento. Contamos con un espacio en el cual usted puede estar tranquilo y dispuesto para dar respuesta a los instrumentos. Le agradezco de antemano su valiosa colaboración.

Si decide participar por favor diligenciar el siguiente el formato:

Yo _____ afirmo que he sido informado y acepto participar en el estudio Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo cardiovascular. Realizado por el Enfermero Javier A Bula Romero, como tesis para obtener el título de Magíster en Enfermería.

Tengo claro que durante la aplicación de los instrumentos puedo desistir de mi decisión de participar en este estudio y esto no tendrá consecuencia alguna para mí en los procesos de oferta de servicios de salud.

He recibido suficiente información sobre el estudio de investigación, comprendo que pude retirarme del estudio:

1- Cuando quiera

2- Sin tener que dar explicaciones al respecto.

Firma o huella dactilar de quien da el consentimiento
C. c.

Responsable del Estudio

c. c

Teléfono 3213737084

Fecha: _____.

Anexo: N°2 Autorizaciones para utilizar los Instrumentos

Bogotá, Colombia

Dear Mrs. Callista Roy, PhD, RN, FAAN
Professor & Nurse Theorist

The motivation for me to write this letter is to ask you for permission to use the instrument that evaluate the process of coping and adaptation "Coping Adaptation Processing Scale" (CAP'S); this one will be apply for academics purposes in a study research entitle "association between the process of coping and adaptation and the adherence of the pharmacological treatments among persons with high blood pressure in a public health care facility at Bogota Colombia; that study will be moderated byThe National University of Colombia's faculty of nursing.

Thank you in advance for taking time to read that letter I really appreciate it

Sincerely,

Javier Bula
Student of nursing master
The National University of Colombia

Bogotá Agosto-2010

Sr
Callista Roy, PhD, RN, FAAN
Professor & Nurse Theorist

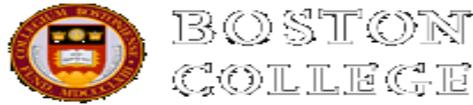
Cordial saludo

Por medio de la presente solicito a usted autorización para utilizar el instrumento que evalúa el proceso de afrontamiento y adaptación (CAP'S), el cual se aplicará con fines académicos en el estudio de investigación titulado "Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y la adherencia a los tratamientos farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de una Empresa Social del Estado de Bogotá D.C, asesorado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Gracias por su atención.

Cordialmente

Javier A Bula Romero
Estudiante de Maestría
Universidad Nacional de Colombia



Boston College

William F. Connell School of Nursing

Javier Bula
Graduate Student of Nursing
The National University of Colombia

October 6, 2010

Bogotá, Colombia

Dear Javier,

Permission is hereby granted to use the research instrument Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) for your research.

This permission includes translation and future use of the instrument for educational, research, or nursing practice purposes. It excludes only entrepreneurial ventures for which a separate agreement would be required.

Best wishes for the success of your work and contributions to nursing in the future.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Callista Roy".

Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN

Professor & Nurse Theorist

Bogotá, septiembre 19 de 2010

Sta.
CONSUELO ORTIZ
Enfermera MsP

Cordial saludo

Por medio de la presente solicito a usted autorización para utilizar el instrumento que evalúa los *“factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”* de acuerdo a las últimas modificaciones obtenidas en su tercer análisis factorial. el cual se aplicará con fines académicos en el estudio de investigación titulado “Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de una Empresa Social del Estado de Bogotá D. C., asesorado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Gracias por su atención.

Cordialmente

Javier A Bula Romero
Estudiante de Maestría
Universidad Nacional de Colombia

Bogota , septiembre 27 de 2010

Enfermero

Javier Alonso Bula Romero

Universidad Nacional de Colombia
La ciudad

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento “para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo cardiovascular”, le informo que e consultadas las autoras del mismo; se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras, y solicitamos se nos comente los resultados de su investigación.

Cordialmente

Consuelo Ortiz Suarez
Magister en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular
Profesora facultad de Enfermería
Universidad Javeriana

ANEXO N° 3 Respuesta del comité de ética de la E.S.E. Hospital Chapinero

INSTRUMENTOS

Anexo N°4 Escala de medición del proceso de aprontamiento y adaptación según el modelo de adaptación de Callista Roy. Versión en español (EsCAPS)

FACTOR I, RECURSIVO Y CENTRADO. Total: 11-44ptos.	Nunca 1	Rara Ve 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Nivel cognitivo del proceso de entrada				
4. Reúne la mayor cantidad de información posible para aumentar sus opciones para solucionar el problema.	1	2	3	4
7. Trata de hacer que todo funcione a su favor.	1	2	3	4
19. Está atento a cualquier cosa relacionada con la situación.	1	2	3	4
26. Trata de usar sus recursos para enfrentar la situación.(Recursos personales, físicos, económicos)	1	2	3	4
42. Tiende a hacer frente a las situaciones desde el principio. (las situaciones difíciles)	1	2	3	4
Nivel cognitivo de procesamiento central				
10. Identifica como quiere que resulte la situación, luego mira como lo puede lograr. (Planificación)	1	2	3	4
46. Desarrolla un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.	1	2	3	4
2. Propone una solución nueva para un problema nuevo.	1	2	3	4
34. Trata de ser creativo y proponer nuevas soluciones. (Creatividad personal, utilizando recursos del entorno)	1	2	3	4
Nivel cognitivo de proceso de salida				
16. Trata de redirigir sus sentimientos para enfocarlos constructivamente. (Redirigir. Re direccionar. Organizar)	1	2	3	4
29. Con tal de salir del problema o situación está dispuesto a cambiar su vida radicalmente.	1	2	3	4
FACTOR 2, FÍSICO Y ENFOCADO Total: 13 - 53 ptos.	Nunca 1	Rara Ve 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Nivel cognitivo del proceso de entrada				
5. Cuando está preocupado tiene dificultad para Completar tareas, actividades o proyectos.	1	2	3	4
8. Solo puede pensar en lo que le preocupa. (Ante la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4

Nivel cognitivo de procesamiento central				
13. Encuentra el problema o crisis demasiado complejo con más elementos de los que usted puede manejar. (elementos o aspectos que hacen parte de! problema)	1	2	3	4
35. Por alguna razón no saca beneficio de sus experiencias pasadas. (Experiencias pasadas relacionadas con el afrontamiento de .situaciones difíciles, algo parecidas o similares)	1	2	3	4
47. Al parecer se hace muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.	1	2	3	4
Nivel cognitivo de proceso de salida				
15. Parece que usted actúa con lentitud sin razón aparente. (Ante la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4
20. Tiende a reaccionar con exageración al comienzo de cualquier situación. (Situación difícil)	1	2	3	4
23. Cuando se le presenta un problema tiende a paralizarse y a confundirse por un rato.	1	2	3	4
24. Encuentra difícil explicar cuál es el verdadero problema.	1	2	3	4
33. Tiende a culparse por cualquier dificultad que tenga.	1	2	3	4
39. Experimenta cambios en la actividad física. (Ante la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4
43. Esta situación le está enfermando. (Situación)	1	2	3	4
45. Se rinde fácilmente. (Ante la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4

FACTOR 3, PROCESO DE ALERTA Total: 9 - 36 pts	Nunca 1	Rara Vez 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Nivel cognitivo del proceso de entrada				
1. Puede seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o con un problema.	1	2	3	4
44. Adopta rápidamente un nuevo recurso cuando éste puede resolver su problema o situación.	1	2	3	4
Nivel cognitivo de procesamiento central				

18. Cuando deja sus sentimientos a un lado, es muy objetivo acerca de lo que sucede. (Sentimientos positivos o negativos)	1	2	3	4
40. Maneja la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron. (Detalles relacionados con la vivencia de la situación difícil).	1	2	3	4
Nivel cognitivo de proceso de salida				
11. Es menos efectivo bajo estrés.	1	2	3	4
17. Cuando está en una crisis o con un problema se siente alerta y activo durante todo el día.	1	2	3	4
25. Obtiene buenos resultados al manejar problemas complejos o complicados.	1	2	3	4
27. Puede desenvolverse mejor que la mayoría de las personas cuando tiene que ir a lugares desconocidos.	1	2	3	4
31. Es más efectivo bajo estrés.	1	2	3	4

FACTOR 4, PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO Total: 6-24 ptos.	Nunca 1	Rara Ve 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Nivel cognitivo del proceso de entrada				
3. Llama al problema por su nombre y trata de verlo en su totalidad. (con todas sus circunstancias o aspectos)	1	2	3	4
Nivel cognitivo de procesamiento central				
12. Se toma el tiempo necesario y no actúa hasta que tenga una buena comprensión de la situación.	1	2	3	4
14. Piensa en todo el problema paso a paso.	1	2	3	4
22. Analiza la situación y la mira como realmente es.	1	2	3	4
41. Trata de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar.	1	2	3	4
Nivel cognitivo de proceso de salida				
30. Trata de mantener el equilibrio entre sus actividades y el descanso. (Ante la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4

FACTOR5, CONOCIENDO Y RELACIONANDO. Total: 8 - 32 pts.	Nunca 1	Rara Vez 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Nivel cognitivo del proceso de entrada				
36. Aprende de las soluciones que han funcionado para otros. (Ante la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4
Nivel cognitivo de procesamiento central				
6. Trata de recordar las estrategias o soluciones que le han servido en el pasado. (Ante la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4
21. Recuerda cosas que le ayudaron en otras situaciones. (situaciones difíciles)	1	2	3	4
32. Puede relacionar lo que sucede con sus experiencias pasadas o planes futuros, (considerando la vivencia de una situación difícil)	1	2	3	4
37. Mira la situación positivamente como una oportunidad o como un desafío.	1	2	3	4
Nivel cognitivo de proceso de salida				
9. Se siente bien de saber que está manejando el problema lo mejor que puede.	1	2	3	4
28. Utiliza el sentido del humor para manejar la situación.	1	2	3	4
38. Se plantea muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.	1	2	3	4

Gracias.

Anexo N°5 Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

I DIMENSIÓN FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
	NUNCA 0	A VECES 1	SIEMPRE 2
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 para cumplir su tratamiento.			
II DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			
21. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
22. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
23. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
25. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
27. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
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 está haciendo es 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 le 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 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 es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

Bibliografía

ALMEIDA E., Giomara del Carmen y RIVAS A., Valentina. Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista semana de divulgación científica. 2008. Disponible en Internet:

<http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cinetifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>

BASTIDAS SANCHEZ, Clara Victoria. Asociación entre la capacidad de la agencia de auto cuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

BENNETT MURPHY, Laura; THOMPSON, Robert J. and MORRIS, Mary Ann. Adherence behavior among adolescents with Type I Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: The Role of Cognitive Appraisal Processes. In: Journal of pediatrics psychology. 1997, vol. 22 no. 6.

BERENSON, Gerald et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. In: N Engle J Med. 1998, vol. 338 no. 23.

BERNAL T. Carolina et al. Estrategias de afrontamiento y presión arterial. En: Revista CES de psicología. julio – diciembre 2009, vol. 2.

BLUE CROSS, Blues Shield, Associations. Special interventions to improve patient adherent with medication of chronic cardiovascular disorders. In: Assesment Program. November 2003; 18(12).

BONILLA, Claudia. Diseño de un 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 y validez de contenido del mismo. Tesis. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá 2006.

CHOBANIAN, Aram et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. In: JAMA. 2003, vol. 289 no. 19.

COLOMBIA. Departamento administrativo nacional de estadística, DANE. Informe nacional preliminar de defunciones por mortalidad en general. 2005 [en línea]. [Consultado junio, 2010] Disponible en Internet: <http://www.dane.gov>.

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

CONTRERAS, Françoise et al. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. En: Acta Colombina de Psicología. Universidad Santo Tomas Bogotá Colombia. 2007, vol. 10 no. 2.

CRUZ C., Maricela. Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México [en línea]. En: Rev. Archivos de Cardiología de México. 2001, vol. 1 no. 74. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011an.pdf>

CUBILLOS G., Luz et al. Congestive heart failure in Latin America: the next epidemic. In: Am Heart J. 2004, vol. 147.

D'AGOSTINO RB, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. In: Circulation. 2008, vol. 117 no. 6.

DALY, John et al. Barreras para la participación en programas de adherencia para la rehabilitación cardíaca: una crítica revisión teórica. In: Le jacq comunicaciones, Inc. Invierno de 2002, vol. 17 ed. 1.

FOSTER, Sue and KOUSCH, Deborah C.. Promoting patient adherence. In: The american journal of nursing. May, 1978, vol. 78 no. 5.

FLOREZ 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. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007.

DANIELS, Stephen and GREER, Frank. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. In: Pediatrics. 2008, vol. 122 no. 1.

GONZÁLEZ, Renata. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular [en línea]. En: Índex Enfermería. 2004 vol. 13 no. 46. Disponible en Internet:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200004&script=sci_arttext

GONZALEZ, Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional, para mantener y fortalecer la capacidad del procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica, a partir del modelo de adaptación de Callista Roy, en el complejo hospitalario metropolitana de la caja del seguro social y el hospital Santo Tomas en el año 2006. Tesis. Doctorado en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. 2006.

GRUPO DE ESTUDIO para el desarrollo del modelo adaptación de Callista Roy. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. En: Revista Aquichan. Facultad de Enfermería de la Universalidad de la Sabana. Octubre 2002, Año no. 2.

Mc HAFFIE, Hazel. Coping: An essential element of nursing. In: Journal of advanced nursing. 1992, vol. 17 no. 8.

HALSTEAD, Mary; BENNETT J., Suzanne and CUNNINGHAM, Walter. Measuring coping in adolescents; an application of the ways of coping checklist. In: Journal of clinical child Psychology. 1993, vol. 22 no. 3.

HANES, Donna; WEIR, Matthew and SOWERS, James. Gender considerations in hypertension pathophysiology and treatment. In: Am J Med. vol. 101 no. 3.

HEISLER, Michele et al. When more is not better: treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence [online]. In: Circulation. 2008, vol. 117. Available from Internet: <http://circ.ahajournals.org/content/117/22/2884>.

HERRERA, Lían Arlet. Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2007

HOSPITAL CHAPINERO. Secretaría Distrital de Salud. Diagnostico local con participación social de la localidad de Chapinero grupo de gestión local de la E.S.E hospital chapinero. Bogotá: Año 2009. EN: www.esechapinero.gov.co

_____. Diagnostico local con participación social de la localidad de Teusaquillo grupo de gestión local de la ESE hospital chapinero. Bogota: Año 2009. disponible EN: www.esechapinero.gov.co

_____. Registros históricos de morbilidad por diagnostico CIE 10 de consulta externa según factores de riesgo cardiovascular, Fuente: RIP´S de consulta externa año 2009 departamento de Estadística de la ESE Hospital Chapinero de Bogotá. En: www.esechapinero.gov.co

INGARAMO, Roberto A. et al. Estudio nacional sobre la adherencia al tratamiento en hipertensión. En: Rev. Fed. Arg Cardiol. 2005, vol. 34.

INGERSOLL, Karen S. and COHEN, Jessye. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. In: J Behav Med. 2008, vol. 31.

JOHNSON, Mary Jane; WILLIAMS, Mary and MARS H., Eliane. Adherent and No adherent medication- taking in Elderly Hypertensive Patients. In: Clinical nursing research. Nov. 1999, vol. 8 no. 4.

KAPLAN, Norman and OPIE, Lionel. Controversies in Cardiology 2. Controversies in hypertension [online]. In: Lancet. 2006, vol. 367. Available from Internet: http://www.ypertasi.gr/assets/files/scientific_material/FULL%20HTN%20PAPERS%202006-07/Controversies%20in%20hypertension%202006.pdf

KEARNEY, Patricia et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. In: Lancet. 2005, vol. 365 no. 9455.

KUNTZ, Mary. A proponed model for as sensing compliance within the Unitary Man/Human framework Based on an Analysis of the concept of compliance. Cited by: CARROLL J., Rose. NANDA. Classification of nursing diagnosis proceeding of the ninth conference. Philadelphia: JB Lippincott. 1991.

MARTIN ALFONSO, Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario: 2003-2007. Tesis. Doctorado en ciencias de una especialidad. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana Cuba 2009.

MARTÍN ALFONSO, Libertad; AGRAMNORTE, Magali y BAYARRE V., Héctor. Frecuencia de Cumplimiento del tratamiento medico en pacientes hipertensos [en línea]. En: Revista Cubana Med Gen Integr. 2003, vol. 19 no. 2. Disponible en Internet: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/frecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_medico_en_pac_hta.pdf

LAW, Malcolm et al. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomized trials. In: BMJ. Clinical research ed. 2003, vol. 326.

MARTÍNEZ S., Carlos y MARTÍNEZ R., Jesús. Cambio en el rumbo de las consecuencias cardiovasculares de la hipertensión arterial sistémica [en línea]. En: Rev. Archivos de Cardiología de México. 2004, vol. 2 no. 74. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/acs042i.pdf>

MATOS, Yadmila; MARIN, Libertad y BAYARRE, Héctor. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. En: Revista Cubana de Medicina. 2007, vol. 23 no. 1.

MORELIO PERZ, Osana y GARCIA ROMAGOSA, Georgina. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial. En: Revista cubana de medicina. 2004, vol. 43 no. 2-3.

MORINSKY, Donald et al. Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. In: American journal of public health. 1993, vol. 73 no. 2.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. [En línea]. 2004. Disponible en Internet: http://www.paho.org/spanis/AD/DPC/NC/adherencia_largo_pdf

_____. Informe sobre la Salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003 [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/cronic.htm>.

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

PABÓN, Yadira. Validez y confiabilidad del instrumento “Para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Tesis. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá 2007.

PALANK L., Christine. Determinantes de la conducta promotora de la salud una revisión de la investigación actual. In: Nursing clinics of North America. December 1991, vol. 26 no. 4.

PAREDES CARRION, Rosario Haydee. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Tesis psicología. Pontificia universidad católica de Lima Perú.

REALPE DELGADO, Cecilia et al. Acceso al programa de hipertensión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Hacia la promoción de la salud. enero – diciembre 2008, vol. 13.

ROSAS P., Martín et al. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (análisis por consolidación conjunta) [en línea]. En: Rev. Archivos de Cardiología de México. 2004, vol. 2 no. 74. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/acs042h.pdf>

ROTER, Debra et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. In: Medical care. 1998, vol. 36.

ROY, Callista and ANDREWS, Heather A. The Roy Adaptation Model. Stanford: Appleton & Lange. 1999.

ROY, Callista. Human information processing. Cited by: J.J. Fitzpatrick, R.L. Taunton, ALMEIDA E., Giomara del Carmen y RIVAS A., Valentina. Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. En: Revista semana de divulgación científica. 2008. Disponible en Internet: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cietifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>

_____. Modelo de enfermería del proceso cognitivo de la información. Alteration in cognitive processing. Cited by: STEWART-AMIDEI, Chris and KUNKEL, Joyce. AANN'S Neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction. 2a. ed. Philadelphia: 2001.

SABATE, Eduardo. Adherence to long-term therapies evidence for action [online]. Switzerland: World Health Organization, 2003. Available from Internet: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C. – Dirección de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Medicina – Lineamientos de la Política Pública de Prevención de Enfermedades Crónicas en Bogotá, D.C., Mayo 2002.

_____. Modelo de Atención para las Condiciones Crónicas en el Distrito Capital. Bogotá, 2007.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C. – Dirección de Salud Pública. Documento marco para el Proyecto de autonomía de las condiciones crónicas [en línea]. En: Biblioteca digital de la Secretaría de Salud de Bogotá. Año 2008. Disponible en Internet: <http://190.25.230.149:8080/dspace/handle/123456789/276>.

SERPA F., Fernando. Datos históricos sobre la hipertensión arterial [en línea]. En: Medicina y humanidades. Página Web www.medilequis.com. [Consultado junio 2010]. Disponible en Internet: http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH_p39-42/Medicinayhumanidades.htm

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular, tópicos selectos [en línea]. En: Revista colombiana de cardiología. Julio 2009, vol. 16 supl. 3. Disponible en Internet: <http://www.scc.org.co/Publicaciones/Guias/tabid/165/Default.aspx>

STILLEY, Carol et al. The impact of cognitive function on medication management: three studies. In: Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 2010, vol. 29 no. 1.

STOKES JIII; GARRISON, RJ. And KENNEL, WB. The independent contributions of various indices of obesity to the 22 year incidence of coronary heart disease: Framingham Heart Study. Cited by: VAGUE J, BJORNTROP, P, GUY-GRAND B, Rebuffed- Scrive M, and Vague P (eds.) metabolic complications of human obesity's. Amsterdam: Excerpt Medic; 1985.

VARELA GUEVARA, Edgar A. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular [en línea]. En: Bases fundamentales de la cardiología. Capítulo 1. Disponible en Internet: <http://www.scc.org.co/libros/libro%20cardiologia/libro%20cardiologia/capitulo1.pdf>

VELAZCO, JA et al. Guía de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca En: Revista española de cardiología. 2000, vol. 23 no. 8.

VELOZA, Mónica et al. Proceso de afrontamiento y adaptación. En: Adaptación y cuidado en el ser humano, una visión de Enfermería. Capítulo 2. Bogotá: Editorial manual moderno. Universidad de la sabana 2007.

VLASNIK, Jon and ALIOTTA, Sherrill. Medication adherent factors influencing compliance with prescribed medications plans. In: The Case Manager. March/April 2005, vol. 16 Issue 2, p. 47-51.

WHETSELL, Martha et al. Niveles de bienestar espiritual y de Fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. En: Revista Aquichan. 2005, vol. 5 no. 1.

WHETSELL, Martha; GONZALEZ, Yolanda y MORENO, María Elisa. Models and theories focused on a systems approach. Cited by: BUTTS, Janie B. and RICH, Karen L. Philosophies and theories for advanced nursing practice. USA: Jones and Bartlett Learning LLC. 2011.

WIEBE, John S. and CHRISTENSEN, Alan J. Patient adherence In chronic illness: personality and coping in context. In: Journal of personality. 1996, vol. 64 Issue 4.

WILSON, Peter et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. In: Circulation. 1998, vol. 97.

WILSON, Peter. An epidemiologic perspective of systemic hypertension, ischemic heart disease and heart failure. In: Am J Cardiol. 1997, vol. 80.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. CVD-Risk management package for low- and medium resource settings [online]. Geneva: 2002. Available from Internet:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545852.pdf>

_____. Modelo de enfermería del proceso cognitivo de la información. Alteration in cognitive processing. Cited by: STEWART-AMIDEI, Chris and KUNKEL, Joyce. AANN'S Neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction. 2a. ed. Philadelphia: 2001, p. 279. J.Q. Benoliel. En: Review Raa. Nueva York: Springer. 1988, vol. 6.

SABATE, Eduardo. Adherence to long-term therapies evidence for action [online].

Switzerland: World Health Organization, 2003. 151 p. Available from Internet:

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C. – Dirección de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Medicina – Lineamientos de la Política Pública de Prevención de Enfermedades Crónicas en Bogotá, D.C., Mayo 2002.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C. – Dirección de Salud Pública Modelo de Atención para las Condiciones Crónicas en el Distrito Capital. Bogotá, 2007.

SERPA F., Fernando. Datos históricos sobre la hipertensión arterial [en línea]. En: Medicina y humanidades. Página Web www.medileguis.com. [Consultado junio 2010].

Disponible en Internet:

http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH_p39-42/Medicinayhumanidades.htm

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular, tópicos selectos [en línea]. En: Revista colombiana de cardiología. Julio 2009, vol. 16 supl. 3. Disponible en Internet:

<http://www.scc.org.co/Publicaciones/Guias/tabid/165/Default.aspx>

STILLEY, Carol et al. The impact of cognitive function on medication management: three studies. In: Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 2010, vol. 29 no. 1.

STOKES JIII; GARRISON, RJ. And KENNEL, WB. The independent contributions of various indices of obesity to the 22 year incidence of coronary heart disease: Framingham Heart Study. Cited by: VAGUE J, BJORNTROP, P, GUY-GRAND B, Rebuffed- Scrive M, and Vague P (eds.) metabolic complications of human obesity's. Amsterdam: Excerpt Medic; 1985.

VELAZCO, JA et al. Guía de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca En: Revista española de cardiología. 2000, vol. 23 no. 8.

VELOZA, Mónica et al. Proceso de afrontamiento y adaptación. En: Adaptación y cuidado en el ser humano, una visión de Enfermería. Capítulo 2. Bogotá: Editorial manual moderno. Universidad de la sabana 2007.

VLASNIK, Jon and ALIOTTA, Sherrill. Medication adherent factors influencing compliance with prescribed medications plans. In: The Case Manager. March/April 2005, vol. 16 Issue 2.

WHETSELL, Martha et al. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. En: Revista Aquichan. 2005, vol. 5 no. 1.

WILSON, Peter et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. In: Circulation. 1998, vol. 97.

WILSON, Peter. An epidemiologic perspective of systemic hypertension, ischemic heart disease and heart failure. In: Am J Cardiol. 1997, vol. 80.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. CVD-Risk management package for low- and medium resource settings [online]. Geneva: 2002. 36 p. Available from Internet: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545852.pdf>