



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio

Jennifer Rojas Reyes

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá D.C.
2015

Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio

Jennifer Rojas Reyes

Tesis de investigación presentada como requisito para optar al título de:

**Magíster en Enfermería con énfasis en el
Cuidado de la salud cardiovascular**

Directora:
Magda Lucía Flórez Flórez
Magíster en Enfermería

Grupo de Investigación:
Cuidado para la Salud Cardiovascular

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá D.C.
2015

*A mis madres,
la que me cuida desde el cielo y la que me acompaña aquí en la tierra...
el esfuerzo, la dedicación y la entereza en mi vida
es el reflejo de lo que ellas cultivaron en mí...
La lucha por un sueño.*

Agradecimientos

A Dios por sus bendiciones y por darme la oportunidad de conocer nuevos caminos.

A mi esposo, por apoyarme a pesar de todas las dificultades, por la infinita paciencia que tuvo conmigo diariamente en este tiempo.

A la profesora Mg. Luisa Fernanda Moscoso, quien me acompañó y guió en el inicio de este proceso, sin su conocimiento y paciencia este proyecto no se hubiese hecho visible.

A mi directora de tesis y profesora Mg. Magda Lucía Flórez por darme la oportunidad de aprender y crecer como profesional.

A la profesora Doctora Viviana Céspedes, por su acompañamiento incondicional en este proceso de formación, quien con su conocimiento y experiencia orientaron este trabajo.

Al Profesor Humberto Mayorga y su colega Natalia Sandoval, quienes con su amplia experiencia apoyaron el análisis estadístico de los datos.

A la Clínica Vasculat Navarra, en especial al Doctor Álvaro Murcia, y a los médicos, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería del área de cardiología y rehabilitación cardíaca por su paciente e inmensa colaboración en esta investigación.

A mis compañeras de Maestría Ángela Lucila Barrios y Nati del Pilar Vesga, su compañía y apoyo en los momentos más críticos de este proceso, fueron vitales para mí.

A la beca Asistente docente de la Dirección de Sede de la Universidad Nacional de Colombia, por darme la oportunidad de crecer académica y profesionalmente.

A cada una de las personas que pusieron su granito de arena por este sueño.

Resumen

Se sabe que la adherencia al tratamiento tiene una repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, por lo que tiene un papel protector, al contribuir a lo no progresión de la enfermedad. Una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente al estudio de la adherencia, es que deben centrarse en áreas importantes como los indicadores de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ya que debido a la falta de indagación en este aspecto, el fenómeno de adherencia pasa desapercibido dentro de las políticas y los programas de salud; de manera que es pertinente describir si los niveles de adherencia al tratamiento tienen o no una influencia o asociación significativa con la CVRS.

Objetivo: Determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en población con infarto agudo de miocardio en la ciudad de Bogotá.

Método: Se llevó a cabo un estudio de abordaje cuantitativo de diseño descriptivo correlacional. Fueron 180 los participantes que se seleccionaron aleatoriamente, quienes debían ser mayores de 18 años, haber presentado infarto agudo de miocardio (IAM) en un tiempo mayor a 6 meses y estar asistiendo a la consulta de cardiología, cirugía cardiovascular o rehabilitación cardíaca. Para el análisis estadístico de los resultados, se utilizó estadística no paramétrica empleando la prueba de correlación de Spearman.

Resultados: los participantes fueron en su mayoría hombres, la edad media fue de 63 años en un rango de 23 a 89 años, donde predominaron los de 56 a 65 años de edad. En cuanto al tiempo transcurrido después del IAM, su promedio fue de 35 meses, y el 76,6% de los participantes, se concentró en el período de 6 meses a 3 años. Se encontró una alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus concomitante.

Los hallazgos en el nivel de adherencia al tratamiento, evidenciaron que predominó la adherencia total (54%) y la adherencia parcial (45%), con un 1% de no adherentes; siendo las mujeres más adherentes que los hombres, y también quienes llevan menos de 2 años en el tratamiento. En cuanto a la CVRS, los datos indicaron que 37% del total de participantes tenían un nivel de CVRS alto y medio respectivamente, y 27% un bajo nivel, siendo predominante la población femenina en este último y el rango de edad de 76 a 80 años.

El análisis estadístico reporta que el coeficiente de correlación de Spearman, es de -0,315 con una significancia de $p=0,00001$, donde el número negativo es reflejo de la naturaleza de las escalas con las que fueron medidas las variables. Este dato es indicativo de que la correlación es positiva, significativa pero débil o numéricamente modesta.

Conclusión: Se demostró la asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM, evidenciado en una correlación estadísticamente significativa, pero catalogada como débil o modesta, estos resultados son coherentes con la multidimensionalidad de los fenómenos que presenta este estudio. Los niveles de adherencia al tratamiento estuvieron en su mayoría entre adherencia total y parcial, mientras que en la CVRS, los resultados fueron homogéneos con un porcentaje importante de población con baja CVRS.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, calidad de vida, enfermedad coronaria.

Abstract

It is known that adherence to treatment has a positive impact on the health status of patients with cardiovascular disease, so it has a protective role in contributing to the non-progressive disease. One of the recommendations of WHO against the study of adherence, is that they should focus on important areas such as HRQOL indicators, since due to the lack of investigation in this area, the adhesion phenomenon goes unnoticed within the policies and health programs; so it is pertinent to describe whether the levels of adherence have either no influence or significant association with HRQOL.

Objective: To determine the association between adherence and HRQOL in people with acute myocardial infarction in the city of Bogotá.

Method: A quantitative approach to descriptive correlational design was conducted. There were 180 participants who were randomly selected, who must be over 18, have filed acute myocardial infarction in more than 6 months and attending the cardiology, cardiovascular surgery or cardiac rehabilitation. For statistical analysis of the results, non-parametric statistics was used with the Spearman correlation test.

Results: Participants were mostly men; the mean age was 63 years in a range of 23-89 years dominated those of 56-65 years old. As time elapsed after AMI, the average was 35 months, and 76.6% of participants, focuses on the period from 6 months to 3 years. A high prevalence of hypertension and diabetes mellitus was found concomitantly.

The findings on the level of adherence to treatment, show that full adherence predominated (54%) and partial adherence (45%), with 1% of non-adherent; with women are more adherent than men, and those carrying less than 2 years of treatment. As HRQOL, data indicate that 37% of participants have a higher level of HRQOL and medium respectively, and 27% have a low level, being predominantly female population in the latter and the age range 76-80 years.

The statistical analysis reports the Spearman correlation coefficient, is -0.315 with a significance of $p = 0.00001$, where the negative number reflects the nature of the scales with which parameters were determined. This finding indicates that the correlation is positive, significant but weak or numerically modest.

Conclusion: The association between adherence and HRQOL in patients with acute myocardial infarction (AMI), evidenced by a statistically significant correlation was demonstrated these results, but classified as weak or modest, in line with the multidimensionality of the phenomena presented by this study. The levels of adherence were mostly between full and partial adherence, whereas HRQOL outcomes were homogeneous with a significant percentage of the population with lower HRQOL.

Keywords: medication adherence, quality of life, coronary disease.

Contenido

Resumen	IX
Lista de anexos	XV
Lista de esquemas	XVI
Lista de tablas	XVII
Lista de gráficas	XIX
Lista de abreviaturas	XX
Introducción	1
1. Marco Referencial	5
1.1. Área temática.....	5
1.2. Descripción del problema.....	5
1.3. Planteamiento del problema.....	9
1.4. Justificación	9
1.5. Objetivos.....	13
1.6. Definición de conceptos.....	14
2. Marco Teórico	16
2.1. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico	16
2.1.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.....	18
2.1.2. Teorías de enfermería aplicadas a la adherencia al tratamiento.....	20
2.1.3. Instrumentos de medición para la adherencia al tratamiento	22
2.2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	28
2.2.1. Definición de calidad de vida (CV).....	28
2.2.2. Definición de calidad de vida relacionada con la salud.....	29
2.2.3. Modelos y teorías de CV y CVRS.....	30
2.2.4. Instrumentos de medición para la CVRS	32
2.3. Asociación teórica y conceptual de la adherencia y la CVRS	38
2.3.1. Asociaciones conceptuales	38
2.3.2. Asociaciones teóricas.....	40
2.3.3. Asociaciones teóricas con los instrumentos seleccionados	43

3. Marco Metodológico	49
3.1. Tipo de estudio	49
3.2. Población.....	50
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión	50
3.2.2. Muestra y muestreo	51
3.3. Definición de variables.....	53
3.3.1. Adherencia al tratamiento	53
3.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud	53
3.3.3. Variables intervinientes	54
3.4. Instrumentos.....	54
3.4.1. Cuestionario de Velasco-Del Barrio para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto agudo de miocardio.....	54
3.4.2. Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial	57
3.5. Fases de la investigación.....	58
3.5.1. Primera fase: Preparación del sitio de investigación	58
3.5.2. Segunda fase: Entrenamiento del equipo.....	59
3.5.3. Tercera fase: Prueba piloto	59
3.5.4. Cuarta fase: Aplicación de instrumentos y recolección de información.....	60
3.5.5. Quinta fase: Identificación y control de sesgos.....	61
3.5.6. Sexta fase: Sistematización de la información	61
3.5.7. Séptima fase: Análisis de la información e informe final.....	62
3.5.8. Octava fase: Divulgación de los resultados.....	62
3.6. Aspectos éticos legales	63
4. Resultados	68
4.1. Caracterización de la población	68
4.2. Descripción de los niveles de adherencia al tratamiento.....	73
4.3. Niveles de Calidad de vida relacionada con la salud	80
4.4. Asociación entre adherencia al tratamiento y CVRS.....	83
5. Análisis y discusión	89
5.1. Análisis de la caracterización de la población	89
5.2. Análisis de la descripción de los niveles de adherencia al tratamiento	95
5.3. Análisis del nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.....	102
5.4. Análisis de la asociación entre adherencia al tratamiento y CVRS	107
6. Conclusiones y recomendaciones	112
6.1. Conclusiones	112
6.2. Recomendaciones	116
6.3. Limitaciones.....	119
Bibliografía	133

Lista de Anexos

Anexo A: Aval por Comité de ética de la Facultad de Enfermería.....	121
Anexo B: Autorización Clínica Vascular Navarra.....	122
Anexo C: Consentimiento informado.....	123
Anexo D: Algoritmo de selección de participantes.....	125
Anexo E: Autorización para uso de instrumentos.....	126
Anexo F: Cuestionario de Velasco y Del Barrio para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto agudo de miocardio.....	128
Anexo G: Cuestionario de Velasco y Del Barrio con ajuste semántico.....	129
Anexo H: Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica.....	131
Anexo I: Cronograma de la investigación.....	132

Lista de esquemas

Esquema 1: Hipótesis para la asociación entre la adherencia al tratamiento y la Calidad de vida relacionada con la salud.....	39
Esquema 2: Asociación teórica entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud.....	47
Esquema 3: Algoritmo de aleatorización para la selección de participantes.....	85
Esquema 4: Algoritmo de aleatorización para la selección de participantes.....	125

Lista de tablas

Tabla 1. Modelos y teorías aplicadas a investigaciones sobre el fenómeno de adherencia al tratamiento.....	20
Tabla 2. Instrumentos de medición de la adherencia al tratamiento.....	22
Tabla 3. Aclaración del concepto de Calidad de vida relacionada con la salud.....	30
Tabla 4. Modelos y teorías aplicadas a investigaciones sobre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.....	30
Tabla 5. Instrumentos para la medición de la calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.....	32
Tabla 6. Síntesis de la Teoría de mediano rango de CVRS.....	40
Tabla 7. Criterios de inclusión y exclusión.....	50
Tabla 8. Ajuste semántico del cuestionario de calidad de vida de Velasco y Del Barrio.....	56
Tabla 9. Control de riesgos y sesgos de la investigación.....	61
Tabla 10. Distribución de los participantes con IAM por rangos de edad y género.....	70
Tabla 11. Distribución de los participantes con IAM por nivel de escolaridad.....	71
Tabla 12. Distribución de los participantes con IAM por tiempo transcurrido luego del evento y género.....	72
Tabla 13. Distribución de los participantes con IAM por comorbilidades.....	72
Tabla 14. Distribución de los niveles de adherencia de los participantes con IAM por rangos de edad.....	75
Tabla 15. Distribución de los niveles de adherencia de los participantes con IAM por tiempo transcurrido luego del evento.....	76

Tabla 16. Distribución de las indicaciones no farmacológicas de los participantes.....	77
Tabla 17. Distribución porcentual de las calificaciones de adherencia al tratamiento.....	79
Tabla 18. Distribución de los niveles de Calidad de vida relacionada con la salud de los participantes con IAM por rangos de edad.....	82
Tabla 19. Distribución de los niveles de Calidad de vida relacionada con la salud de los participantes con IAM por tiempo transcurrido luego del evento.....	83
Tabla 20. Relación descriptiva entre adherencia al tratamiento y CVRS en el total de participantes con IAM.....	83
Tabla 21. Matriz de correlaciones entre adherencia al tratamiento y CVRS en personas con IAM entre los meses de Julio y Septiembre de 2014.....	88

Lista de gráficas

Gráfica 1. Niveles de adherencia al tratamiento del total de las personas con IAM.....	73
Gráfica 2. Niveles de adherencia al tratamiento del total de mujeres con IAM.....	74
Gráfica 3. Niveles de adherencia al tratamiento del total de hombres con IAM.....	74
Gráfica 4. Niveles de CVRS del total de las personas con IAM.....	81
Gráfica 5. Niveles de adherencia al tratamiento del total de mujeres con IAM.....	81
Gráfica 6. Niveles de adherencia al tratamiento del total de hombres con IAM.....	82
Gráfica 7. Gráfico de dispersión sobre la asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM.....	84

Lista de abreviaturas

CV: Calidad de vida

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

ENSIN: Encuesta Nacional de Situación nutricional

EPS: Empresa Prestadora de Servicios de salud

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

IPS: Institución Prestadora de Servicios de salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PDSP: Plan decenal de Salud pública

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

Introducción

De acuerdo con la OMS¹, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en todo el mundo; es así que para el 2011 provocaron la muerte de casi 17 millones de personas, llegando a representar un 30% de las muertes registradas globalmente, donde 7 millones correspondieron a cardiopatía coronaria. Además, esta organización afirma que para el 2030², cerca de 23.3 millones de personas morirán por causa de cardiopatías y accidentes cerebro-vasculares, y esto teniendo en cuenta que en estas enfermedades existen factores de riesgo que son modificables y su control puede disminuir estas cifras tan alarmantes.

A nivel nacional, las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE³, demuestran que para el año 2012 las cinco causas de mortalidad que en Colombia siguen predominando en su respectivo orden son: Enfermedad isquémica del corazón (26334 casos), agresiones u homicidios (12904 casos), enfermedad cerebrovascular (14555 casos), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (10618 casos) y diabetes mellitus (5887 casos).

Adicionalmente, diversos estudios nacionales, han demostrado el incremento en el consumo de alcohol y cigarrillo en los jóvenes, han expuesto que 46% de las personas tienen exceso de peso; y que solo 1 de cada 4 adolescentes realiza actividad física mínima recomendada.

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2011. Consultado el día 15 de Abril de 2013. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades cardiovasculares. Centro de Prensa OMS. [Informe en línea] [Actualizada marzo de 2013; consultada Mayo 15 de 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

³ DANE. Estadísticas Vitales. Defunciones no fetales 2013. [Informe en línea] [Actualizada 14 de octubre de 2014; consultada Octubre 17 de 2014] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2877-defunciones-no-fetales>

El informe del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021⁴ para Colombia, ratifica las cifras presentadas anteriormente; en él indican que las principales causas de mortalidad registradas en el periodo 1997-2010, están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales explican entre un 28 y 30% del total de muertes en el país, siendo la más frecuente el infarto cardíaco seguida por accidentes cerebrovasculares.

Frente a este desolador panorama que presentan las enfermedades cardiovasculares, las investigaciones en el tema han intentado desarrollar intervenciones y políticas para lograr la disminución de estas cifras, sin embargo, no apuntan directamente a la adherencia al tratamiento como un fenómeno importante de abordar, ya que no solo es la educación sobre la enfermedad y cómo prevenirla, sino también es la motivación y el interés de las personas en cambiar sus hábitos y tomar sus medicamentos de forma constante.

Hasta el momento, la adherencia al tratamiento como fenómeno de interés en salud, ha sido ampliamente abordada en enfermería y otras disciplinas; sin embargo, es pertinente describir si los niveles de adherencia al tratamiento tienen o no una influencia significativa sobre la percepción que tienen las personas frente a su vida y su salud, y una forma de hacerlo es verificando si la adherencia al tratamiento tiene alguna asociación con la calidad de vida relacionada con la salud, en población con enfermedad coronaria como el infarto agudo de miocardio en la ciudad de Bogotá.

Es así, que como respuesta a los vacíos investigativos encontrados frente a la temática de adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares, y a la necesidad expresa de la OMS de tratar el tema de conjunto con la CVRS, esta investigación tuvo el propósito de determinar la correlación entre estos dos fenómenos, en población con enfermedad coronaria como el infarto agudo de miocardio en la ciudad de Bogotá.

⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. [Informe en línea] [consultada Septiembre 01 de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, se llevó a cabo un estudio de abordaje cuantitativo, con diseño descriptivo correlacional; aplicando un análisis estadístico no paramétrico con correlación de Spearman, arrojando como resultado una asociación positiva significativa con un valor modesto de r .

Por esta razón, la asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud, es un avance significativo para la sociedad y para la disciplina, porque esto aporta el sustento para crear programas institucionales y políticas públicas que respalden estrategias basadas en la adherencia al tratamiento, no solo para disminuir cifras de enfermedades cardiovasculares, sino para mejorar la satisfacción de las personas con su salud y disminuir costos de readmisiones por causas prevenibles.

Este estudio consta de seis capítulos, en el primer capítulo se describe el problema, se justifica la importancia del tema, se establece la pregunta y los objetivos; en el segundo capítulo se abordan las bases conceptuales y teóricas de la adherencia al tratamiento y la CVRS, generando hipótesis teórica y conexiones conceptuales desde el enfoque disciplinar de enfermería. Luego, en el tercer capítulo se presenta el marco metodológico, donde se establece el tipo de estudio, la muestra y el muestreo, la descripción de los instrumentos, las fases de la investigación y las consideraciones éticas.

En el cuarto y quinto capítulo se exponen los resultados de la investigación obtenidos por medio de análisis estadístico y su respectivo análisis teórico y discusión frente a la literatura disponible. Finalmente, en el sexto capítulo, se puntualizan las conclusiones y recomendaciones que surgen de los resultados, de los instrumentos y del mismo proceso investigativo.

1. Marco de Referencia

En el presente capítulo, se describe el tema seleccionado y el problema investigativo que de allí se deriva, se justifica la temática planteada desde la significancia social, disciplinar y teórica, y se establecen los objetivos del presente estudio.

1.1. ÁREA TEMÁTICA

El tema de interés para investigar, surge de lo vivenciado en la práctica profesional, donde la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares es el eje central, de tal forma que se inicia una revisión de literatura científica de manera exhaustiva. Por medio de esta actividad, se logran identificar vacíos investigativos, de los cuales se seleccionó la asociación que puede establecerse con la CVRS, respondiendo a una necesidad planteada por el Informe de la OMS de 2004⁵.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con los datos de la OMS⁶, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en todo el mundo; es así que para el 2011 llegó a representar un 30% de las muertes registradas globalmente, donde 7 millones correspondieron a cardiopatía coronaria. Además, esta organización afirma que para el 2030, cerca de 23.3 millones de personas morirán por causa de cardiopatías y accidentes cerebro-vasculares, y esto teniendo en cuenta que en estas enfermedades existen factores de riesgo que son modificables y su control puede disminuir estas cifras tan alarmantes.

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2004. pp.111.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Op. Cit.

A nivel nacional, las estadísticas vitales del DANE⁷, demuestran que para el año 2012 las cinco causas de mortalidad que en Colombia siguen predominando en su respectivo orden son: Enfermedad isquémica del corazón (26334 casos), agresiones u homicidios (12904 casos), enfermedad cerebrovascular (14555 casos), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (10618 casos) y diabetes mellitus (5887 casos).

Adicionalmente, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas⁸ en el 2008, sostiene que cerca del 45% de las personas encuestadas manifestaron haber consumido cigarrillo alguna vez en su vida; asimismo, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia - ENSIN⁹ en 2010, determinó que el 71,9% de las personas no consume frutas, verduras ni hortalizas diariamente, y el 32% consume alimentos fritos diariamente. Esta situación plantea serias inquietudes sobre el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

El panorama de tipo epidemiológico que ha sido expuesto, permite ver la urgencia con la que se deben desarrollar estrategias efectivas para disminuir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, y es así que la adherencia al tratamiento es vista como un pilar fundamental para lograr el cambio en las tasas de prevalencia, el control de las enfermedades, evitar complicaciones, reducir los reingresos hospitalarios y los costos.

Generalizando, el fenómeno de la adherencia al tratamiento se ha convertido en un aspecto importante de abordar para el control de las enfermedades, puesto que garantiza la disminución de las complicaciones físicas, económicas, sociales y emocionales de las personas, de tal forma que la falta de cumplimiento de las recomendaciones médicas, llevan al aumento en los costos en salud tanto para las familias como para el sistema, porque los recursos invertidos en prevención son menores que los empleados en tratamientos y rehabilitación.

⁷ DANE. Estadísticas vitales. Defunciones no fetales 2013. Op. cit.

⁸ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Informe final. Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social; 2008. [Consultado 15 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>

⁹ INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Bogotá D.C.: ICBF; 2010.

Hasta el momento, la adherencia al tratamiento como fenómeno de interés en salud, ha sido ampliamente descrito; sin embargo, es pertinente explorar la percepción que tienen las personas frente a qué tanto influye o no en su vida y en su salud esta temática de cumplimiento, y una forma de hacerlo es verificando si este fenómeno tiene alguna relación con la calidad de vida relacionada con la salud.

Para Knobel¹⁰, la CVRS es un subconjunto de la CV global y se refiere al impacto percibido de la enfermedad y el tratamiento en la vida de la persona; y la satisfacción con el tratamiento es una característica básica para la adherencia, de tal forma que se deduce que estos fenómenos pueden tener relación, por lo que se podría deducir que los niveles de adherencia contribuyen a mejorar o empeorar la CV de las personas frente a su salud.

En la actualidad, pocos estudios han intentado medir la asociación entre la adherencia al tratamiento y CVRS, específicamente en pacientes con factores de riesgo o enfermedad coronaria; y sus resultados han proporcionado información contradictoria. Es así que, Saleem *et al.*¹¹, desarrollaron un estudio en Pakistán, con una muestra de pacientes hipertensos, donde realizaron esta correlación y concluyeron que era débil o insignificante, los autores explican estos resultados mediante los supuestos de la Teoría de la Autoeficacia¹², ya que el interés y la participación de los pacientes en mejorar su salud es uno de los factores determinantes de un tratamiento exitoso, y por otra parte, la CVRS es una percepción compleja que tiene en cuenta las características psicosociales que pueden afectar la capacidad del paciente para manejar su enfermedad.

En otras investigaciones, como la realizada por Côté *et al.*¹³, en Canadá con tres poblaciones diferentes de hipertensos controlados, pacientes de alto riesgo con más de

¹⁰ KNOBEL, Hernando. Calidad de vida, satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. En: *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005, vol.23, no.10, p.579-581.

¹¹ SALEEM, Fahad, HASSALI, Mohamed, SHAFIE, Asrul, *et al.* Does treatment adherence correlates with health related quality of life? findings from a cross sectional study. En: *BMC Public Health*. 2012, vol.12, no.318.p.1-10

¹² BANDURA, Albert. The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. En: *Appl Psychol*. 2005, vol.54, p.245-254.

¹³ CÔTÉ, Isabelle, FARRIS, Karen y FEENY, David. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? En: *Qual of Life Res*. 2003, vol.12, p.621-633.

una enfermedad crónica y ancianos que toman al menos tres tipos de medicamentos, obtuvo resultados divergentes con respecto a los tres grupos, concluyendo que la correlación entre adherencia al tratamiento y CVRS fue positiva y fuerte en población de alto riesgo y positiva pero débil en los hipertensos controlados, aduciendo este resultado al uso de instrumentos genéricos; no obstante, estos también están ligados a un tipo de población, lo que hace aún más evidente que la percepción del paciente influye tanto en los niveles de adhesión como de CV. Por otro lado, un estudio realizado por Carballo *et al.*¹⁴, en pacientes con VIH positivo en España, concluyó que ciertos dominios de CVRS están estrechamente relacionados con la adherencia al tratamiento, los autores atribuyen esto al uso de instrumentos específicos para medir CV y adherencia en estos pacientes.

Estos dos conceptos, aunque distintos, tienen en común que son multidimensionales y que están relacionados con el paciente, por lo que percibir un impacto positivo en la CVRS también es un criterio importante para evaluar el éxito del tratamiento¹⁵. En relación con las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio, se sabe que una parte importante del manejo y tratamiento de estos pacientes se basa en la información y la educación para afrontar los cambios, las consecuencias de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Los expertos afirman que la recuperación tras un infarto tiene componentes cognitivos, fisiológicos y afectivos; aspectos que hacen parte de las dimensiones de la CVRS y se relacionan con los niveles de adherencia¹⁶.

Entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en pacientes con manifestaciones de enfermedad coronaria como el infarto agudo de miocardio, debe establecerse si hay o no relación entre estos fenómenos, ya que la percepción de cercanía a la muerte y los cambios que debe realizar en su vida influyen a la hora de determinar su adhesión a las recomendaciones y la percepción de su calidad de vida a partir de las transformaciones que ha tenido por el diagnóstico y el tratamiento; por lo que si la CVRS está determinada por la forma en que el paciente asume la enfermedad y en qué tanto influye en su vida,

¹⁴ CARBALLO E., CADARSO C., CARRERA I., *et al.* Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *En: Qual Life Res.* 2004, vol.13, p.587–599.

¹⁵ CÔTÉ., *et al.* Op. Cit.

¹⁶ SALEM., *et al.* Op. Cit.

dentro de esos aspectos está implícita la adherencia al tratamiento como uno de los componentes que reflejan su satisfacción con los cambios en su vida.

En resumen, el problema radica en que las asociaciones que se han establecido entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud ha tenido resultados opuestos incluso en poblaciones similares en patología y en cultura, adicionalmente en Colombia, este tipo de indagación no se ha realizado en personas con factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares; y aunque la OMS y los estudios contemplan la relación, no son específicos, y utilizan los conceptos de manera genérica.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la calidad de vida relacionada con la salud en personas que presentaron un infarto agudo de miocardio?

1.4. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el análisis de la situación de salud en Colombia del 2010 descrito en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021¹⁷, las cifras presentadas indican que las principales causas de mortalidad registradas en el periodo 1997-2010, están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, que oscilaron entre un 28 y 30% de ser causantes del total de muertes, y que de estas la más frecuente es el infarto cardíaco. De igual forma, de las primeras veinte causas de egreso hospitalario en general, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar, aportando un 3,5% del total; la insuficiencia cardíaca el 2,0%; y la diabetes mellitus el 1,6%. La enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca congestiva ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios en personas mayores de 50 años¹⁸.

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.Op. Cit. pp. 103

¹⁸ Ibid. pp. 107

Con estas cifras, el PDSP¹⁹, expone estrategias para favorecer la reducción de los factores de riesgo modificables, mediante cambios en el estilo de vida por medio de campañas para reducir el tabaquismo, propiciar entornos cotidianos saludables, y garantizar un proyecto terapéutico adecuado que incluya la promoción del autocuidado, la dispensación de medicamentos, la vinculación entre el cuidador y el equipo de atención primaria en salud. Como se puede observar, estas estrategias tienen en cuenta algunos aspectos de la adherencia, sin embargo, no contemplan lo más importante: la persona y su capacidad para tomar decisiones. Adicional a esto, varios estudios citados por el informe de la OMS²⁰, afirman que la adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de las enfermedades.

La adherencia al tratamiento tiene una repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas como las patologías de origen cardiovascular, adicionalmente brindan beneficios económicos, ya que permite un ahorro directo generado por el menor uso de los servicios de salud, y los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejoría o preservación de la calidad de vida y de las funciones sociales de los pacientes²¹. De ese modo, la adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a lo no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud²².

Aunque las políticas de salud pública y las investigaciones hechas al respecto describen el desolador panorama que representan las enfermedades cardiovasculares, e intentan desarrollar intervenciones para lograr su disminución, no apuntan directamente a la adherencia al tratamiento como un fenómeno importante de abordar, que puede contribuir a mejorar estas cifras, ya que no solo es la educación sobre la enfermedad y cómo

¹⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.Op. Cit. pp.144

²⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Op. Cit. pp.11

²¹ Ibid. pp.41

²² MARTÍN ALFONSO, Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. En: Rev. Cubana Salud Pública. 2006, vol.32, no.3, p.262 – 266.

prevenirla, sino también es la motivación y el interés de las personas en ser constantes en su tratamiento.

Es así que, desde Enfermería, Bonilla²³ cita a Fleury, para afirmar que el papel del profesional, tiene que ver con ayudar a los individuos a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida que propendan por la disminución de riesgos; de tal forma que sus supuestos, hacen referencia a la adherencia al tratamiento, lo que implica un reto para las políticas de salud pública y especialmente para una disciplina como enfermería, que dentro de sus funciones de cuidado, ha identificado que la falta de adherencia a los tratamientos y recomendaciones es un problema que puede ser intervenido eficazmente si se conocen todos los determinantes que influyen en la decisión de las personas de adherirse o no.

Estas afirmaciones se respaldan con estudios como los de Stason WB et al., Steptoe A et al., y Richardson R et al., citados por el informe de la OMS²⁴, los cuales han revelado que la atención de los pacientes por profesionales de enfermería especialmente adiestradas da lugar a mayor adherencia y las pruebas irrefutables sobre la efectividad de la orientación conductual administrada por estos provienen de un estudio de 883 pacientes hipertensos en Gran Bretaña.

En otro sentido, una de las recomendaciones en el informe de la OMS²⁵ frente a la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares, es que los estudios deben centrarse en áreas importantes entre las que se encuentra la investigación sobre indicadores de calidad de vida relacionados con la salud en relación con la adherencia de los pacientes al tratamiento, por lo que este estudio responde a esta necesidad mundial y nacional, ya que debido a la falta de

²³ FLEURY, Julie. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. *En: Image*.1992, vol.23, no.3, p. 229-239. Citado por: BONILLA, Claudia. Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. *Revisión Literaria*. Bogotá: Unibiblos Universidad Nacional de Colombia; 2007. pp. 11

²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. *Op. Cit.* pp.111

²⁵ *Ibid.* pp.115

indagación en este aspecto, el fenómeno de adherencia pasa desapercibido dentro de las políticas de salud y los programas de las IPS y EPS.

Siendo así, es importante reconocer la CVRS como la actitud del paciente frente a las diferentes dimensiones que componen el tratamiento, relacionando las expectativas del paciente con lo que ocurre en realidad²⁶; de manera que si la adherencia al tratamiento influye en alguna forma en la calidad de vida relacionada con la salud, este será un avance significativo para la sociedad y para la disciplina, porque daría el sustento para crear programas institucionales y políticas públicas que respalden estrategias basadas en la adherencia al tratamiento, no solo para disminuir cifras de enfermedades cardiovasculares, sino para mejorar la satisfacción de las personas con su salud y disminuir costos de readmisiones por causas prevenibles a las instituciones hospitalarias y las familias.

Con respecto a la fundamentación teórica, la calidad de vida relacionada con la salud y la adherencia al tratamiento son fenómenos que han sido estudiados bajo diferentes teorías de enfermería e incluso de otras disciplinas, de tal forma que al establecer una relación entre estos, se podría contribuir al avance teórico de la disciplina, porque su descripción podría articularse con algunos de los supuestos con los que han sido trabajados.

Las investigaciones realizadas sobre CVRS, derivaron al desarrollo de una Teoría de rango medio, denominada "Theory of health-related quality of life"²⁷, basada en el modelo de CVRS de Ferrans y Powers, sin embargo es poco conocida. Las autoras afirman que su utilidad se concentra en ver el impacto que tiene la enfermedad y el tratamiento en la vida de las personas, por lo que allí es donde la adherencia al tratamiento aparece implícita, puesto que la percepción es diferente si hay o no cumplimiento, además de su satisfacción con los resultados de la terapéutica.

²⁶ KNOBEL. Op. Cit.

²⁷ BREDOW, Timothy, PETERSON, Sandra y SANDAU, Kristen. Theory of health-related quality of life. En: Middle range theories: application to nursing research. 2° ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.

Frente a la adherencia al tratamiento, ésta ha sido trabajada bajo la Teoría del Autocuidado de Orem y la Teoría de la Autoeficacia de Resnick, donde las investigaciones hechas bajo sus supuestos, demuestran que este fenómeno es multifactorial, comportamental y por lo tanto también tiene móviles desde lo cognitivo y motivacional de la persona, estableciendo una relación implícita con la calidad de vida.

Esta investigación promueve la búsqueda del conocimiento de enfermería, por medio de la operacionalización de elementos teóricos, como la articulación de los instrumentos utilizados con los supuestos de la Teoría de mediano rango de CVRS, los cuales son coherentes y cumplen con los requisitos necesarios para ser indicadores empíricos de los fenómenos y a su vez de la teoría, además de comprobar la aplicación a la práctica de algunos supuestos de esta teoría.

En efecto, el aporte de este estudio para el desarrollo teórico y disciplinar de Enfermería se basa en la comprensión del fenómeno de adherencia al tratamiento y su relación con la CVRS en personas que hayan presentado infarto agudo de miocardio en la ciudad de Bogotá, y la forma en que estos resultados orientan las intervenciones de enfermería basadas en teorías de mediano rango.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la CVRS en personas que tuvieron un IAM en la ciudad de Bogotá D. C.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas que tuvieron un infarto agudo de miocardio.
- Establecer el nivel de calidad de vida relacionada con la salud percibida por las personas que tuvieron un infarto agudo de miocardio.

1.6. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

1.6.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es un comportamiento de salud que implica un compromiso mutuo entre la persona y el profesional, donde la persona asume una responsabilidad de acuerdo con la comprensión que tiene sobre su salud y la importancia de los tratamientos y el profesional de la salud reconoce las limitaciones y las circunstancias que influyen en la conducta de salud²⁸.

1.6.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Son los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad y el tratamiento en la vida diaria y el impacto de estos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima; sin dejar de lado las características principales del concepto como la subjetividad, la multidimensionalidad, la dinámica y la variabilidad en el tiempo²⁹.

1.6.3. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Es la necrosis irreversible del miocardio como consecuencia de la isquemia aguda y prolongada de una arteria coronaria, generalmente inducida por trombosis ocasionada por rotura o erosión de una placa de ateroma. Para establecer el diagnóstico deben cumplirse dos de los siguientes criterios: a) clínica compatible con dolor de más de 30 min de duración, b) cambios específicos en el electrocardiograma, y c) alteración en las enzimas miocárdicas³⁰.

²⁸ MARTIN ALFONSO, Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: Rev Cubana Salud Pública. 2004, vol.30, no.4, p.1-5

²⁹ URZÚA, Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. RevMed Chile. 2010; 138: 358-365

³⁰ THYGESEN K, ALPERT J, JAFFE A, SIMOONS M, CHAITMAN B, WHITE H. Expert consensus document Third universal definition of myocardial infarction. Nat Rev Cardiol advance. 2012

2. Marco Teórico

En este capítulo, se exponen las bases teóricas que fundamentan este estudio. Se revisa la literatura disponible y el abordaje disciplinar que ha tenido el tema de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud, se exploran los diferentes instrumentos para la medición de estos fenómenos; y a partir de esto, se realiza un análisis y se plantea la hipótesis teórica y las posibles asociaciones de los fenómenos.

2.1. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

La mayoría de autores de la literatura científica revisada, citan a Haynes *et al.*, para describir el cumplimiento terapéutico como el grado en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de la dieta o la modificación del estilo de vida, coincide con la prescripción médica^{31, 32, 33, 34}.

³¹ HAYNES RB, WANG E, DA MOTA GOMES M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. En: Patient Educ Counselling. 1987, vol.10, p.155-156. Citado por: PALOP LARREA, V. MARTÍNEZ MIR, I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. En: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004, vol.28, no.5, p.113-120

³² HAYNES RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. Compliance in health care. Hopkins J, editor. Baltimore: University press; 1979. Citado por: BONILLA, C. Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. Revisión Literaria. Op. Cit. pp 16-18.

³³ HAYNES RB, WANG E, DA MOTA GOMES M., Op. cit. Citado por: SALCEDO BARAJAS, Ariel. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en Personas con hipertensión arterial. Bogotá, 2011, 115 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. pp 33-40

³⁴ HAYNES RB., Op. Cit. Citado por: GINARTE ARIAS, Yurelis. La Adherencia Terapéutica. En: Rev Cubana Med Gen Integr. 2001, vol.17, no.5, p.502-505.

En general, los estudios realizados han demostrado que el paciente toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud; por lo tanto, no se le debe considerar como un mero cumplidor de las indicaciones, sino como una persona que toma decisiones autónomas y con el cual el profesional de salud debe establecer una alianza para mejorar la efectividad de los tratamientos^{35, 36}.

Según Munro Cohen³⁷, la adherencia se define como la persistencia de la persona en practicar y mantener las conductas de salud deseables y es el resultado de la participación activa y el acuerdo; depende de la relación entre el paciente y el profesional de la salud, ésta es influenciada por el significado de la salud, la enfermedad y el sentido de riesgo personal, así como el nivel socioeconómico, el apoyo a la toma de decisiones, la autoeficacia y las fuentes de información.

Otra autora como Kontz, referenciada en varios estudios, define la adherencia como un fenómeno complejo en el que un individuo muestra comportamientos consistentes con su propia definición de salud y con las actividades relacionadas con la salud, es aquí donde él toma la decisión, previa información de las recomendaciones sobre el cuidado que debe seguir y el papel del profesional del cuidado es aceptar tales decisiones y ayudarlo a mantener la salud dentro de esas restricciones^{38, 39, 40}.

³⁵ PALOP LARREA. Op. Cit.

³⁶ GINARTE ARIAS. Op. Cit.

³⁷ MUNRO COHEN, Shannon. Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk Reduction. En: Nursing Forum. 2009, vol.44, no.1, p.25-36.

³⁸ KONTZ. Marv. A proposed model for Assessing Compliance within the Unitary Man/Human Framework Based on an Analysis of the Concept of Compliance. En: Carroll-Johnson R, editor. Nanda. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth Conference. Philadelphia: JB Lippincott; 1991. Citado por: SALCEDO BARAJAS. Op. Cit. Pp.41

³⁹ Ibid. Citado por: BONILLA, Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. Revisión Literaria. Op. Cit. pp 19-20.

⁴⁰ Ibid. Citado por: BOWRY, Ashna. SHRANK, William. LEE, Joy., *et al.* A Systematic Review of Adherence to Cardiovascular Medications in Resource-Limited Settings. En: J Gen InternMed. 2011, vol.26, no.12, p.1479–1491

De todas las definiciones anteriores podemos deducir que la adherencia es un comportamiento de salud que implica un compromiso mutuo entre la persona y el profesional; la persona asume una responsabilidad de acuerdo con la comprensión que tiene sobre su salud y la importancia de los tratamientos y el profesional de la salud reconoce las limitaciones y las circunstancias que influyen en la conducta de salud de tal forma que cuando la persona falla lo ayuda a continuar con su tratamiento teniendo en cuenta sus restricciones. Lo anterior, alude a un comportamiento activo de la persona, situándola en interacción con un prestador de asistencia sanitaria, pero que no toman en cuenta las posibles relaciones entre estos comportamientos, los contextos en que se insertan y las determinaciones sociales que los pueden condicionar^{41, 42, 43}.

Por su parte, la OMS⁴⁴ que en 2004, definió el término "Adherencia Terapéutica" resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente, las cuales se exponen a continuación.

2.1.1. Factores que influyen en la adherencia

2.1.1.1. Factores socioeconómicos

Algunos factores son: el estado socioeconómico deficiente, el analfabetismo, el desempleo, la falta de redes de apoyo, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar^{45, 46}.

⁴¹ AVILLARRAGA, Marcela. Determinación Social de la Adherencia Terapéutica: Alternativa conceptual y metodológica aplicada al caso de mujeres viviendo con VIH/SIDA. Bogotá: National Graphics; 2010. pp. 38

⁴² ORTEGO MATÉ, María del Carmen. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. En: Educare21. 2004, no.8, p.1-8

⁴³ MARTIN ALFONSO, Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Op. Cit.

⁴⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Op. Cit. pp. 28-30

⁴⁵ RODRÍGUEZ ACELAS, Alba y GÓMEZ OCHOA, Ana. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. En: Av.enferm. 2010, vol.28, no.1, p.63-71.

2.1.1.2. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia en salud.

Una buena relación entre el personal de salud y el paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo, como: servicios de salud poco desarrollados, deficiente distribución de medicamentos, falta de conocimiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, personal de salud recargado de trabajo, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento^{47, 48}.

2.1.1.3. Factores relacionados con la enfermedad

Algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad, la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. La falta de conocimiento de la enfermedad lleva a los pacientes a tomar alternativas de abandono al ver que esta no mejora inmediatamente, sin embargo la percepción agudización de síntomas llevan a que apliquen las recomendaciones⁴⁹.

2.1.1.4. Factores relacionados con el tratamiento

Diversas investigaciones han demostrado que frente a tratamientos complejos en ausencia de guías o soporte social llevan al abandono del tratamiento, ya que al no entender cómo proceder, los individuos prefieren no llevarlo a cabo. Por lo que una buena comunicación con el profesional de la salud lleva al ajuste tratamiento según el contexto^{50, 51}.

⁴⁶ GIRALDO AGREDO, Isabel. Efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al Tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardíaca de la ciudad de Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2009. pp 33-36.

⁴⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Op. Cit. pp. 27-30

⁴⁸ GIRALDO AGREDO. Op. Cit. pp 41 – 43.

⁴⁹ BONILLA, Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. Revisión Literaria. Op. Cit. pp 22.

⁵⁰ FLÓREZ, Inna. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. En: Av. Enferm. 2009, vol.27, no.2, p.25-32.

⁵¹ RODRÍGUEZ ACELAS. Op. Cit.

2.1.1.5. Factores relacionados con el paciente

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha demostrado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados; el no percibir la necesidad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; y la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento⁵².

2.1.2. Teorías de enfermería aplicadas a la adherencia al tratamiento

Tabla 1. Modelos y teorías aplicadas a investigaciones sobre adherencia al tratamiento.

Modelos y Teorías	Observación
Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem ⁵³	<ul style="list-style-type: none"> Varios estudios han confirmado una fuerte correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento. Es así que, la adherencia al tratamiento es un resultado deseado de autocuidado⁵⁴
Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy ⁵⁵	<ul style="list-style-type: none"> Bula⁵⁶ en su investigación, concluyó que la asociación entre adaptación y adherencia era débil, lo que indica la complejidad en abordaje de esta última. Esto no quiere decir que el afrontamiento y adaptación no tengan alguna influencia en la adherencia, sino que están más relacionados con la enfermedad.

⁵² AGGARWAL, Broke. MOSCA, Lori. Lifestyle and Psychosocial Risk Factors Predict Non-adherence to Medication. *En: Ann. behav. med.* 2010, no.40, p. 228–233.

⁵³ TAYLOR, Susan. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de Autocuidado. *En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. (ed). Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. España: Elsevier: 2007. pp.267-293.*

⁵⁴ BASTIDAS SÁNCHEZ, Clara. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *En: Av. Enferm.* 2007, vol.25, no.2, p.65-75.

⁵⁵ PHILLIPS, Kenneth. Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación. *En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. (ed). Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. Barcelona, España: Elsevier: 2007. pp.353-383.*

⁵⁶ BULA ROMERO, Javier. 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. Bogotá, 2011, 160 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender ⁵⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Palank⁵⁸ aplicó este modelo en su estudio, y encontró que las barreras son un factor cognitivo perceptual que influye en el intento de compromisos de los comportamientos como la adherencia al tratamiento. • Este modelo se basa en dos teorías conductuales, que son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo como lo es adherirse o no a un tratamiento⁵⁹.
Teoría de la auto-eficacia de Bandura derivada por Resnik ⁶⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Este concepto hace referencia a la capacidad que se percibe de sí mismo para llevar a cabo una conducta.⁶¹ A través de la motivación se puede determinar el esfuerzo en el cumplimiento de los tratamientos. • Esta teoría ha sido utilizada en el diseño de intervenciones para lograr una óptima adherencia al manejar la motivación como estrategia para modificar la conducta. Diversos estudios han demostrado que, la autoeficacia general es predictora de la adherencia.⁶²

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

⁵⁷ SAKRAIDA, Teresa. Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. (ed). Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. España: Elsevier: 2007. pp. 452-470

⁵⁸ PALANK, Christie. Determinantes de la conducta promotora de salud. Una revisión de la investigación actual. En: Nursing clinics of north america. 1991, vol.26, no.4. p.815-833.

⁵⁹ ARISTIZÁBAL HOYOS, Gladys. BLANCO BORJAS, Dolly. SÁNCHEZ RAMOS, Araceli. OSTIGUÍN MELÉNDEZ, Rosa. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. En: Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011, vol.8, no.4, p.16-23

⁶⁰ FERRER PÉREZ, Victoria. GILI PLANAS, Margalida. DURÁN SERRA, Antonia. La autoeficacia en la predicción de la adherencia al tratamiento de la diabetes. En: Revista de psicología social aplicada. 1999, vol.9, no.2, p.91-110.

⁶¹ VILLAMARIN, Francisco. Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. En: Anuario de Psicología. 1994, no.61, p.9-18.

⁶² ÁLVAREZ MABÁN, Erik y BARRA ALMAGIÁ, Enrique. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. En: Ciencia y Enfermería. 2010, vol.26, no.3, p.63-72.

2.1.3. Instrumentos de medición para la adherencia al tratamiento

Existen múltiples instrumentos que buscan determinar la adherencia al tratamiento de las personas, sin embargo, por su multiplicidad, se debe especificar los aspectos que cada uno de estos mide con relación a este fenómeno, tal como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Instrumentos para la medición de la adherencia al tratamiento.

Instrumentos	Constructo o Atributo	Estabilidad psicométrica ⁶³
Test de Morisky y Green ^{64, 65}	Ofrece una respuesta dicotómica, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento en la toma de medicamentos. Las respuestas del test no muestran relación con el grado de cumplimiento, solo verifica adherencia farmacológica.	Confiabilidad del 0,61 por alpha de cronbach; Sensibilidad de 0,81; Especificidad de 0,44. Valor predictivo positivo de 0,75, y valor predictivo negativo de 0,47. No cuenta con validez de constructo.
Cuestionario de Haynes-Sackett o Cumplimiento Autocomunicado (CA) ⁶⁶	Método indirecto que se basa en preguntar al paciente sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento, por medio de preguntas inmersas en una conversación. Énfasis en manejo farmacológico del tratamiento.	Confiable, presenta alto valor predictivo positivo y una especificidad aceptable; bajo valor predictivo negativo. Sobrestima el cumplimiento. No cuenta con validez de constructo.

⁶³ GARCÍA FERNÁNDEZ, María. DE CABO LASO, Ángela. NOGALES CARPINTERO, Jose., *et al.* Validez y fiabilidad de los instrumentos de medida en adherencia terapéutica: detectar los no cumplidores. Salamanca: Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León, 2008.

⁶⁴ VAL JIMÉNEZ. A. AMORÓS G. MARTÍNEZ, P., *et al.* Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. En: Aten Primaria. 1992, no.10, p.767-770.

⁶⁵ PIÑEIRO F. GIL V. DONIS M., *et al.* Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. En: Aten Primaria. 1997, no.19, p.465-468

⁶⁶ Ibid

Test de Batalla ⁶⁷	Se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento representa un mayor grado de cumplimiento.	Sensibilidad del 82%, pero sobrestima el incumplimiento y tiene pobre concordancia. Baja especificidad y No cuenta con validez de constructo.
Test de Hermes ⁶⁸	Es un cuestionario integrado por 8 preguntas basadas en el conocimiento y conducta frente al cumplimiento en la toma de los medicamentos.	Tiende a sobreestimar el cumplimiento y es de bajo valor predictivo negativo. No tiene validez de constructo.
Escala Simplificada para detectar Problemas de la Adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral ⁶⁹	El constructo varía con el contexto de la enfermedad. Permite detectar problemas de cumplimiento del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH, con respecto a los registros de dispensación.	Sensibilidad del 93%, especificidad 70%, una razón de verosimilitud positiva de 3,08 y buena concordancia. No cuenta con validez de constructo.
Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial ⁷⁰	Se basa en la concepción que tienen sus autores acerca de la adherencia terapéutica, como la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento como el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con el	Consistencia interna con Alfa de Cronbach de 0,89. Validez de contenido: la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia.

⁶⁷ Ibid

⁶⁸ RODRÍGUEZ CHAMORRO, Miguel Ángel. GARCÍA JIMÉNEZ, Emilio. AMARILES, Pedro., *et al.* Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. En: Aten Primaria. 2008, vol.40, no.8, p.413-417

⁶⁹ VENTURA CERDÁ, J. MÍNGUEZ GALLEGU, C. FERNÁNDEZ VILLALBA, E., *et al.* Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. En: Farm Hosp. 2006, vol.30, no.3, p.171-176.

⁷⁰ MARTIN ALFONSO, Libertad. BAYARRE, Héctor. GRAU, Jorge. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. En: Revista Cubana de Salud Pública. 2008, vol.34, no.1, p.1-9.

	profesional de la salud. Cuestionario de fácil aplicación, evalúa rápidamente del nivel de adhesión que tiene el paciente.	Validez de constructo: tres factores del cuestionario explicaron el 68,72% de la varianza acumulada.
Cuestionario de determinantes de la adherencia por DiMatteo ⁷¹	Mide tres factores determinantes de la adherencia: relacionados con el sistema de salud, con el tratamiento y con el paciente. Sugiere que las intenciones de cumplir con las recomendaciones están determinadas por el sentido de eficacia y motivación. No determina niveles de adherencia sino sus factores influyentes.	No cuenta con datos de confiabilidad ni de validez de contenido. El Análisis factorial con rotación varimax, modificó el instrumento de 38 a 28 ítems, que explicaron el 66.54% de la varianza.
Cuestionario de adherencia al tratamiento para casos de hipertensión arterial del grupo de investigación de Psicología, Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali ^{72, 73}	Diseñado originalmente para evaluar la efectividad de una intervención psicosocial en hipertensos. Se modificó con base en una amplia revisión del concepto de adherencia y sus formas de medición en otras enfermedades crónicas. Aborda la adherencia desde lo psicosocial, pero da respuesta de los niveles de cumplimiento real.	Propiedades psicométricas iniciales aceptables, con una confiabilidad de 0,87 por alpha de cronbach, y con validación de contenido por panel de expertos. No tiene validez de constructo. Las modificaciones del cuestionario se encuentran en proceso de validación.

⁷¹ D' ANELLO KOCH, S. Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. En: MedULA. 2006, vol.15, no.1, p.4-10.

⁷² VARELA ARÉVALO, María. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. En: Pensamiento Psicológico. 2010, vol.7, no.14, p.127-139.

⁷³ HOLGUÍN, L., et al. Adherencia Al Tratamiento De Hipertensión Arterial: Efectividad De Un Programa De Intervención Biopsicosocial. En: Univ. Psychol. 2006, vol.5, no.3, p.535-547.

Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos de Soria Trujano y cols ⁷⁴ .	Evalúa la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Los ítems se agruparon en: Control ingesta medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual, la Autoeficacia.	El alpha de Cronbach de la escala es de 0.92, y no se eliminaron ítems. Buena consistencia interna en la distribución de las subescalas. No reporta validez de constructo.
Evaluación de comportamientos de adherencia en pacientes con falla cardiaca. Diana Achury y cols ⁷⁵ .	Constructo del instrumento son los comportamientos de adherencia al tratamiento pacientes con falla cardiaca. Basado en los resultados de adherencia y sus indicadores de la taxonomía NOC. El constructo varía con el contexto de la enfermedad.	El índice de consistencia interna para el cuestionario global es de 0.72. A la estructura interna del cuestionario se le realizó análisis factorial, donde sus 10 componentes miden el 65.05% de la varianza explicada.
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de	Determina los factores en los que hay riesgo de que las personas no se adhieran. Contiene originalmente 53 ítems en 4 dimensiones. Para su construcción se basaron en la teoría del autocuidado de Orem, los resultados de investigaciones sobre adherencia y el trabajo de la OMS.	Presenta una validez de contenido de 0,91 por alpha de cronbach, con una buena validez facial verificada por panel de expertos. A la modificación hecha, se realizó validez de constructo, por medio de análisis factorial con rotación Varimax,

⁷⁴ SORIA TRUJANO, Rocío. VEGA VALERO, Cynthia. NAVA QUIROZ, Carlos. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. En: *Altern. psicol.* 2009, vol.14, no.20, p.89-103.

⁷⁵ ACHURY SALDAÑA, Diana. SEPÚLVEDA CARRILLO, Gloria. RODRÍGUEZ COLMENARES, Sandra. GIRALDO, Isabel. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardiaca. En: *Enfermería Global*. 2012, vol.11, no.2, p.1-9.

Bonilla y De Reales 76, 77, 78	Después de varias modificaciones queda una versión de 24 ítems.	demostrando que los 24 ítems representaban el 45% del valor de la varianza.
Escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos de la Escuela de Psicología de la U. Católica de Chile ⁷⁹ .	La escala puede ser utilizada como una medida de tamizaje, destinada a la detección precoz de factores de riesgo en la no adherencia terapéutica. En general, mide factores de riesgo, donde los ítems llevan a pensar en disposición, creencia y motivación, más que en conducta.	Consistencia interna con alpha de Cronbach: 0.96. El análisis factorial con método de rotación Varimax explican un 77.98 % de la varianza, lo que demuestra la validez de constructo. No refiere validez de contenido.

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

El instrumento seleccionado para el desarrollo de esta investigación fue el “**Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial**”. Martín, Bayarre y Grau son psicólogos, doctores en Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, quienes realizaron investigación exhaustiva sobre el tema de la adherencia al tratamiento, obteniendo diversas publicaciones que respaldan la construcción del cuestionario^{80, 81, 82, 83, 84}.

⁷⁶ BONILLA, Claudia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, 2007, 140 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

⁷⁷ CONTRERAS OROZCO Astrid. FLOREZ, Inna y HERRERA LIAN, Arleth. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. En: Av. Enferm. 2008, vol.26, no.2, p.35-42.

⁷⁸ ORTIZ SUÁREZ, Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. En: Av. Enferm. 2010, vol.28, no.2, p.73-87.

⁷⁹ URZÚA, Alfonso. MARMOLEJO, Angelina. BARR, Catherine. Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. En: Universitas Psychologica. 2012, vol.11, no.2, p.587-598.

⁸⁰ MARTÍN ALFONSO, Libertad. SAIRO AGRAMONTE, Magaly y BAYARRE VEA, Héctor. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. En: Rev Cubana Med Gen Integr. [En línea] 2003, vol.19, no2. [Consultado el 20 de junio de 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200009&lng=es.

⁸¹ MARTIN ALFONSO, Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Op. Cit.

En 2007, publican la validación del mismo, donde bajo su experiencia investigativa y una amplia revisión de literatura sobre el tema, asumieron una definición operacional de adherencia terapéutica que es consistente con los postulados esenciales de la OMS⁸⁵.

Se adoptó como definición de adherencia terapéutica, la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico", que para efectos de esta investigación la palabra "médico" puede ser reemplazada por "profesional de la salud" o "prestador de asistencia sanitaria", ya que estos términos no cambian la esencia de la definición. Después de una amplia revisión, confirmaron que no se contaba con un instrumento adecuado a su concepción de adherencia; por eso fue necesaria la construcción de este⁸⁶. El cuestionario ha sido aplicado a amplias muestras de pacientes hipertensos; actualmente se ha extendido su uso en investigaciones aún en curso, con pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 y con personas portadoras de VIH.

Para García Fernández *et al.*⁸⁷, quienes realizaron una revisión sistemática sobre instrumentos para la valoración del cumplimiento terapéutico en Atención Primaria, el cuestionario de MBG (Martín-Bayarre-Grau) permite realizar una valoración crítica del constructo teórico del que se parte y expresan un modo específico de conceptualizar la adherencia terapéutica. Se puede decir que está disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso investigativo, con un nivel de evidencia 3 y grado de recomendación B.

⁸² MARTÍN, Libertad y GRAU, Jorge. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. En: Psicología y Salud. 2004, vol.14, p.89-99.

⁸³ MARTIN ALFONSO. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Op. cit.

⁸⁴ MARTÍN ALFONSO, Libertad. BAYARRE VEA, Héctor. LA ROSA MATOS, Yadira., *et al.* Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. En: Rev Cubana Salud Pública. 2007, vol.33, no3, p.1-10.

⁸⁵ MARTIN ALFONSO, Libertad. BAYARRE, Héctor y GRAU, Jorge. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. En: Revista Cubana de Salud Pública. [En línea] 2008, vol.34, no1. [Consultado el 10 de junio de 2013]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm

⁸⁶ *Ibid*

⁸⁷ GARCÍA FERNÁNDEZ. Op cit. pp.12-17.

2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

2.2.1. Definición de Calidad de vida

Urzúa⁸⁸ reúne las definiciones aportadas por diversos autores frente a la calidad de vida, por lo que cita a Ferrans quien afirma que la Calidad de vida general es el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella; y Lawton determina que es la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Para la OMS^{89, 90}, la percepción de calidad de vida se deriva de la interrelación entre indicadores objetivos y subjetivos y define 6 dimensiones:

Físico: se relaciona con la parte biológica de la persona.

Psicológico: se relaciona con los sentimientos, pensamientos, autoestima y autoimagen.

Nivel de independencia: hace referencia a la cantidad de ayuda que requiere para realizar actividades de la vida diaria u otras como la capacidad de trabajo.

Relaciones sociales: se relaciona con el apoyo social y la sexualidad.

Ambiente: hace referencia a los recursos socio-económicos y ecológicos de los que dispone una persona.

Espiritualidad: son las creencias personales y guarda relación con la filosofía de vida.

Según Meeberg⁹¹, en la literatura se utilizan muchos términos como sinónimos con la calidad de vida, tales como bienestar, felicidad y satisfacción con la vida; es así algunos autores la definen en términos de satisfacción con la vida, sin embargo, el sentido de la

⁸⁸ URZÚA, Alfonso y CAQUEO URÍZAR, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. En: Terapia Psicológica. 2012, vol.30, no.1, p.61-71

⁸⁹ ARIAS REY, Agustín. La resiliencia en procesos de cuidado de la salud. Bucaramanga, Colombia; Unisangil: 2011.

⁹⁰ MOLINA GARCÍA, Rocío. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": enero-febrero 2008. Lima, 2008, 121 p. Trabajo de Grado (Enfermería). Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana – Enfermería.

⁹¹ MEEBERG, G.A. Quality of life: a concept analysis. En: Journal of Advanced Nursing. 1993, vol.18, p.32-38.

satisfacción no es intercambiable con el de CV, ya que la primera es puramente subjetiva y se refiere a los sentimientos de felicidad con respecto a la vida, mientras que la segunda tiene aspectos tanto subjetivos como objetivos.

2.2.2. Definición de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La Calidad de Vida debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la salud por su interés en evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones; además, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes⁹²⁻⁹³

Urzúa⁹⁴ realiza la revisión de varias definiciones de CVRS como la de Ecteld y Elderen, quienes la visualizan como un resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica; y Bowling son los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima. Para aclarar un poco mejor el uso del término, Taylor y colaboradores, realizaron un análisis del concepto de CVRS, donde definieron unos atributos, que son comparables con las concepciones de la OMS, así:

⁹² URZÚA. Op. Cit.

⁹³ VELARDE JURADO, Elizabeth. AVILA FIGUEROA, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. En: Salud Pública de México. 2002, vol.44, no.4, p.349-361.

⁹⁴ Ibid

Tabla 3. Aclaración del concepto de CVRS.

Atributos Taylor y colaboradores⁹⁵	Concepciones de la OMS⁹⁶
Subjetiva: únicos para cada individuo y depende de la autoevaluación.	Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
Multidimensional: incluyendo aspectos físicos, psicológicos y la función social.	Multidimensionales: incluye diversos aspectos a nivel físico, emocional, social, interpersonal etc.
Dinámica: depende de la etapa del ciclo vital y la trayectoria de la enfermedad.	Incluir sentimientos positivos y negativos.
El logro de metas depende de la trayectoria de la enfermedad.	Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa, el momento que cursa la enfermedad, marcan diferencias importantes.
Las restricciones de la enfermedad y tratamiento, incluye limitaciones impuestas.	

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

2.2.3. Modelos y Teorías de Calidad de vida y CVRS

Tabla 4. Modelos y teorías aplicadas a investigaciones sobre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.

Modelos y Teorías	Observación
Teoría del intercambio social de Hommans ⁹⁷	<ul style="list-style-type: none"> Esta es una teoría que fue aplicada en Chile a cuidadores familiares de personas con Alzheimer, encontrando que para ellos su calidad de vida se veía afectada cuando la relación con el paciente u otros familiares no aportaba a su vida un soporte real.

⁹⁵ TAYLOR, Rachel. GIBSON, Faith. FRANCK, Linda. A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. *En:* J Clin Nurs. 2008, vol.17, no.14, p.1823-1833.

⁹⁶ WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *En:* Soc. Sci. Med. 1995, vol.41, no.10, p.1403-1409.

⁹⁷ CARREÑO MORENO, Sonia. Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. Bogotá, 2012, 175 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

Modelo de calidad de vida aplicado a familiares de Ferrell y Cols ⁹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • La CV es subjetiva, y se determina por cuatro dimensiones: bienestar físico, psicológico, social y espiritual. • Este es un modelo ampliamente aplicado a los cuidadores y pacientes de enfermedades crónicas como el cáncer.
Modelo de calidad de vida relacionada con la salud de Wilson y Cleary ⁹⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo que integra dos marcos comprensivos de la salud: el paradigma clínico y el paradigma de las ciencias sociales. • Incluye cinco dominios: biológico, síntomas, función, percepción de salud, calidad de vida en general; y cada uno está relacionado con las características individuales y ambientales, lo que afecta la CVRS.
Modelo de la CVRS de Ferrans y Powers ¹⁰⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Los autores realizaron una revisión del modelo de Wilson y Cleary, mantuvieron los dominios e hicieron explícitas las definiciones de características individuales y ambientales. • Proporcionan instrumentos como el QLI, brindando definiciones operacionales, clarificando las relaciones entre los conceptos para orientar la investigación y la práctica.
Modelo de la OMS ¹⁰¹	<ul style="list-style-type: none"> • Para la OMS, la percepción de calidad de vida se deriva de la interrelación entre indicadores objetivos y subjetivos; define 6 dimensiones: física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad. • Este modelo, que en estricto rigor no constituye uno de CVRS sino de CV general, no ha logrado el consenso de todos los investigadores en el área, por lo que se han desarrollado otros modelos explicativos, vinculados a enfermedades específicas¹⁰².

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ URZÚA., Op. Cit.

¹⁰⁰ RAMIREZ, Robinson. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Rev. Col. Cardiol. 2007, vol.14, n.4, p. 207-221.

¹⁰¹ ARIAS REY. Op. Cit.

¹⁰² URZÚA. Op. Cit.

Modelo de Schalock y Verdugo ¹⁰³	<ul style="list-style-type: none"> • La calidad de vida la agrupan en 8 áreas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, auto-determinación, inclusión social y derechos. • Este modelo ha sido aplicado en investigaciones de personas en situación de discapacidad, en los que midieron indicadores en cada área para ver de qué dependía su CV.
---	--

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

2.2.4. Instrumento de medición para la CVRS

Para evaluar la CVRS, existen diversos instrumentos genéricos y específicos que permiten dar una idea sobre este concepto. Para este caso, se describirán instrumentos que se encuentran en idioma español y que se han aplicado en personas con enfermedades cardiovasculares.

Tabla 5. Instrumentos para la medición de CV y CVRS.

Instrumentos	Constructo o Atributo	Estabilidad psicométrica
The Sickness Impact Profile: SIP (Traducción al español) ¹⁰⁴	Instrumento genérico que proporciona una medida del estado de salud, que mide la disfunción y se basa en los cambios de conducta relacionados con la enfermedad. Se puede utilizar en diversas situaciones como medida de salud, o para medir la evolución de la calidad de vida en estudios longitudinales.	Alta consistencia interna (0.95). Fiabilidad test-retest es de 0.96. Poco sensible a cambios pequeños, indicado para valorar cambios a largo plazo. La validez convergente con otras variables de criterio arroja valores medios, lo que indica validez de constructo.

¹⁰³ ARIAS REY. Op. Cit.

¹⁰⁴ BADIA, X. ALONSO J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. En: Med Clin 1994, vol.102, p.90-95

<p>Nottingham Health Profile: (Traducción español)¹⁰⁵</p> <p>Health NHP al</p>	<p>Instrumento genérico de Reino Unido, útil para evaluar la forma en que se ven afectadas las actividades cotidianas de las personas por los problemas de salud.</p> <p>Debe aplicarse en pacientes con una cierta afectación de salud.</p>	<p>La versión española muestra un nivel bastante alto de fiabilidad, con correlaciones entre 0.71 y 0.88.</p> <p>Los coeficientes de correlación de superiores a 0,6 para todas las dimensiones.</p>
<p>WHOQOL-BREF de la OMS¹⁰⁶</p>	<p>Instrumento genérico que produce un perfil de CV de cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.</p> <p>Tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre CV y el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en las áreas mencionadas.</p>	<p>Confiabilidad por alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,87-0,88</p> <p>Tiene validez convergente con variables del SF-36, mostrando correlación.</p>
<p>Cuestionario de Salud SF-36^{107, 108}</p>	<p>Instrumento genérico traducido y adaptado para uso internacional.</p> <p>Ha sido validado para su aplicación en diversas enfermedades crónicas.</p> <p>Representa los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.</p>	<p>Posee una fiabilidad entre 0,78 y 0,96; así mismo, una fiabilidad interobservador mayor de 0,80.</p> <p>El análisis factorial ha confirmado que la salud física y mental, representan el 80-85% de la varianza en las ocho escalas.</p>

¹⁰⁵ PRIETO, L. ALONSO, J. VILADRICH, M., *et al.* Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight. *En:* J Clin Epidemiol. 1996, vol.49, p.31-38

¹⁰⁶ ESPINOZA, Iris. OSORIO, Paulina. TORREJÓN, María., *et al.* Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *En:* Rev Med Chile. 2011, vol.139, p.579-586

¹⁰⁷ WARE, John. SF-36 Health Survey Update. Lincoln: Medical Outcomes Trust; 2002. [Consultado el 15 de Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#MODEL>.

¹⁰⁸ LUGO, Luz Helena. GARCÍA, Héctor. GÓMEZ, Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *En:* Rev Fac Nac Salud Pública. 2006, vol.24, no.2, p.37-50

<p>Quality of Life After Myocardial Infarction QLMI 2 o MacNew Heart Disease Questionnaire¹⁰⁹ (traducido al español)</p>	<p>Instrumento específico diseñado originalmente para evaluar la efectividad de un programa de rehabilitación cardíaca, siendo la CVRS una variable de resultado.</p> <p>Una versión mejorada fue diseñada para evaluar cómo se ven afectadas las actividades de la vida diaria, el funcionamiento físico, social y emocional de una persona con una enfermedad coronaria, es decir, evaluar la CVRS.</p> <p>El constructo depende del contexto de la enfermedad.</p>	<p>Con consistencia interna y coeficientes de correlación intraclase de 0,73.</p> <p>Validez de constructo con análisis factorial, explicando 63 a 66,5% de la varianza observada.</p> <p>Su validez también se demuestra por una extensa fundamentación de las relaciones lógicas, entre comparación de los artículos.</p> <p>Es sensible a los cambios en corto y largo plazo.</p>
<p>Cuestionario de Velasco-Del Barrio¹¹⁰</p>	<p>Instrumento específico creado a partir de cuestionarios existentes como MacNew y SIP, generando un nuevo cuestionario para pacientes de cultura hispana, que evalúa la CVRS solo en personas que han sufrido infarto agudo de miocardio.</p> <p>Se comprobó su validez tomando como patrón el MacNew, permitiendo afirmar que su utilidad era como mínimo, similar a la del cuestionario patrón.</p>	<p>Tiene una consistencia interna alta, su reproducibilidad es de 0,75 y su fiabilidad es de 0,90 por alpha de cronbach y coeficiente de Spearman</p> <p>Validez de constructo de tipo convergente con el MacNew, muestra correlación de 0,81, siendo significativa con una $p < 0.001$, indicando que es tan válido como el de Oldridge para medir la CVRS.</p>

¹⁰⁹ HÖFER, Stefan. LIM, Lynette. GUYATT, Gordon. OLDRIDGE, Neil. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. En: Health and Quality of Life Outcomes. 2004, vol.2, no.3, p.143-150

¹¹⁰ VELASCO, J. DEL BARRIO, V. MESTRE, M. y PENAS, C. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes posinfarto. En: Rev Esp Cardiología. 1993, vol.46, no.9, p.552-558.

Quality of Life-cardiac version IV (traducido al español) ¹¹¹	Instrumento específico que nace de uno genérico (QLI), que evalúa la calidad de vida general de la población para la que se especifica. El cuestionario está dividido en dos partes: una mide satisfacción en varias dimensiones y la otra mide su importancia para el paciente.	Consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,73 a 0,99. El análisis factorial explica el 91% de la varianza total, dando validez de constructo. Es sensible a los cambios en el tiempo, ideal para evaluar efectividad de intervenciones.
Minnesota Living With Heart Failure ¹¹² (traducido al español)	Instrumento específico que mide la CV de personas con ICC, se validó en distintos ámbitos culturales. Se pregunta el grado en que la enfermedad le impidió vivir como le hubiera gustado el último mes.	La consistencia interna por alpha de cronbach de 0,7. Análisis factorial con rotación varimax explica una varianza del 65,8%. Aceptable sensibilidad.

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

Diversos estudios han demostrado que frente al fenómeno de CVRS^{113, 114}, el uso de un instrumento específico para una población o a una enfermedad puede ser más sensible a pequeños pero importantes cambios en esta, y podrían manifestar una correlación más fuerte entre CVRS y la adhesión que lo que se ha evidenciado con el uso de instrumentos genéricos. Marín y Urbez¹¹⁵ aseguran que los cuestionarios genéricos fueron diseñados para pacientes con cualquier enfermedad, de forma que pueden valorar aspectos no relacionados con la patología cardíaca, y por el contrario no tener en cuenta aspectos

¹¹¹ FERRANS, C. y POWERS, M. Índice calidad de vida versión cardíaco – IV. 1984 y 1998. Traducido por Lucy Martínez-Schallmoser. [Consultado el 20 de Agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.uic.edu/orgs/qli/index.htm>

¹¹² NAVEIRO RILO, José. DIEZ JUÁREZ, Dulcinea. ROMERO BLANCO, Agustín., *et al.* Validación del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire en atención primaria. *En:* Rev Esp Cardiol. 2010, vol.63, no.12, p.1419-1427

¹¹³ CÔTÉ., Op. cit.

¹¹⁴ SALEEM., Op. cit.

¹¹⁵ MARÍN SANTOS, M. y URBEZ MIR, M. Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes cardiopatas: ¿qué test y qué cuestionarios debemos utilizar? *En:* Rehabilitación. 2006, vol.40, no.6, p.309-317

fundamentales cardiológicos, por lo que serán menos sensibles ante los cambios secundarios al tratamiento.

Investigaciones realizadas donde se ha revisado el uso de instrumentos de CVRS en pacientes con cardiopatía isquémica, determinando que el SF-36 es el mejor instrumento genérico para este fin^{116, 117}; sin embargo, los instrumentos genéricos son más recomendados cuando se pretende comprobar el impacto que una determinada intervención¹¹⁸. Los instrumentos específicos, se centran en la medida de aspectos concretos de una determinada enfermedad, población, o función, por lo que tienen un mayor poder de discriminación.

De acuerdo a lo anteriormente sustentado, se seleccionó el **“Cuestionario de Velasco-Del Barrio para evaluar la calidad de vida en pacientes posinfarto”**. La creación de este cuestionario, surge de la necesidad de contar con un instrumento que midiera la CVRS en una enfermedad específica y que además no fuera una traducción de otros cuestionarios anglosajones, sino que fuera originalmente en lengua castellana¹¹⁹.

Para sus autores, la calidad de vida se define como la situación en la que una persona puede cumplir adecuadamente y con autosatisfacción sus funciones en el área personal, familiar, social y laboral. El nivel de calidad de vida y sus alteraciones van a depender no solo de la enfermedad, sino también de su tratamiento y, de las condiciones sociales y familiares que rodeen al paciente, por ello ven la necesidad de evaluar este fenómeno en personas que hayan sufrido infarto agudo de miocardio.

¹¹⁶ SOTO, M. y FAILDE I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. En: Rev Soc Esp Dolor. 2004, vol.11, p.505-514

¹¹⁷ ALVES DA SILVA, Suzana. LAMBERT PASSOS, Sonia Regina. CARBALLO, Mariana. y FIGUEIRÓ, Mabel. Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo: Revisión Sistemática. En: Arq Bras Cardiol. 2011, vol.97, no.6, p.526-540.

¹¹⁸ AROSTEGUI MADARIAGA, Inmaculada. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). En: Estadística Española. 2008, vol.50, no.167, p.147-192.

¹¹⁹ VELASCO, DEL BARRIO, Op. Cit.

Para lo anterior, Velazco y Del Barrio, utilizaron como base las publicaciones en el tema, otros instrumentos de calidad de vida específicos y genéricos y la percepción de los pacientes para crear el nuevo cuestionario, en el siguiente orden:

1. Por medio de una exhaustiva revisión bibliográfica sobre los diferentes instrumentos para la medición de CV y su respectivo proceso de construcción, estos autores vieron la importancia de ahondar en tres instrumentos, de los cuales tomaron y evaluaron en cada uno la significancia de sus ítems. Estos instrumentos tienen validez y son: QLMI (Quality of life for myocardial infarction questionnaire) o MacNew de Oldridge¹²⁰, Sickness Impact Profile SIP¹²¹, y Quality of well-being questionnaire de Kaplan¹²².
2. Los autores determinan 3 áreas básicas que son: la capacidad funcional, síntomas y percepciones, en los cuales clasifican 75 ítems pre-seleccionados de los instrumentos mencionados. Este cuestionario preliminar es administrado a 105 pacientes postinfarto quienes actuaron como expertos e hicieron sus observaciones, dejando un cuestionario final con 44 ítems agrupados en ocho áreas temáticas. Estos ítems fueron seleccionados a partir de la puntuación que cada uno de los participantes le dieron, dejando los de mayor puntuación.
3. Con el cuestionario final de 44 ítems, se aplicó a 109 pacientes para su validación de contenido, además utilizaron el MacNew de Oldridge como cuestionario patrón para la validez convergente, ya que este es un instrumento con validez facial, de contenido y de constructo específico para pacientes con infarto. Sus resultados se presentan en el Capítulo 3 de Marco Metodológico.
4. El constructo del MacNew define la CVRS como el resultado de medir lo que los pacientes dicen sobre cómo se sienten y funcionan en su vida diaria a pesar de una enfermedad o el tratamiento, definición operacional que es similar a la mencionada inicialmente por Velasco y colaboradores y se relaciona con la definición conceptual de Bowling¹²³.

¹²⁰ HÖFER, OLDRIDGE, Op. cit.

¹²¹ BADIA., Op. cit.

¹²² SEIBER, William. GROESSL, Erik. DAVID, Kristin., *et al.* Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale. San Diego, California: Health Services Research Center University of California, 2008.

¹²³ URZÚA. Op. Cit.

2.3. ASOCIACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.

2.3.1. Asociaciones conceptuales

El constructo de CVRS se refiere al impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario¹²⁴, al bienestar físico, emocional y social percibido después del diagnóstico y del tratamiento; mide el impacto global de la enfermedad y/o el tratamiento, por lo que aporta una medida de resultado que incorpora la percepción del paciente. Mientras que el fenómeno de adherencia al tratamiento es visto como el cumplimiento y aceptación de las recomendaciones sanitarias por parte de los pacientes, las cuales pueden contribuir a mejorar o empeorar su percepción de satisfacción con la vida.

Conceptualmente, estos dos fenómenos tienen en común que están ambos relacionados con el nivel de cognición y percepción del paciente¹²⁵. Se ha demostrado que la adherencia es necesaria para el éxito del tratamiento, por lo que un impacto positivo en la CVRS es también un criterio importante para evaluar el éxito de la terapia. Está claro que la CVRS aporta una medida de resultado que incorpora la percepción del paciente¹²⁶, y dentro de estas se encuentra la evaluación de la satisfacción con el tratamiento, la cual es una característica básica para el cumplimiento del mismo, de tal forma que se deduce que este fenómeno puede tener una relación con la adherencia al tratamiento.

Al verificar las dimensiones de la CVRS descritas, y contrastarlos con los factores determinantes de la adherencia, se puede establecer una relación hipotética así (Ver Esquema 1):

1. La adherencia al tratamiento está determinada por 5 factores, de los cuales se mencionarán los relacionados con la enfermedad, con el tratamiento y con la persona.

¹²⁴ KNOBEL. Op. Cit.

¹²⁵ CÔTÉ., Op. Cit.

¹²⁶ KNOBEL. Op. Cit.

2. Estos factores describen en general las capacidades de la persona para asumir la enfermedad y la complejidad de su tratamiento.
3. La enfermedad y el tratamiento, afectan el bienestar físico, emocional y social de las personas, es decir, influye en la CVRS.
4. Como se observa, los factores que determinan la adherencia, también influyen en el nivel de CVRS; esto significa que si la persona, como ser humano integral, tiene un comportamiento de salud como la adherencia, para lograr una óptima salud y manejo de la enfermedad, entonces percibirá una mejor CVRS, y viceversa.

Esquema 1: Hipótesis para la asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud.



Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

2.3.2. Asociaciones teóricas

2.3.2.1. Teoría de rango medio de la Calidad de Vida relacionada con la salud de Bedrow, Peterson y Sandau

Meleis ha identificado la CVRS como una teoría de rango medio, y aporta el fundamento teórico de esta investigación. A continuación se presenta una síntesis de esta¹²⁷:

Tabla 6. Síntesis de la Teoría de rango medio de la CVRS

Origen	Esta teoría es derivada del modelo de CVRS de Ferrans y Powers, quienes realizaron cambios para su aplicación a la práctica.
Visión del mundo	Según Newman ¹²⁸ , esta teoría presenta una visión Interactiva-integrativa, porque a partir de las necesidades de salud vistas en los dominios de la CV, se logra brindar un cuidado integral.
Conceptos del metaparadigma¹²⁹	La teoría no describe los conceptos del metaparadigma, sin embargo se pueden deducir entre líneas: <ul style="list-style-type: none"> • Persona: ser humano íntegro, con dimensiones física, psicológica, social y espiritual, que percibe su entorno y sus circunstancias de salud para determinar su nivel de bienestar. • Salud: aspecto que hace parte de la calidad de vida general y se refiere a la sensación de bienestar y satisfacción que tiene el individuo frente a su proceso de salud – enfermedad. • Ambiente: Son las características del entorno en el que se desenvuelve la persona, y está determinado por la percepción de soporte que tiene en todas sus dimensiones. • Enfermería: el cuidado de enfermería brindado a través de la identificación de necesidades y sus respectivas intervenciones, llevan a mejorar la percepción y el nivel de CVRS.

¹²⁷ BREDOW, PETERSON y SANDAU., Op. Cit. pp.273 – 290.

¹²⁸ NEWMAN, Margaret. SIME, Marilyn. CORCORAN PERRY, Sheila. The focus of the discipline of Nursing. En: Advances in Nursing Science. 1991, vol.14, no.1, p.1 -5. Traducido por: María Mercedes Durán de Villalobos.

¹²⁹ FAWCETT, Jacqueline. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. En: Nursing Models and Theories. Philadelphia; F.A. Davis Company: 2000. Traducción por Edilma de Reales.

Conceptos de la teoría	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida: satisfacción que tiene el individuo en las áreas de la vida que considera importantes. • CVRS: es un subconstructo de CV, que representa la satisfacción en áreas de la vida que pueden verse afectados por el estado de salud. En investigación es una variable de resultado, es multidimensional, subjetiva y temporal. • Intervenciones de enfermería: desarrollar un cuidado específico para una persona que tenga déficit en un dominio determinado del funcionamiento que tiene el potencial de alterar la CVRS.
Descripción de supuestos	<ul style="list-style-type: none"> • La calidad de vida es la sensación personal de sentirse bien que deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que considera importantes. • La actitud de cuidado, las intervenciones de enfermería y la promoción del autocuidado, son percibidas por el paciente e influyen como variables de resultado en la CVRS. • Las características individuales y del ambiente influyen en todas las dimensiones de la CVRS.
Indicadores empíricos	<p><u>Categorías para la medición:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los instrumentos pueden ser clasificados según los dominios de CV que mida, y según la población a la que vaya dirigida, pueden ser genéricos o específicos. • Los instrumentos genéricos permiten hacer comparaciones de CVRS entre intervenciones, mientras que los específicos proveen mayor sensibilidad frente a la enfermedad. • Las medidas cualitativas enriquecen los resultados cuantitativos <p><u>Directrices para la medición:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener claridad de la definición conceptual de CVRS, con el fin de seleccionar un instrumento congruente con esta. • El uso combinado de medidas cualitativas y cuantitativas no es fiable en todos los estudios. • Considerar las propiedades psicométricas del instrumento.

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

2.3.2.2. Descripción de correlaciones teóricas entre los constructos

La Teoría de rango medio de CVRS de Bedrow, Peterson y Sandau, fue derivada del Modelo de CVRS de Ferrans y Power, y definen la CVRS como una medida de percepción o evaluación del estado de salud, influenciada por el proceso de salud – enfermedad y el tratamiento en la vida de las personas, esto se ve reflejado en cinco dominios: variables biológicas, estado de síntomas, estado funcional, percepción de salud general y CV global; los cuales están influenciados por características individuales y ambientales, lo que determina que la CVRS es multidimensional, temporal y subjetiva.

En el mismo sentido, uno de los supuestos de la teoría afirma que la promoción del autocuidado, influye en las dimensiones de la CVRS como variable de resultado; asimismo, las características individuales y ambientales pueden ser promotoras o no de comportamientos de Autocuidado como la adherencia a los tratamientos. Diversos estudios^{130, 131} han comprobado que existe una asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de agencia de autocuidado; este último constructo se desprende de la Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

El autocuidado por su parte, consiste en la práctica de las actividades que las personas, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. Además, el autocuidado requiere de actividades internas y externas orientadas a controlar el comportamiento y el entorno, proporcionando las relaciones entre el autocuidado, salud y bienestar de los humanos seres, es decir que las acciones de autocuidado buscan como resultado mejorar o mantener una buena CVRS.

En resumen, la adherencia al tratamiento como comportamiento de autocuidado se relaciona con la CVRS al manejar las influencias de las características individuales y ambientales con el fin de determinar la percepción que se tiene sobre su estado de salud,

¹³⁰ BASTIDAS SÁNCHEZ. Op cit.

¹³¹ SOLERA BARRIOS, Deisy. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010. Bogotá, 2010, 98 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

esto sin desconocer que los dos constructos son multifactoriales y multidimensionales, respectivamente, tal como se expone en el Esquema 2.

2.3.3. Asociaciones teóricas con los instrumentos seleccionados (Esquema 2)

2.3.3.1. Cuestionario MBG para medir la adherencia terapéutica

Los autores afirman que la adherencia al tratamiento, es un término que hace referencia a una conducta compleja, que se desarrolla en la interacción del enfermo y los agentes de salud; que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación del paciente en un plan de cumplimiento, en acuerdo con el profesional de la salud¹³². La anterior concepción es consistente con lo que se ha logrado investigar frente a la asociación entre la adherencia al tratamiento y aspectos del autocuidado, por lo que se ha confirmado una fuerte correlación entre estos.^{133, 134, 135}

La Capacidad de agencia de autocuidado, implica un proceso de participación dinámico por parte de las personas en el cuidado de su propia salud, donde el individuo valora y reflexiona sobre sus capacidades específicas para comprometerse con su cuidado, y finalmente realiza acciones psicomotoras¹³⁶. Por su lado, la adherencia al tratamiento, también es un proceso activo, dinámico, con identificación y búsqueda de recursos y factores que les permite comprometerse con su autocuidado por medio del cumplimiento de las recomendaciones. Esto respalda la idea de que la adherencia al tratamiento es un resultado deseado de autocuidado.

¹³² MARTIN ALFONSO, BAYARRE y GRAU. Op. Cit.

¹³³ BASTIDAS SÁNCHEZ., Op. cit.

¹³⁴ VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ÁLVAREZ, Luz Nelly. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. En: Rev. salud pública. 2009, vol.11, no.4, p.538-548.

¹³⁵ MÉNDEZ HERRERA, Ruth. Adherencia al tratamiento como comportamiento de Autocuidado en personas con factores de riesgo Cardiovasculares: una propuesta de cuidado. Bogotá, 2010, 110 p. Trabajo de grado (Especialización en Enfermería Cardiorespiratoria). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. pp 42-50.

¹³⁶ Ibid

En el mismo sentido, uno de los supuestos de la teoría de rango medio de CVRS, afirma que la **promoción del autocuidado**, influye en las dimensiones de la CVRS como **variable de resultado**¹³⁷; asimismo, las características individuales y ambientales del individuo, pueden ser promotoras o no de comportamientos de Autocuidado como la adherencia. El autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado, son conceptos que se derivan de una teoría, se relacionan con otros fenómenos como la adherencia al tratamiento y se operacionalizan en instrumentos, es decir que la concepción del concepto de AUTOCUIDADO se desprende de la Teoría general del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem, pero no se toman las bases teóricas o los supuestos teóricos de esta para sustentar esta investigación o la selección de instrumentos.

Como se observa, el constructo del cuestionario está relacionado con el autocuidado y agencia de autocuidado, desde su definición teórica hasta su operacionalización en la medición de la adherencia al tratamiento como resultado de autocuidado, el cual a su vez influye en las dimensiones de la CVRS de acuerdo a la Teoría de Rango Medio de CVRS, por medio de una conexión de coherencia entre la teoría y el concepto de adherencia.

2.3.3.2. Cuestionario Velasco – Del Barrio

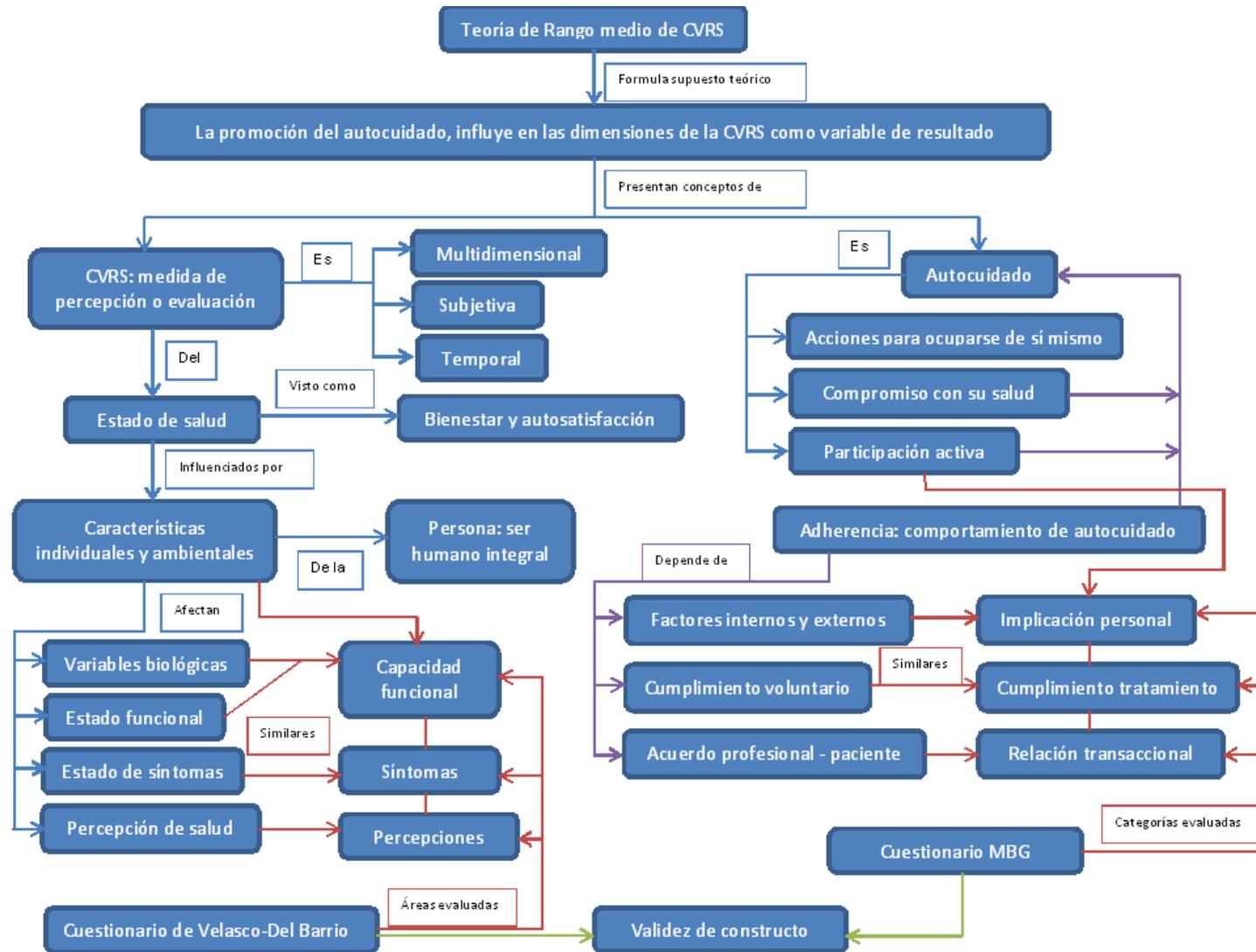
Aunque este cuestionario no se encuentre contemplado dentro del listado de indicadores empíricos de la Teoría de Rango medio de CVRS¹³⁸, se logra realizar una conexión de coherencia entre la teoría y el cuestionario, ya que cumple con las características de medición que establece la teoría como se menciona a continuación:

- Los instrumentos pueden ser clasificados según el número de dominios de Calidad de Vida que mida, determinando si es global o relacionada con la salud; según la población a la que vaya dirigida, pueden ser genéricos o específicos: este es un instrumento específico aplicado a la población de personas con IAM y por lo dominios que mide, determina la CVRS.

¹³⁷ BREDOW, PETERSON y SANDAU, Op. Cit. pp.273 – 290.

¹³⁸ Ibid.

-
- Los instrumentos genéricos permiten hacer comparaciones de CVRS entre intervenciones o poblaciones, mientras que los instrumentos específicos proveen mayor sensibilidad frente a la enfermedad, la condición o los síntomas.
 - Tener claridad de la definición conceptual de CVRS, con el fin de que a la hora de seleccionar su operacionalización en un instrumento, esta sea congruente: Este cuestionario tiene una definición clara de CVRS, específica que está relacionado con la salud, la enfermedad y el tratamiento y la forma en que estas variantes afectan la vida de las personas, sin embargo, por la época en que fue creado aún se hablaba de calidad de vida indiscriminadamente, por lo que así se presenta.
 - Se debe considerar la selección del instrumento según sus propiedades psicométricas, su generalidad y su especificidad, ya que esto contribuye al control de sesgos de tipo histórico y de maduración en la recolección de datos: Es un cuestionario específico con pruebas de validez facial, de contenido y de constructo (por comparación), cumpliendo con los requisitos de la teoría.



Esquema 2: Asociación teórica entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud.
 Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013.

3. Marco Metodológico

Este capítulo presenta el marco metodológico, donde se describe el tipo de estudio a realizar, los criterios de inclusión y exclusión, la muestra y el muestreo, la descripción psicométrica de los instrumentos y los pasos que se siguieron para el desarrollo del estudio, enmarcando el proceso en los principios bioéticos de esta investigación.

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Este fue un estudio de abordaje cuantitativo, con un diseño correlacional descriptivo, de corte transversal, que permitió determinar la asociación entre los fenómenos de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas que hayan sufrido Infarto Agudo de Miocardio.

Para Polit y Hungler¹³⁹, los estudios correlacionales son aquellos que establecen las relaciones o asociaciones entre 2 o más variables en un único grupo, sin probar causalidad ni manipular las variables, por lo que la selección de este diseño de investigación se justifica en el objetivo de este estudio, ya que brinda una realidad objetiva de los fenómenos al medirlos con un instrumento respectivo en la población seleccionada y en un momento específico, con el fin de describir su comportamiento, pero a su vez determinar si la adherencia al tratamiento y la CVRS tienen alguna asociación que sea significativa para la sociedad y para enfermería.

¹³⁹ POLIT, Denise. y HUNGLER, Bernadette. Capítulo 8: Diseños de investigación para estudios cuantitativos. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta Edición. México; Ed. McGraw-Hill: 2000. pp 171 – 210.

3.2. POBLACIÓN

Para esta investigación, la población estuvo conformada por personas que presentaron infarto agudo de miocardio y fueron controladas en la consulta externa de cardiología, cirugía cardiovascular y rehabilitación cardíaca en una IPS privada de III nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 7. Criterios de inclusión y exclusión para los participantes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Mujeres y hombres mayores de 18 años. Personas que hayan presentado IAM hace más de 6 meses y que estén siendo controladas en la consulta externa de cardiología, y rehabilitación cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> Personas con deterioro neurológico y cognitivo que les impida dar respuesta. Personas en las que su diagnóstico médico principal no sea IAM.

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2014.

Los anteriores criterios de selección, se justifican bajo los siguientes criterios:

- Debido a que los cuestionarios son autodiligenciables, los pacientes con deterioro neurológico no tendrán la capacidad motora y/o cognitiva para realizar esta actividad o para dar respuestas confiables.
- Diversos estudios han demostrado que el tiempo en que las personas llevan realizando el tratamiento, se convierte en un determinante que obstaculiza la adherencia terapéutica^{140,141,142}. Por tal razón, los primeros 6 meses de un tratamiento, se toma como período de ajuste frente al manejo de la enfermedad, y después de este tiempo se puede evaluar un nivel real de adherencia.

¹⁴⁰ PERALTA, María Luisa y CARBAJAL, Patricia. Adherencia al tratamiento. En: Rev Cent Dermatol Pascua. 2008, vol. 7, no. 3, p.84-88.

¹⁴¹ SÖDERGARD, B. HALVARSSON, M. TULLY, M.P., *et al.* Adherent to treatment in Swedish HIV-infected patients. En: J Clin Pharm Ther. 2006, vol.31, no.6, p.605-616.

¹⁴² VARELA ARÉVALO, María Teresa. SALAZAR TORRES, Isabel. CORREA SÁNCHEZ, Diego. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA: Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. En: Acta Colombiana de Psicología. 2008, vol.11, no.2, pp. 101-113

- El Infarto agudo de miocardio, es una cardiopatía isquémica en la que las respuestas humanas como la ansiedad y el temor a la muerte, que se derivan de esta situación, hacen parte de los factores personales y de la enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento, por lo que la patología tiene rasgos especiales que deben ser estudiados.
- La población de interés debe tener como diagnóstico médico principal IAM, ya que las características propias de la enfermedad hacen que se diferencie de otras patologías cardiovasculares, además que el cuestionario a utilizar de CVRS es específico para pacientes con IAM y los autores aseguran no puede ser empleado en poblaciones con otras patologías cardiovasculares como la angina o la insuficiencia cardíaca.

3.2.2. Muestra y muestreo

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula^{143, 144}:

$$n = \left\{ \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{0,5 \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right\}^2 + 3,$$

Donde el sistema de hipótesis es: **H0** cuando $\rho = 0$ Frente a **H1** cuando $\rho \neq 0$

α : Es la probabilidad de incurrir en el error tipo I, al juzgar la hipótesis nula (Rechazar H0 cuando en realidad es verdadera). Determina el nivel de significancia.

β : Es la probabilidad de incurrir en el error tipo II en el juzgamiento de la hipótesis nula, (Aceptar H0 cuando en realidad es falsa). Determina la precisión o el poder de la prueba.

Z: Es el valor previsto de la desviación estándar de la población

r: Es el valor de coeficiente de correlación en una muestra preliminar.

¹⁴³ CELIS DE LA ROSA, Alfredo de Jesús. Bioestadística. 2ªed. México; El Manual Moderno: 2008. pp.170

¹⁴⁴ AGUILAR BAROJAS, Saraí. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. En: Salud en Tabasco. 2005, vol.11, no. 1-2, pp.333-338.

Para la selección de los pacientes se tuvo en cuenta que en la IPS de III nivel seleccionada, los servicios de consulta externa de Cirugía cardiovascular valoran 4 pacientes aproximadamente solo el día martes; Cardiología valora cerca 25 de pacientes, divididos en un cardiólogo que atiende 12 pacientes distribuidos en los días martes, miércoles y viernes y otro cardiólogo que realiza consulta a 13 pacientes en cualquier día de la semana; y en rehabilitación cardíaca llegan cerca de 10 pacientes cada semana y van renovándose cada mes con 2 a 5 pacientes nuevos. Para este efecto, estos servicios serán puntos de concurrencia de pacientes, que permitirán captar los participantes como se indica en el flujograma del Anexo D.

La elección del paciente se hizo por medio de una selección aleatoria de las citas agendadas; es decir, el paciente escogido correspondió a la persona que acudió a la cita elegida aleatoriamente, verificando criterios de inclusión. Esta selección aleatoria de las citas, se realizó mediante la función ALEATORIO.ENTRE de Excel, y se hizo semanalmente dependiendo del volumen de pacientes durante 10 semanas, en una población de 320 personas.

Teniendo en cuenta que los pacientes que acudían a la consulta de cardiología y cirugía cardiovascular, lo hacían aproximadamente cada mes y aquellos que asistían a rehabilitación cardíaca acudían de manera irregular, se utilizó un **muestreo** de tipo probabilístico con selección aleatoria simple de cerca del 80% de los pacientes en cada punto de concurrencia durante el primer mes de recolección, puesto que a partir del segundo y tercer mes se repitieron algunos pacientes, disminuyendo el número de posibles elegibles.

Sustentado en lo anterior, se estableció que el tamaño de la **muestra preliminar** fuera de 180 personas. A partir de los resultados de esta muestra preliminar se calculó el coeficiente de correlación de Pearson arrojando como resultado $r = 0,31$; además de los valores correspondientes a la probabilidad de incurrir en el error tipo I o $\alpha = 0.01$ y error tipo II o $\beta = 0.02$, estableciendo un tamaño de muestra total de 163 personas. Como la muestra preliminar la conformaron 180 personas con IAM que cumplieron los criterios de inclusión, y esta superó el tamaño de muestra total requerido, la muestra definitiva para esta investigación estuvo conformada por las 180 personas previamente elegidas de manera aleatoria.

3.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.3.1. Adherencia al tratamiento (Variable independiente)

Definición conceptual. Es un comportamiento de salud que implica un compromiso mutuo entre la persona y el profesional, donde la persona asume una responsabilidad de acuerdo con la comprensión que tiene sobre su salud y la importancia de los tratamientos y el profesional de la salud reconoce las limitaciones y las circunstancias que influyen en la conducta de salud. Es la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con el profesional de salud.

Definición operacional. Es el grado en que el comportamiento de una persona, se corresponde con las recomendaciones que fueron acordadas con su prestador de asistencia sanitaria. Bajo estas premisas, la adherencia al tratamiento se medirá con un cuestionario de autoreporte, de 12 preguntas con respuesta tipo Likert de cero a cuatro, que realiza la siguiente clasificación según el puntaje obtenido:

- ✓ Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos
- ✓ Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos
- ✓ No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17

3.3.2. Calidad de vida relacionada con la salud (Variable dependiente)

Definición conceptual. Diversas son las definiciones de CVRS, sin embargo la más adecuada para esta investigación es la de Bowling¹⁴⁵, quien determina que son los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima; sin dejar de lado las características principales del concepto como la subjetividad, la multidimensionalidad, la dinámica y la variabilidad en el tiempo.

¹⁴⁵ URZÚA. Op. Cit.

Definición operacional. Es la medida que permite evaluar cómo se ven afectadas las actividades de la vida diaria, el funcionamiento físico, social y emocional de una persona con una enfermedad coronaria, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud, por medio de un cuestionario de autoreporte, de 44 preguntas con respuesta tipo Likert de uno a cinco que refiere que entre mayor sea el puntaje (máximo 220 puntos) peor es la calidad de vida.

3.3.3. Variables intervinientes.

- *Variables socio demográficas:* Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de escolaridad, Estrato socioeconómico, Actividad laboral y tiempo dedicado a ella, Ingresos económicos, Tipo de afiliación al SGSSS y Tiempo que lleva siendo atendido en la IPS.
- *Variables clínicas:* Tiempo de tratamiento, Tiempo de la enfermedad, Tipo de terapia (farmacológico y no farmacológico) y Comorbilidades.

3.4. INSTRUMENTOS

Aunque la descripción y justificación en la selección de los instrumentos, fue hecha dentro del marco teórico, es importante detallar en este capítulo las propiedades psicométricas de los cuestionarios que se seleccionaron para esta investigación:

3.4.1. Cuestionario de Velasco-Del Barrio para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto (Anexo E y F)

Este cuestionario, cuenta con 44 ítems agrupados en ocho áreas temáticas como salud (ítem 1 al 8), sueño y descanso (ítem 9 al 11), comportamiento emocional (ítem 12 al 14), proyectos futuros (ítem 15 al 18), movilidad (ítem 19 al 23), relaciones sociales (ítem 24 al 31), comportamiento de alerta (ítem 32 al 34), comunicación (ítem 35 al 38), y tiempos de ocio y trabajo (ítem 39 al 44)¹⁴⁶.

¹⁴⁶ VELASCO, DEL BARRIO, Op. Cit.

Para su validación, utilizaron el MacNew como cuestionario patrón para determinar si el nuevo cuestionario es tan válido como el mencionado, arrojando un nivel de correlación de 0.81, siendo significativa para una $p < 0.0001$, indicando que el cuestionario de Velazco y del Barrio es tan válido como el MacNew para medir el constructo de CVRS en personas que hayan sufrido IAM. Presenta una consistencia interna de 0.90 por alfa de Cronbach.

Como el cuestionario patrón es el MacNew, es importante evidenciar la validación del mismo para corroborar a su vez, la validez de este cuestionario español. El Quality of Life after Myocardial Infarction QLMI 2 o MacNew Heart Disease Questionnaire¹⁴⁷ presenta una consistencia interna y coeficientes de correlación intraclass de 0,73, su validez de constructo realizada con análisis factorial, explica un 63 a 66,5% de la varianza observada. Esto indica que los 2 cuestionarios tienen propiedades psicométricas similares, que avalan su capacidad para evaluar la CVRS en pacientes postinfarto.

En el cuestionario español, cada ítem debe responderse con una escala tipo likert de 1 a 5 puntos, siendo 1 nunca y 5 siempre, donde a puntuaciones más altas (máximo 220 puntos) peor será la Calidad de vida.

3.4.1.1. Ajuste semántico y ajuste de puntuación (Anexo G)

Aunque el instrumento está en español, y sus autores afirman que fue elaborado para ser utilizado en un contexto hispano, fue hecho bajo influencias culturales españolas, lo que indica que debe someterse a un proceso de ajuste semántico, para que el lenguaje, la sintaxis y la organización de los enunciados, sea congruente con el dialecto colombiano¹⁴⁸.

¹⁴⁷ HÖFER, OLDRIDGE. Op. Cit.

¹⁴⁸ TRISTAN, Agustín. MOLGADO, Deyanira. Tablas de Validez de Contenido (TVC). México; Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada. S.C.: 2007. Consultado el 23 de Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.itsescarcega.edu.mx/documentos/desacad/Curso%20Taller/TABLAS~1.PDF>

Para tal fin, se contó con la participación de 5 expertas en el área, enfermeras con títulos de Maestría y Doctorado, que cuentan con experiencia clínica e investigativa, a quienes se les aportó el instrumento original y la publicación sobre su construcción y validación, y a partir de allí, se realizaron los siguientes ajustes:

Tabla 8. Ajuste semántico Cuestionario de CV de Velasco y Del Barrio.

ÍTEM	ORIGINAL	AJUSTADO
9	Me apetece descansar la mayor parte del día.	Quiero descansar la mayor parte del día.
10	Cuando me siento, doy más cabezadas que antes.	Cuando me siento, me duermo más fácil que antes.
18	He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas e ir al banco.	He dejado de ocuparme de cualquier asunto de la casa, como llevar las cuentas e ir al banco.
19	Me da miedo conducir mi coche	Me da miedo conducir mi carro
23	No subo nunca escaleras	Evito subir escaleras
25	He descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco.	He disminuido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco.

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magister en Enfermería. 2014.

Por otra parte, este es un cuestionario que no establece una clasificación a partir de la estimación del puntaje, ni mínimos para saber dónde inicia lo que se considera “peor CV”, por tal razón, con el apoyo del experto en estadística, se establecieron los niveles de CVRS por medio de la aplicación de la estratificación univariante de la Regla de Dalhenius a la muestra de esta investigación, obteniendo los siguientes resultados:

- ✓ Mayor o igual a 100 puntos: Nivel Bajo de CVRS
- ✓ Entre 75 – 99 puntos: Nivel Medio de CVRS
- ✓ Menor o igual a 74 puntos: Nivel alto de CVRS

3.4.2. Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial (Anexo E y H)

Con base en diversas investigaciones que los autores han hecho sobre la temática de adherencia al tratamiento, estructuraron y formularon 12 preguntas para un cuestionario, el cual fue sometido a un proceso de validación de contenido por criterio de expertos, que se utilizó para evaluar la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas¹⁴⁹. La respuesta de los expertos, fue empleada para realizar ajustes al cuestionario inicial.

Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica quedaron reformuladas y definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera:

- ✓ Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas (CT). Ítems 1, 2, 3 y 4.
- ✓ Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (IP). Ítems 5, 6, 8, 9 y 10.
- ✓ Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (RT). Ítems 7, 11 y 12.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17; para calcular la puntuación obtenida se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

¹⁴⁹ MARTIN ALFONSO, BAYARRE y GRAU. Op. Cit.

El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido fue de 0,889; la validez de construcción, fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales utilizando el método de rotación Varimax, que explican el 68,72% de la varianza acumulada.

El primer factor, Cumplimiento activo, agrupa 5 ítems y explica el 46,45 % de la varianza; el factor 2, Autonomía del cumplimiento contiene 4 ítems que explican el 13,28 % de la varianza; y el factor 3 denominado, Complejidad de la adhesión agrupa 3 ítems que sólo explica el 8,99 % de la varianza.

Este instrumento de origen cubano, tienen pruebas psicométricas colombianas, elaboradas por un grupo de investigación médica en Pereira, quienes determinaron que el cuestionario tiene una confiabilidad interna alta, por Alfa de Cronbach de 0.694, y una validez de construcción alta, dada por una varianza total explicada que establece una capacidad predictiva del 63%¹⁵⁰.

3.5. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

3.5.1. Primera fase: Preparación del sitio de investigación

- Se seleccionó una IPS privada de III nivel de complejidad para la recolección de la información, la cual atiende en su consulta externa a pacientes con enfermedades cardiovasculares como el IAM.
- Posterior a la autorización de la institución (Anexo B), se realizó una presentación verbal y escrita (comunicado institucional) del proyecto al equipo de salud que labora en el área de consulta externa de cardiología y rehabilitación cardíaca, con el fin de que conocieran el objetivo y pudieran informar a los pacientes si hacían preguntas al respecto, sin interferir en las posibles respuesta que pudieran dar.
- El dar a conocer esta investigación de manera personal con cada profesional de la salud de esta área, permitió garantizarles que la recolección de información no interferiría con las actividades y la consulta que realizaron con cada paciente.

¹⁵⁰ MARTÍNEZ, José William. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento antihipertensivo Martín Bayarré Grau. En: Revista Médica de Risaralda. 2011, vol.17, no.2, p.101-105

- Se dispuso de un espacio adecuado y privado, para que los pacientes diligenciaran los cuestionarios de manera cómoda y sin límite de tiempo, aunque se había contemplado que la respuesta a estos tomaría 30 minutos aproximadamente.

3.5.2. Segunda fase: Entrenamiento del equipo

- Aunque los cuestionarios son autodiligenciables, se contó con una persona que apoyó a la investigadora en la recolección de la información y registro de la misma.
- La auxiliar de investigación fue una auxiliar de enfermería con experiencia en el área de cardiología que laboraba en la IPS, la cual recibió preparación sobre el objetivo de este estudio, el control de los sesgos y la finalidad de los cuestionarios.
- También apoyó el registro de la información en una base de datos creada específicamente para cada cuestionario en el programa de Excel, garantizando la calidad de los datos al operar como un doble filtro en el registro.

3.5.3. Tercera fase: Prueba Piloto

- Se realizó la prueba piloto durante las 2 primeras semanas de recolección de la información, con pacientes con IAM que cumplían con los criterios de inclusión; esta prueba fue realizada por la investigadora principal y la auxiliar de investigación.
- Inicialmente, se había contemplado que el espacio adecuado para el diligenciamiento de los cuestionarios sería el auditorio de la IPS, sin embargo como este se encuentra en un piso diferente a los consultorios, los pacientes desistían de participar por tener que desplazarse, de manera tal que, posterior a la prueba piloto, se dispuso de dos consultorios en la misma área para la aplicación de los instrumentos.
- Luego de esta prueba, se ratificó que el momento más oportuno para aplicar los cuestionarios era posterior a la consulta médica o de rehabilitación cardiaca, ya que no estaban sometidos bajo la presión del tiempo antes de ser llamados a su cita.
- Esta prueba permitió ampliar el conocimiento de los cuestionarios por parte del investigador, y en consecuencia, llevó a una mejor explicación a los participantes para su diligenciamiento. Adicional a esto, y aunque los cuestionarios son autodiligenciables, varios participantes solicitaron apoyo con la lectura de estos, ya fuera por dificultades en la visión, nivel de escolaridad o por tiempo.
- Se estableció el tiempo para aplicar los cuestionarios, de 20 minutos cuando se les apoyaba en la lectura y 35 minutos cuando eran autodiligenciados.

- Cuando los cuestionarios eran diligenciados con apoyo, se realizaba una lectura exacta de los ítems, esperando respuesta del participante; por lo que esta prueba permitió adiestrar a la investigadora principal y a la auxiliar de investigación para evitar inducir respuestas, y así controlar el sesgo de información.
- Para finalizar, la prueba piloto pautó la necesidad de llamar telefónicamente a los participantes para verificar su asistencia a la consulta, ya que por dificultades en la autorización de la EPS no asistían a su control, esto solamente se realizó con la consulta externa de cardiología y cirugía cardiovascular, con el fin de no perder las personas que eran seleccionadas aleatoriamente y que cumplían con los criterios de inclusión.

3.5.4. Cuarta fase: Aplicación de los instrumentos y recolección de la información

- Previo consentimiento informado aplicado a los participantes que fueron seleccionados, la investigadora y la auxiliar de investigación diligenciaron inicialmente los datos sociodemográficos que no incluye información personal como nombre, dirección o teléfono, y estuvo identificado con un número que cuantifica la cantidad de personas que participaron en la investigación.
- Los cuestionarios fueron de autoreporte, sin embargo la investigadora y la auxiliar de investigación estuvieron presentes durante el diligenciamiento de estos, con el fin de aclarar dudas a los pacientes y verificar que las hojas entregadas por ellos estuvieran totalmente llenas; además de colaborarles a aquellas personas con dificultades en la lectura, limitaciones de tiempo o que no tuvieran una buena visión.
- Se explicó a los sujetos de la investigación los objetivos, propósito, beneficios, ventajas, desventajas y posibles riesgos de la investigación; además se puntualizó de manera clara, detallada y precisa en qué consistían los instrumentos y la correcta forma de diligenciamiento.
- Todas las acciones se realizaron de acuerdo a las consideraciones éticas y legales de la investigación en seres humanos.
- Una vez se aclararon las dudas, preguntas y consideraciones expresadas por los posibles sujetos de investigación y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, se aplicaron los instrumentos seleccionados en el estudio.
- Se recolectaron los instrumentos diligenciados y se revisaron con el fin de identificar su correcto diligenciamiento y posterior uso en el análisis de datos.

3.5.5. Quinta fase: Identificación y control de sesgos

Polit y Hungler¹⁵¹ establecen riesgos, sesgos y controles en las investigaciones, a continuación se exponen los que aplican a este estudio:

Tabla 9. Control de riesgos y sesgos en la investigación.

Riesgos y Sesgos	Controles
Sesgo de historia: el paciente puede haber tenido inconvenientes personales haciendo que sus respuestas estén orientadas a eso y no a la pregunta.	<ul style="list-style-type: none"> Los criterios de inclusión proveen aspectos que hacen homogénea la muestra, de esa forma los cambios dados por este sesgo podrán ser detectados más fácilmente.
Sesgo de confusión o ignorancia: cuando las preguntas no son claras, puede llevar a confusiones y por ende a respuesta erróneas.	<ul style="list-style-type: none"> Se acompañará en el diligenciamiento de cada cuestionario, en caso de que el paciente lo necesite, para aclarar términos que puedan parecer confusos.
Sesgo de olvido: el paciente puede olvidarse de responder a algunos enunciados de los cuestionarios.	<ul style="list-style-type: none"> La investigadora y la auxiliar de investigación verificarán que las hojas estén completamente diligenciadas.
Sesgo de análisis e interpretación: implica errores que se pueden cometer al momento de digitar los datos.	<ul style="list-style-type: none"> Frente a la digitación de datos, se utilizarán 2 personas que los ingresen a una base y luego estas se compararán.
Sesgo de Subjetividad: el investigador puede inducir las respuestas deseadas al tratar de explicar las afirmaciones de los instrumentos.	<ul style="list-style-type: none"> Volver a leer la afirmación de forma pausada o replantear la pregunta según el léxico del participante, sin dar ejemplos.

Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2014.

3.5.6. Sexta fase: Sistematización de la información

- Los datos recolectados fueron custodiados en formato físico y electrónico dentro de los archivos personales de la investigadora, y permanecerán así hasta por 2 años luego de finalizada la investigación.

¹⁵¹ POLIT y HUNGLER. Op. Cit. pp. 213 - 227

- Estos datos fueron sistematizados en una base de Excel, donde se almacenaron los resultados obtenidos en cada cuestionario y la información sociodemográfica de los participantes.
- Posterior a la creación de las bases, estas fueron transferidas al programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS versión 15.0), facilitado por la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de realizar su análisis estadístico.

3.5.7. Séptima fase: Análisis de la información e informe final

- Para el análisis de los datos sociodemográficos se aplicó estadística descriptiva, con el fin de caracterizar la población con la que se trabajó en esta investigación, además de dar cumplimiento a los objetivos específicos, puntualizando los niveles de adherencia y CVRS.
- Para el análisis estadístico correlacional de esta investigación, se aplicó estadística no paramétrica por medio de análisis de correlación de Spearman, con el fin de determinar si existía o no una asociación estadística entre los fenómenos.
- Luego de los resultados estadísticos se realizó un análisis y discusión respaldados con la literatura vigente que permite contrastarlos con los valores obtenidos de esta investigación.

3.5.8. Octava fase: Divulgación de los resultados

- Para la presentación del informe final en la comunidad académica, se redactará y enviará un artículo a una revista indexada, describiendo la investigación, sus resultados y conclusiones con el fin de contribuir al conocimiento de la disciplina.
- Los resultados y el análisis de los mismos se presentarán en ponencias nacionales e internacionales según sea pertinente.
- En la IPS seleccionada, se programará un día a disponibilidad de los asistentes, donde se expondrá a las directivas y a las personas que participaron los resultados y las conclusiones del estudio, demostrando la importancia de estos en la atención de personas con enfermedades cardiovasculares.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS LEGALES

En cualquier investigación con seres humanos, se debe dar respuesta a consideraciones éticas que garanticen la dignidad del individuo y el respeto por su vida¹⁵²; es así como enfermería siendo una disciplina basada en el cuidado de la experiencia de la salud humana, posee una dimensión ética que es orientada por el significado que el profesional da a la persona como sujeto de cuidado, por lo que buscará siempre proteger y dignificar al ser humano.

Según la Ley 911 de 2004¹⁵³, en su artículo 29, el profesional de enfermería que participe en procesos de investigación, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental, basado en disposiciones éticas y legales vigentes nacionales e internacionales.

Basados en los anteriores postulados, se deben reconocer los siguientes aspectos y principios éticos que para esta investigación se tendrán en cuenta:

- **Nivel de Seguridad:** Basado en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia¹⁵⁴, este fue un estudio clasificado en “Investigación sin riesgo”, ya que se empleó métodos de investigación documental, además de que no se realizó ninguna intervención o modificación a las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos. Al ser un estudio de abordaje cuantitativo y diseño correlacional, se describió y encontró una asociación entre los fenómenos por medio de datos obtenidos a través de cuestionarios que en ningún momento cambiaron la conducta de las personas. Sin embargo, en el caso de que la investigadora o los

¹⁵² CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra; Organización Mundial de la Salud: 2002

¹⁵³ REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 911 de 2004 (6 de octubre de 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Consultado el día 15 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.anec.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=91

¹⁵⁴ REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 8430 DE 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

participantes hubieran detectado que habían cambios en cualquiera de las variables mencionadas, este estudio habría sido suspendido inmediatamente, hasta identificar y evaluar lo ocurrido.

- **Principio de Beneficencia y No maleficencia:** Este principio se garantizó a los participantes y a la institución donde se recolectó la información. Para las personas, se propendió por el respeto como seres humanos, reconociendo el nivel de riesgo de la esta investigación (como se mencionó en el punto anterior); con el presente estudio se buscó establecer si hay o no una correlación entre los fenómenos de adherencia al tratamiento y CVRS, donde se comprobó la hipótesis, y al hacerlo se espera se genere una cambio positivo en la vida de los participantes y en consecuencia en la comunidad general de personas que hayan presentado IAM, porque ahora tienen la motivación de mejorar su CVRS al adherirse a las recomendaciones de los profesionales de la salud¹⁵⁵.

Frente a la IPS seleccionada, los beneficios que recibió estuvieron enmarcados en el reconocimiento nacional que se genera al permitir la participación y el desarrollo de investigaciones allí, además de que el proceso de retroalimentación que recibió la institución, puede brindar un marco general de comprensión de los niveles de adherencia al tratamiento de sus pacientes y conllevar al diseño e implementación de programas o protocolos que promuevan la adhesión y por ende la disminución el su número de reingresos por la misma causa; esto a su vez contribuye a su proceso de acreditación.

- **Principio de Autonomía:** Para garantizar este principio, se respetó la capacidad de decisión de las personas que cumplían con los criterios de inclusión, frente a la determinación de participar o no en la investigación, por esta razón, se aplicó un consentimiento informado, donde la persona estuvo en libertad de aceptar o no, ya que este aclaraba que su participación era voluntaria, que podía retirarse en el

¹⁵⁵ OSORIO HOYOS, José Gilberto. Principios éticos de la Investigación en Seres Humanos y en Animales. En: Medicina. 2000, vol.60, p.255-258

momento que deseara y que no tendría ningún tipo de consecuencia en su atención¹⁵⁶.

- **Principio de Privacidad y Confidencialidad:** Los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos y la ficha sociodemográfica se manejaron confidencialmente manteniendo el anonimato en los reportes e informes finales. Se utilizó un sistema de codificación numérico para la organización de la información, en ningún momento se pidió nombre, identificación o dirección. La aplicación de los instrumentos fueron registrados en forma individual y privada, por lo que posterior a la obtención del consentimiento informado, los instrumentos se diligenciaron en el espacio destinado para tal fin. Las discusiones alrededor del estudio mantuvieron la confidencialidad de datos y se limitaron a los objetivos del mismo. La auxiliar de investigación tuvo respectiva orientación sobre aspectos de confidencialidad y aspectos éticos relevantes; se les comunicó a los participantes que solo tendrían acceso a esta información la investigadora, la directora de tesis y el asesor en estadística¹⁵⁷.

Los resultados obtenidos con esta investigación, fueron socializados ante la comunidad institucional y académica, pero en ningún momento ni publicación se mencionaron los nombres de los participantes y solo se incluye el nombre de la Institución de salud, luego de su aval.

- **Principio de Veracidad:** Este principio se aplicó en tres momentos de la investigación como fueron la información brindada a los participantes, el mantenimiento de los datos obtenidos y la publicación de los resultados^{158, 159}.

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid

¹⁵⁹ MANZINI, Jorge Luis. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. En: Acta Bioethica. 2000, vol.VI, no. 2, p.321-334.

La información brindada a los participantes fue verdadera y comprobable, se les comunicó por medio del consentimiento informado aspectos que ampliaron su conocimiento sobre el proyecto y la importancia de su colaboración en la investigación, sin embargo si existían dudas al respecto, se les suministró un resumen del proyecto original avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería a quien lo requirió.

Referente al mantenimiento de los datos obtenidos, se conservó la exactitud de los datos y los resultados, y esto se garantizó al proteger los datos físicos y asegurar la creación de una base de datos en Excel, donde se podrían contrastar ambos en caso de ser necesario.

Frente a la publicación de resultados, se publicaron tanto los resultados negativos como los positivos, y para garantizar esto se dejó el proyecto a disposición de la veeduría del Comité Asesor de Posgrados o el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

- **Consentimiento informado:** Por medio del consentimiento informado, se garantizaron los principios de autonomía, confidencialidad y veracidad, ya que cada una de las personas que cumplían los criterios de inclusión y decidieron participar libremente recibieron información adecuada acerca de los objetivos, justificación, riesgos y beneficios, métodos, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador; este fue firmado luego de que la investigadora o la auxiliar de investigación respondieron a cualquier pregunta o aclaración acerca de su participación, tal como se aprecia en el Anexo C^{160, 161}.
- **Principio de Justicia:** Este principio ético se aplicó teniendo en cuenta que al ser la muestra probabilística aleatoria simple, todas las personas que cumplían con el criterio de inclusión, tenían la misma probabilidad de participar en la investigación, que tiene un carácter puramente descriptivo y no de intervención.

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 8430 DE 1993. Op. Cit.

- **Derechos de autor:** Para garantizar los derechos de autor en la presente investigación, se aplicó la NTC5613 o Normas Icontec para las respectivas citas y bibliografía, dándole a cada autor citado la protección de su obra. Por otra parte, los cuestionarios utilizados están autorizados por escrito por sus autores para ser utilizados en esta investigación, tal como se muestra en el Anexo E, asegurando el cumplimiento de la Ley 23 de 1982¹⁶² y su aplicación en la Universidad Nacional de Colombia a través del Acuerdo 035 de 2003¹⁶³.
- **Consideraciones ambientales:** El impacto ambiental de esta investigación es clasificada en mínimo, es decir, es un estudio que no genera contaminación ni implicaciones ambientales. De otra parte se acogen las políticas internacionales de compromiso con el uso responsable de recursos, especialmente el papel¹⁶⁴.

¹⁶² REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INTERIOR Y DE JUSTICIA. Ley 23 de 1982. (28 de enero de 1982) Sobre derechos de autor. Consultado el día 15 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3431>

¹⁶³ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo Académico. Acuerdo 0035 de 2003 (Acta N°8 del 3 de diciembre de 2003) Por medio del cual se expide el reglamento sobre propiedad intelectual en la Universidad Nacional de Colombia.

¹⁶⁴ MANZINI. Op. Cit. Art. 26

4. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados y hallazgos del estudio. En primer lugar se exponen los resultados obtenidos del análisis estadístico de las variables sociodemográficas, posteriormente y en concordancia con los objetivos del estudio, se describen y establecen respectivamente los niveles de adherencia y CVRS, y por último, se presenta la asociación entre las variables de adherencia al tratamiento y la CVRS.

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo constituida por personas mayores de 18 años que sufrieron infarto agudo de miocardio en un tiempo igual o mayor a 6 meses, por lo que fueron caracterizados en edad, género, nivel de escolaridad, estrato socio-económico, tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiempo de transcurrido el infarto, ingresos económicos, comorbilidades y actividad laboral.

La edad de los participantes de este estudio osciló entre los 23 a 89 años con una media de 63 años y una moda de 50 años. La distribución general organizada por rangos de edad para efectos de síntesis, evidencia una población heterogénea, donde el mayor porcentaje lo presenta el rango de 56 a 60 años con un 19,4% del total, seguido por el de 61 a 65 años con un 14,4%; además de valores extremos como el 0,5% de la persona con 23 años y 89 años respectivamente, tal como se muestra en la tabla 10.

Con respecto al género, el mayor porcentaje corresponde al género masculino con un 68% y el 32% para el sexo femenino, al relacionar estos datos con las edades de la muestra, arrojaron porcentajes bajos por la razón dada anteriormente, sin embargo, se presenta un porcentaje alto con respecto a los otros en el rango de edad de 56 a 60 años, con valores de 20,6% en mujeres y 18,8% en hombres. Ver Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de los participantes con IAM por rangos de edad y género.

Rangos de edad	Mujeres		Hombres		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
23 años	0	0%	1	0,8%	1	0,5%
40 - 45 años	1	1,7%	5	4%	6	3,3%
46 - 50 años	4	6,9%	17	13,9%	21	11,6%
51 - 55 años	5	8,6%	15	12,2%	20	11,1%
56 - 60 años	12	20,6%	23	18,8%	35	19,4%
61 - 65 años	9	15,5%	17	13,9%	26	14,4%
66 - 70 años	6	10,3%	13	10,6%	19	10,5%
71 - 75 años	9	15,5%	13	10,6%	22	12,2%
76 - 80 años	7	12%	16	13,1%	23	12,7%
81- 85 años	4	6,9%	2	1,6%	6	3,3%
89 años	1	1,7%	0	0%	1	0,5%
Total	58		122		180	

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Frente a la variable de estrato socioeconómico, la muestra poblacional presentó que el 3.3% pertenecen al Estrato 1, el 32,7% al Estrato 2, el 51,7% al Estrato 3, el 8.3% al Estrato 4, el 1,7% al Estrato 5 y el 2,2% a zonas rurales, siendo el de mayor prevalencia el Estrato 3. Por otro lado, según su vinculación al SGSSS, el 93% de los participantes hacían parte del sistema contributivo y el 7% eran subsidiados.

Para la variable sociodemográfica de ingresos económicos, los participantes refirieron en un 4,4% que devengaban menos de un salario mínimo, el 37,2% hasta un salario mínimo, el 35% hasta 2 salarios mínimos, el 14,4% más de 2 salarios mínimos y un 8% se abstuvo de responder. Esta variable presenta un promedio de dos salarios mínimos, lo que es un ingreso adecuado.

Referente a la actividad laboral, el 47,3% refirió trabajar, mientras que el 52,7% no trabaja; de los participantes que se desempeñan laboralmente, 13% son mujeres y 87% son hombres, los cuales el 62,3% trabaja de 7 a 10 horas, seguidos del 30,5% que lo hace de 2 a 6 horas y el 7,2% que se emplea más de 10 horas diarias. En cuanto al porcentaje que no labora, las edades oscilan entre los 48 a 89 años, donde el 46,4% son mujeres y el 53,6% son hombres.

El nivel educativo fue otra de las variables evaluadas con relación al género, donde el 28% los participantes tienen secundaria completa, el 23% tienen algún estudio técnico o tecnológico, y solo el 1.6% es analfabeta. Aunque el porcentaje de secundaria completa es mayor en mujeres (32,8% vs 26%), a nivel profesional son los hombres los que presentan una mayor prevalencia (14.7% vs 8.6%), como se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de los participantes con IAM por nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Ninguno	3	1,6%	2	3,4%	1	0,8%
Primaria incompleta	18	10%	9	15,5%	9	7,3%
Primaria completa	16	8,9%	7	12%	9	7,3%
Secundaria incompleta	26	14,4%	10	17,2%	16	13,2%
Secundaria completa	51	28%	19	32,8%	32	26%
Técnico-tecnólogo	42	23%	8	13,7%	34	27,9%
Profesional	23	12,8%	5	8,6%	18	14,7%
Posgrado	1	0,5%	0	0%	1	0,8%
	180		58		122	

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

En cuanto al tiempo transcurrido después de presentado el IAM, su caracterización muestra que el tiempo promedio de IAM fue de 35 meses, ubicándose en el grupo de 2 a 3 años; y la moda de esta muestra fue de 36 meses. De los participantes, el 76,6% se concentra en el período de tiempo de 6 meses a 3 años, con un 27,7% en el rango de 6 meses a un año. Esta variable fue descrita también con respecto al género en la Tabla 12, y a la adherencia al tratamiento y la CVRS, en los numerales 4.2 y 4.3 respectivamente.

Tabla 12. Distribución de los participantes con IAM por tiempo transcurrido luego del evento y género.

Tiempo de IAM	Total		Mujeres		Hombres	
6 meses a un año	50	27,7%	14	24,1%	36	29,5%
uno a dos años	41	22,7%	16	27,5%	25	20,5%
dos a tres años	47	26,1%	7	12%	40	32,7%
tres a cuatro años	19	10,5%	9	15,5%	10	8%
cuatro a cinco años	7	3,8%	5	8,6%	2	1,6%
cinco a seis años	8	4,4%	5	8,6%	3	2,5%
más de seis años	8	4,4%	2	3,4%	6	5%
	180		58		122	

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Con respecto a las comorbilidades de los participantes, estas son diversas y concomitantes unas con otras, sin embargo, se recopilan en la Tabla 13, allí se refleja una alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus (45,5% y 17% respectivamente, y de los hipertensos 16% padece también de diabetes), en contraposición del 23% que refiere no padecer de comorbilidades.

Tabla 13. Distribución de los participantes con IAM por comorbilidades

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial (*De estas 82 personas, 13 de ellas representadas en el 16% de este grupo padece de diabetes mellitus conjuntamente)	82*	45,5%*
Diabetes Mellitus	31	17%
Artritis - Artrosis	6	3,3%
Enfermedades respiratorias	11	6%
Accidente Cerebrovascular	3	1,7%
Arritmias y valvulopatías	7	3,8%
Enfermedad vascular	5	2,7%
Otros (problemas lumbares, óseos, hernias y VIH)	16	8,8%
Ninguna	42	23%

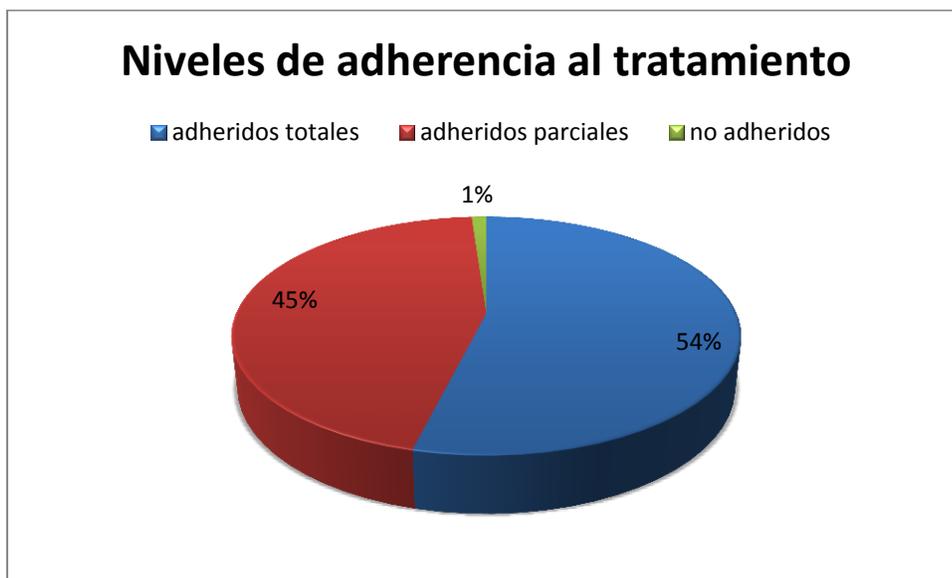
Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA POBLACIÓN

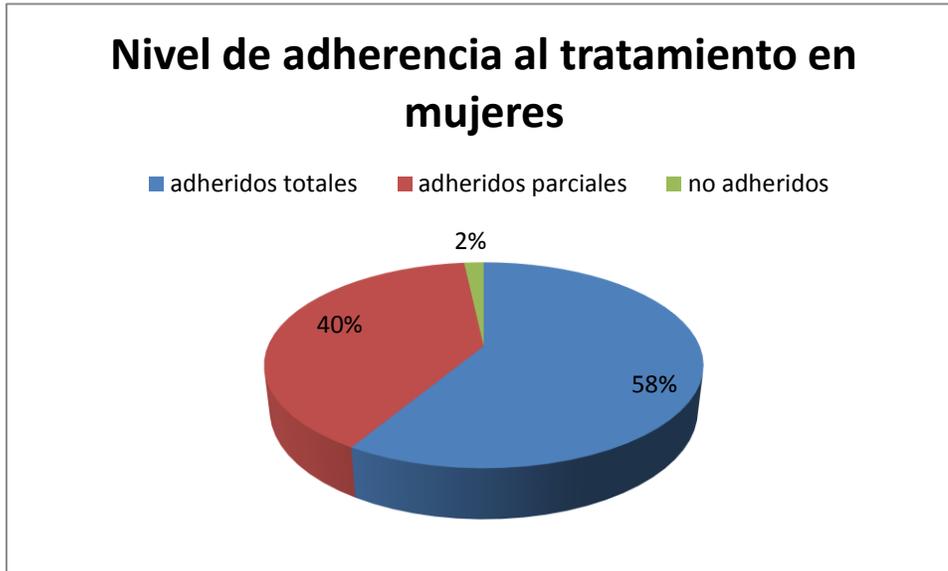
Los resultados que arrojó esta investigación con respecto a la adherencia al tratamiento en población con IAM, medidos por medio del Cuestionario MBG, permite describir el grado en que el comportamiento de la persona, se corresponde con las recomendaciones que fueron acordadas con el prestador de salud.

Esta variable fue medida en general, por género, por rangos de edad y tiempo transcurrido del IAM de los participantes, como se presentan en las Gráficas 1, 2 y 3, además de la Tabla 14 y 15. En ellas, se muestra que el 54% del total de participantes tiene Adherencia total, donde el 58% son mujeres y 52% son hombres, en comparación con un 1% que no es adherente. Respecto a las edades, los grupos con mejor nivel de adherencia son los de 61 a 65 años y 66 a 70 años (62% y 63% respectivamente para esas edades) y los menos adheridos estaban entre los rangos de 51 a 55 años con un 5% del total para esa edad.

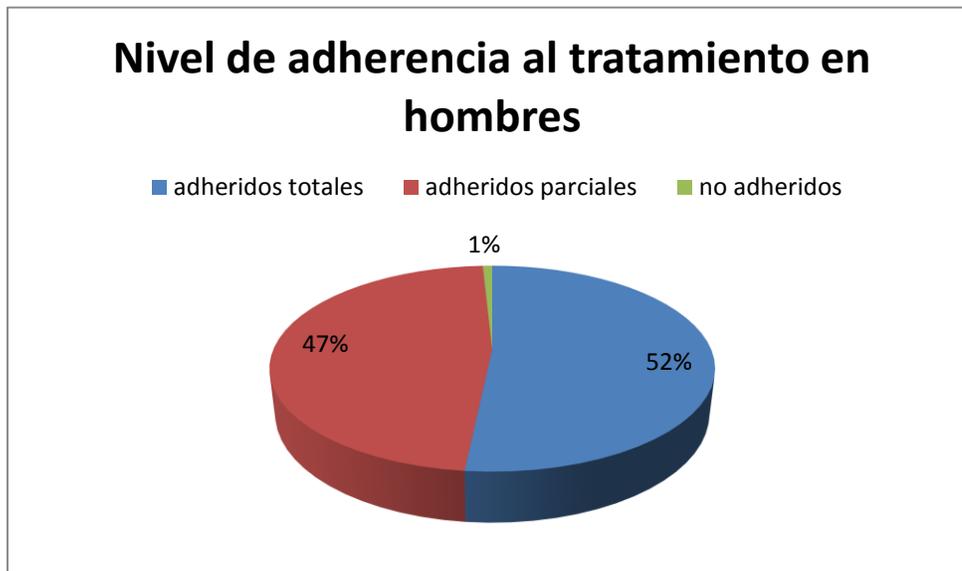
Gráfico 1. Niveles de adherencia al tratamiento del total de las personas con IAM



Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Gráfico 2. Niveles de adherencia al tratamiento del total de mujeres con IAM

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Gráfico 3. Niveles de adherencia al tratamiento del total de hombres con IAM

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Como se pudo observar, en el nivel de adherencia de esta muestra poblacional de personas con IAM predominó la adherencia total (54%) y la adherencia parcial (45%) independientemente del género y la edad.

Tabla 14. Distribución de los niveles de adherencia de participantes con IAM por rangos de edad.

Rangos de edad	Frecuencia total	Adherencia total	Adherencia parcial	No adherencia
23 años	1	100%	0%	0%
40 - 45 años	6	67%	33%	0%
46 - 50 años	21	52%	48%	0%
51 - 55 años	20	30%	65%	5%
56 - 60 años	35	54%	43%	3%
61 - 65 años	26	62%	38%	0%
66 - 70 años	19	63%	37%	0%
71 - 75 años	22	59%	41%	0%
76 - 80 años	23	48%	52%	0%
81- 85 años	6	67%	33%	0%
89 años	1	0%	100%	0%
	180			

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

En cuanto a la adherencia de acuerdo al tiempo transcurrido desde el IAM, los que representan mayor adherencia son los que llevan menos de 2 años y/o más de 5 años luego del evento (58% y 63% respectivamente), en contraposición de un 2% que se ubica en no adherentes sobre el rango de tiempo de 6 meses a un año. Sin embargo, es importante señalar que es mínimo el porcentaje de participantes que se catalogan como No adherentes, con respecto a los adheridos totales y parciales.

Tabla 15. Distribución de los niveles de adherencia de participantes con IAM por Tiempo transcurrido desde el evento.

Tiempo de IAM	Adherencia total	Adherencia parcial	No adherencia
6 meses a un año	58%	40%	2%
uno a dos años	59%	39%	2%
dos a tres años	49%	51%	0%
tres a cuatro años	42%	58%	0%
cuatro a cinco años	43%	57%	0%
cinco a seis años	63%	38%	0%
más de seis años	63%	38%	0%

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Es importante reconocer, que para describir los niveles de adherencia al tratamiento se deben tener en cuenta las categorías propuestas por el Cuestionario MBG, las cuales se presentan a continuación con los respectivos resultados arrojados en esta investigación:

- ✓ Este cuestionario, contiene una primera sección con **Preguntas de selección frente a las indicaciones de adherencia al tratamiento**, donde se indaga por indicación de tratamiento farmacológico y no farmacológico, y tiene varias opciones de respuesta con respecto a este último.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 100% de los participantes de la investigación afirmaron que **SI** tienen indicación de medicamentos para el manejo de la enfermedad. Con respecto al tratamiento no farmacológico, el 66,7% afirma que tiene indicada una dieta baja en sal, consumir grasa no animal y realizar ejercicio físico, seguido de un 28,9% que dice solo tener indicación de dieta baja en sal y realizar ejercicio, como se expone en la Tabla 16.

Tabla 16. Distribución de las indicaciones no farmacológicas de los participantes con IAM.

Indicaciones no farmacológicas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1	0,6%
Solo dieta sin sal	2	1,1%
Solo grasa no animal	0	0%
Dieta baja en sal y grasa no animal	1	0,6%
Solo ejercicio	4	2,2%
Ejercicio y dieta baja en sal	52	28,9%
Ejercicio y grasa no animal	0	0%
Todas las anteriores	120	66,7%

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

- ✓ El **Cumplimiento del tratamiento** es la ejecución por la persona de las indicaciones de salud prescritas, corresponden a los ítems 1, 2, 3 y 4, con un rango de puntuación de 0 a 16 puntos. Los datos reportados para esta categoría muestran una media de 14 puntos con un valor máximo de 16 y mínimo de 8.

La descripción por ítems correspondientes a esta categoría, se presentan en la Tabla 17, donde se logró establecer que en el primer ítem, sobre tomar los medicamentos en el horario establecido, era realizado **siempre** por el 64% de los participantes y **casi siempre** por el 31%, ninguna persona respondió a esta afirmación que **nunca**. En el ítem 2, sobre tomar todas las dosis indicadas, el 76% afirma realizarlo **siempre** y nadie respondió que nunca lo hace; en el ítem 3, sobre cumplir con la dieta indicada, solo el 18% asevera que la sigue **siempre** en contraposición de un 8% que **casi nunca** la hace. En el ítem 4, sobre asistir a las consultas de seguimiento, el 82% manifiesta que **siempre** asiste a diferencia del 2% que lo hace **a veces**.

- ✓ La **Implicación personal** es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones, corresponden a los Ítems 5, 6, 8, 9 y 10, con un rango de puntuación de 0 a 20 puntos. Los datos reportados para esta categoría muestran una media de 15 puntos con un valor máximo de 20 y mínimo de 6 puntos.

La descripción por ítems correspondientes a esta categoría, se presenta en la Tabla 17, allí se evidencia que el ítem 5, sobre realizar ejercicio físico, era una indicación cumplida **siempre** por el 18% de los participantes y **nunca** por el 2%. En el ítem 6, sobre acomodar los horarios de medicación a las actividades diarias, muestra que el 56% lo realiza **siempre** y el 2% **nunca** lo hace; en el ítem 8, sobre cumplir el tratamiento sin supervisión de familiares o amigos, el 59% asevera que lo hace **siempre** en contraposición de un 8% que **nunca** lo hace y necesita de otros. En el ítem 9, sobre llevar a cabo el tratamiento sin grandes esfuerzos, el 59% manifiesta que **siempre** lo cumple sin grandes esfuerzos a diferencia del 2% que piensa debe esforzarse mucho y **nunca** ha sido fácil. Por último, el ítem 10, sobre utilizar recordatorios para el desarrollo del tratamiento, el 43% **siempre** las usa y el 31% nunca las ha utilizado.

- ✓ La **Relación transaccional** es la relación de colaboración establecida entre el paciente y el profesional de la salud para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos, corresponden a los ítems 7, 11 y 12, con un rango de puntuación de 0 a 12 puntos. Los datos reportados para esta categoría muestran una media de 9 puntos con un valor máximo de 10 y mínimo de 0 puntos.

La descripción por ítems correspondientes a esta categoría, se presenta en la Tabla 17, donde se refleja que en el ítem 7, sobre decidir de manera conjunta con el médico el tratamiento a seguir, el 39% considera que **siempre** hay un consenso y el 6% piensa que **nunca** han podido decidir conjuntamente sobre el tratamiento. En el ítem 11, sobre analizar con el profesional de la salud cómo cumplir con el tratamiento, el 34% afirma que **siempre** lo hace y el 10% que **nunca** lo analizan; y en el ítem 12, sobre la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento prescrito, el 36% asevera que **siempre** puede manifestarse, en contraposición de un 8% que afirma **nunca** ha podido hacerlo.

Tabla 17. Distribución porcentual de las calificaciones de adherencia al tratamiento dadas por los participantes con IAM por categorías e ítems

Ítems	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido	64%	31%	5%	0%	0%
2. Se toma todas las dosis indicadas	76%	21%	3%	0%	0%
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	18%	41%	33%	8%	0%
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	82%	15%	2%	1%	0%
5. Realiza los ejercicios físicos indicados	18%	27%	34%	19%	2%
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	56%	33%	7%	3%	2%
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir	39%	33%	14%	7%	7%
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos	59%	19%	8%	6%	8%
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	59%	28%	8%	3%	2%
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento	43%	14%	8%	4%	31%
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento	34%	36%	15%	4%	10%
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico	36%	41%	13%	2%	8%

Cumplimiento del tratamiento	
Implicación personal	
Relación Transaccional	

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

4.3. NIVEL DE CVRS DE LA POBLACIÓN

En cuanto al nivel de la Calidad de Vida relacionada con la salud en población con IAM, fue medida por el Cuestionario de Velazco y Del Barrio, el cual permitió evaluar cómo se ven afectadas las actividades de la vida diaria, el funcionamiento físico, social y emocional de una persona con una enfermedad coronaria.

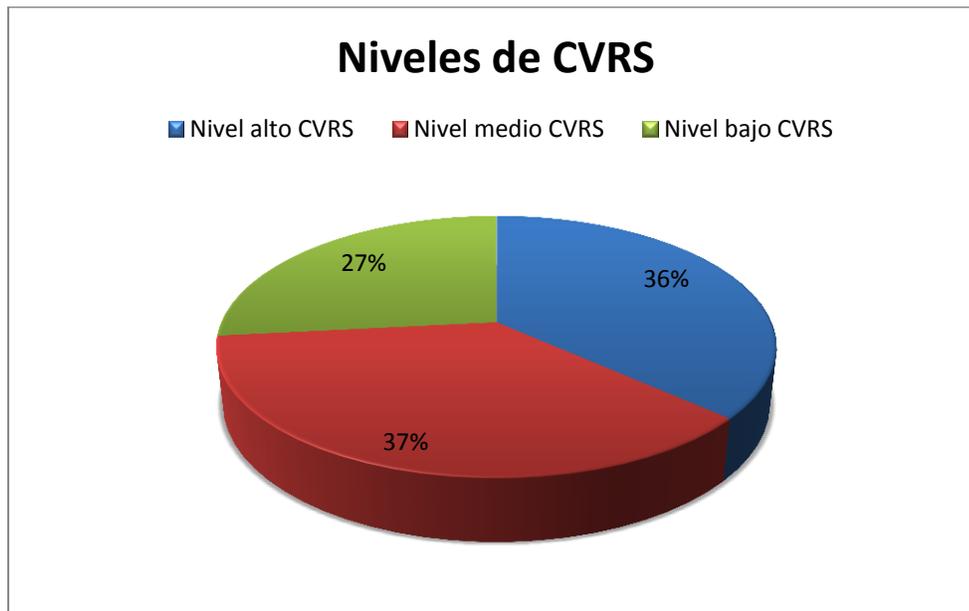
La CVRS, como variable dependiente, fue medida de forma general, por género, por rangos de edad y por el tiempo transcurrido del IAM en los participantes, tal como se presentan en las Gráficas 4, 5 y 6, además de la Tabla 18 y 19.

Se evidencia, que el 37% del total de participantes tiene un nivel de CVRS alto y el 36% cuenta con un nivel medio, mientras que el 27% tienen un bajo nivel. De este último, el 38% son mujeres y 21% son hombres, diferencia relevante en comparación con los otros niveles que muestran porcentajes similares entre los géneros.

Respecto a las edades, el grupo con mejor nivel de CVRS es el de 61 a 65 años con el 54% para ese rango de edad; y los grupos con baja CVRS son los de 46 a 50 años y 76 a 80 años, con un 29% y 39% del total para esas edades.

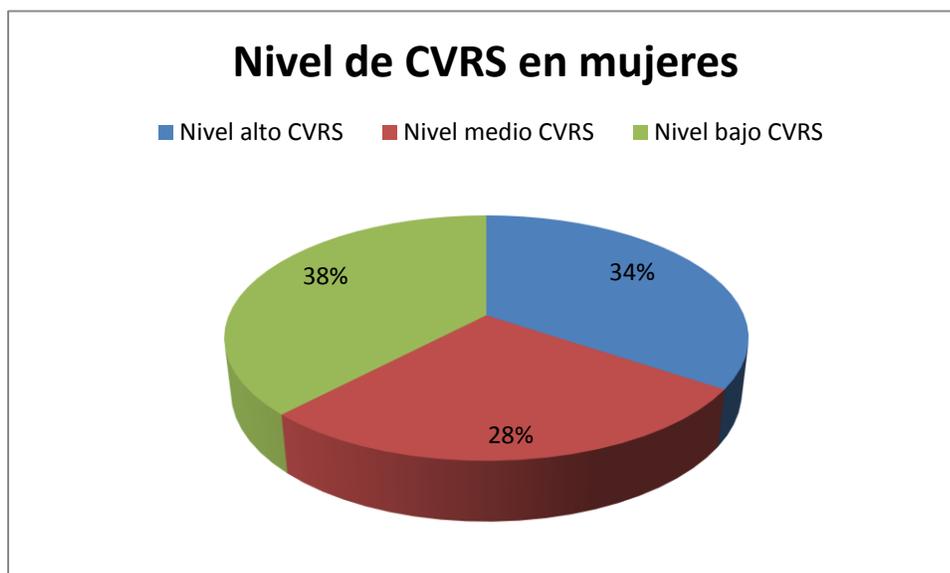
Frente a la CVRS de acuerdo al tiempo transcurrido desde el IAM, los que presentan una alta CVRS son los que llevan de dos a tres años luego del evento (45%), en un porcentaje que no es tan significativo en comparación con los resultados de los otros niveles, ya que la baja CVRS está presente en todos los rangos de tiempo establecidos, siendo los de mayor prevalencia los que llevan de 6 meses a un año y de 5 a 6 años (34% y 38% respectivamente).

Gráfica 4. Niveles de CVRS del total de las personas con IAM

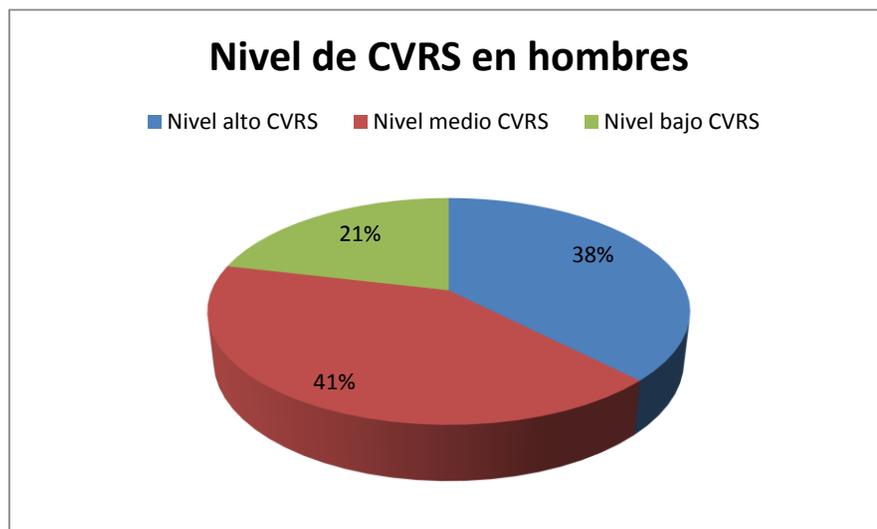


Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Gráfica 5. Niveles de CVRS del total de mujeres con IAM



Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Gráfica 6. Niveles de CVRS del total de hombres con IAM

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

De forma general, el nivel de CVRS de esta muestra poblacional de personas con IAM no predominó mayormente un nivel sobre otro, sin embargo, y a pesar de la homogeneidad en estos resultados, llama la atención la presencia de un porcentaje relevante en el nivel bajo de CVRS (27%), independientemente del género y la edad.

Tabla 18. Distribución de los niveles de CVRS de participantes con IAM por rangos de edad.

Rangos de edad	Frecuencia total	CVRS alta	CVRS media	CVRS baja
23 años	1	100%	0%	0%
40 - 45 años	6	50%	33%	17%
46 - 50 años	21	38%	33%	29%
51 - 55 años	20	45%	40%	15%
56 - 60 años	35	34%	46%	20%
61 - 65 años	26	54%	31%	15%
66 - 70 años	19	37%	26%	37%
71 - 75 años	22	41%	32%	27%
76 - 80 años	23	13%	48%	39%
81- 85 años	6	0%	33%	67%
89 años	1	0%	0%	100%

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Tabla 19. Distribución de los niveles de CVRS de participantes con IAM por Tiempo transcurrido desde el evento.

Tiempo de IAM	CVRS alta	CVRS media	CVRS baja
6 meses a un año	36%	30%	34%
uno a dos años	37%	41%	22%
dos a tres años	45%	30%	19%
tres a cuatro años	26%	47%	26%
cuatro a cinco años	43%	29%	29%
cinco a seis años	25%	38%	38%
más de seis años	25%	50%	25%

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Por último, se realizó una Tabla de relación descriptiva entre los resultados de adherencia al tratamiento y CVRS, donde el 26% de la población estudiada tiene adherencia total y alto nivel de CVRS, en contraposición del 1% que no es adherente y tiene un bajo nivel de CVRS, como se observa en la Tabla 18.

Tabla 20. Relación descriptiva entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en el total de los participantes con IAM

	CVRS alto	CVRS medio	CVRS bajo
Adherencia total	26%	19%	9%
Adherencia parcial	11%	18%	16%
No adherente	0%	0%	1%

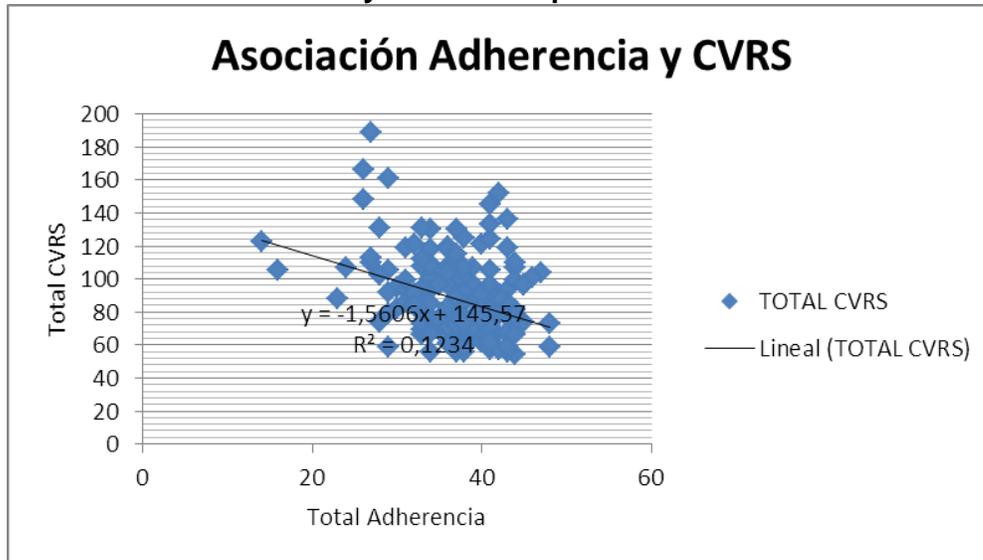
Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

4.4. ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CVRS EN LA POBLACIÓN CON IAM

Dando respuesta al objetivo general de esta investigación, se estableció la correlación o asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM, determinando que la mencionada en primera instancia es la variable independiente y la segunda es la variable dependiente.

Para determinar esta asociación estadísticamente, se realizó la prueba de correlación de Spearman entre los valores totales obtenidos en la puntuación del Cuestionario MBG y el Cuestionario de Velazco y del Barrio; y también entre los valores arrojados por cada dimensión en cada uno de los instrumentos mencionados. Ver Tabla 21 y Gráfica 7.

Gráfica 7. Gráfico de dispersión sobre la asociación entre la Adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM.



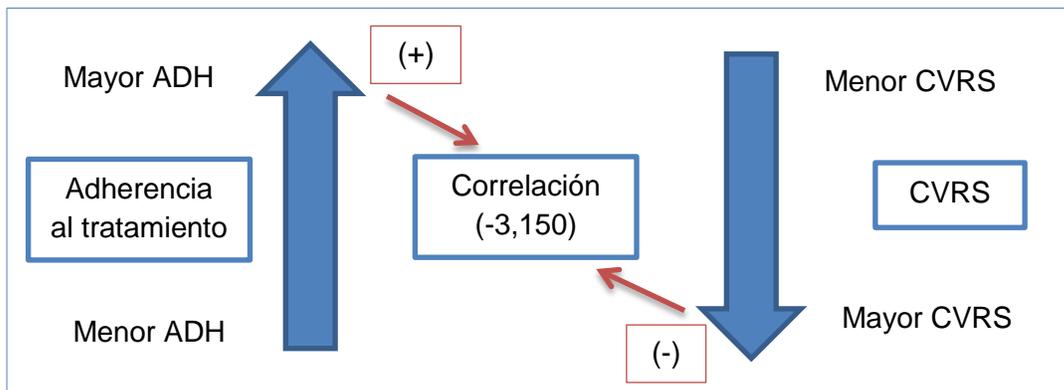
Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

Cabe aclarar, que se realizaron pruebas de normalidad a las variables descritas, encontrando que estadísticamente ninguna se comportaba de forma gaussiana, por lo que fue necesario el uso de estadística no paramétrica, donde la Prueba de correlación de Spearman es la ideal para aplicar en variables continuas no normales¹⁶⁵. El análisis estadístico de esta investigación reporta que el coeficiente de correlación de Spearman fue de -0,315 con una significancia de $p=0,00001$, en un nivel de 0,01 a dos colas.

¹⁶⁵ TRISTAN, Agustín. VIDAL, Rafael. Manual de fórmulas de correlación. Editorial Trafford. Canadá, Victoria. 2006. Pág 119.

El valor negativo de la correlación, se aduce por la naturaleza de las escalas que miden las variables de adherencia y CVRS, porque en la variable independiente a mayor puntaje mejor adherencia y en la variable dependiente a mayor puntaje peor es la CVRS, de manera que el puntaje de las escalas no va en una misma dirección, lo que hace que matemáticamente si una aumenta (mejor adherencia) y la otra disminuye (mejor CVRS), al correlacionarlas lo positivo con negativo queda con valor negativo pero las dos variables interpretativamente van en la misma dirección, como lo muestra el Esquema 3, donde un puntaje alto de adherencia se asocia con un puntaje bajo de CVRS en las escalas, pero se interpreta como a mayor adherencia, mayor CVRS.

Esquema 3: Explicación del valor negativo de correlación



Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2015.

Con el valor de p que presenta este estudio, se puede decir que la correlación entre las variables sí existe y es estadísticamente significativa, sin embargo el valor de r , que mide la intensidad de esa asociación es catalogado como débil o numéricamente modesto.

La matriz de correlación entre las dimensiones de adherencia y CVRS indican asociaciones significativas entre varias de estas. Como se observa en la Tabla 19, el total de adherencia no se asocia únicamente con la dimensión de sueño y descanso de CVRS; mientras que el total de CVRS solo se correlaciona con la dimensión de implicación personal de la adherencia al tratamiento.

Cabe resaltar, que la dimensión de implicación personal de la Adherencia al tratamiento se correlaciona con todas las dimensiones de CVRS excepto con Sueño y descanso; mientras que las dimensiones de cumplimiento del tratamiento y relación transaccional de la adherencia, solo se asocian con las dimensiones de movilidad y relaciones sociales respectivamente. Adicional a estos resultados, llama la atención que no exista asociación entre sí en las 3 dimensiones del cuestionario de Adherencia; en cambio de que sí hay una correlación entre sí en todas las dimensiones de CVRS.

Es importante resaltar que la correlación presenta un valor relevante, que a pesar de no ser alto es evidencia estadística a favor de la hipótesis alterna, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los fenómenos que presenta este estudio.

		Salud	Sueño y Descanso	Comportamiento Emocional	Proyectos a Futuro	Movilidad	Relaciones Sociales	Comportamiento de Alerta	Comunicación	Tiempo de ocio y Trabajo	Cumplimiento tratamiento	Implicación Personal	Relación Transaccional	TOTAL ADHERENCIA	TOTAL CVRS
Rho de Spearman	Salud	1,000													
	Sueño y Descanso	,445**	1,000												
	Comportamiento Emocional	,641**	,353**	1,000											
	Proyectos a Futuro	,492**	,381**	,327**	1,000										
	Movilidad	,393**	,214**	,471**	,381**	1,000									
	Relaciones Sociales	,328**	,299**	,340**	,224**	,253**	1,000								
	Comportamiento de Alerta	,410**	,294**	,513**	,269**	,447**	,241**	1,000							
	Comunicación	,417**	,266**	,340**	,422**	,299**	,318**	,378**	1,000						
	Tiempo de ocio y Trabajo	,383**	,222**	,442**	,458**	,365**	,326**	,287**	,518**	1,000					

Cumplimiento tratamiento	-,028	,044	,105	,035	,175*	,002	,132	,037	,037	1,000				
Implicación Personal	-,395**	-,072	-,348**	-,349**	-,331**	-,160*	-,310**	-,275**	-,323**	,145	1,000			
Relación Transaccional	-,153*	-,096	,012	,026	,038	-,255**	,005	-,118	-,081	,145	,122	1,000		
TOTAL ADHERENCIA	-,364**	-,101	-,201**	-,194**	-,152*	-,234**	-,149*	-,219**	-,255**	,476**	,729**	,653**	1,000	-,315**
TOTAL CVRS	,760**	,516**	,734**	,635**	,646**	,584**	,565**	,622**	,706**	,084	-,439**	-,089	-,315**	1,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla 21. Matriz de correlaciones entre Adherencia al tratamiento y CVRS en personas con IAM entre los meses de Julio – Septiembre del 2014

Fuente: Base de datos de la investigación “Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio”.

5. Análisis y discusión

Este capítulo permite el contraste de los resultados estadísticos obtenidos con el cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados; se realiza el análisis y la discusión basados en la literatura científica disponible.

5.1. ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Con respecto a la edad y al género de los participantes, los resultados de esta investigación con respecto a los rangos de edad y la prevalencia de enfermedades coronarias como el IAM en el género masculino, coinciden con los estudios como el de Rubiera Jiménez *et al.*¹⁶⁶, quien encontró que en las personas que han sufrido síndrome coronario agudo predomina el grupo de edad de 51 a 60 años y el género masculino; Arroyave y Cepeda¹⁶⁷ presentan resultados similares en su estudio con pacientes que tuvieron tratamiento para el IAM con angioplastia más stent, donde el 71% de la población correspondió a pacientes del género masculino, con una edad promedio de 59 años. En la caracterización de las personas con síndrome coronario agudo, Sánchez Torres *et al.*¹⁶⁸, obtuvo que de la muestra el 75,6% fueron hombres y el 24,4% mujeres, en quienes la edad media fue de 59 años y 62 años respectivamente.

¹⁶⁶ RUBIERA JIMÉNEZ, Reynol. LARA NEGRET, Abel. RAMOS TORRES, Néstor Iván, *et al.* Síndrome coronario agudo, caracterización clínico epidemiológica. A propósito de nuestro primer año. En: Rev Cub Med Int Emerg. 2009, vol.8, no.3, p.1450-1461.

¹⁶⁷ ARROYAVE, Jorge y CEPEDA, Magda. Caracterización de la restenosis de stents coronarios convencionales y liberadores de medicamentos en pacientes incluidos en el registro Drug Eluting Stent (DREST). En: Revista Colombiana de Cardiología. 2012, vol.19, no.3, p.121-131.

¹⁶⁸ SÁNCHEZ TORRES, Nadia. PÉREZ, Jesús. DEL PINO SÁNCHEZ, Ernesto, *et al.* Caracterización por sexo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sometidos a intervencionismo coronario. En: Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2011, vol.17, no.3, p.225-33.

Los anteriores resultados son consistentes con otras investigaciones como la de Franco, Mendoza y Lemini¹⁶⁹, quienes describen que la mujer posee un factor protector cardiovascular, encontrando que los estrógenos juegan un papel importante en diferentes procesos como el metabolismo de lipoproteínas y la liberación de factores relajantes en las células endoteliales, que logran preservar la salud cardíaca mientras la mujer produzca la hormona, de manera que al llegar la menopausia esta protección se pierde, quedando expuesta a enfermedades coronarias. Esto da un argumento válido para afirmar que la enfermedad coronaria como el IAM se presenta en una edad más avanzada en la mujer que en el hombre, y que además esta patología sea de mayor predominio en el género masculino.

Por su parte, el estudio Framingham¹⁷⁰, señala que en la tercera década de la vida, la diferencia de morbilidad cardiovascular entre varones y mujeres era de 7/1, pero decrecía progresivamente hasta igualarse en la septuagésima década. Esta argumentación se completa con el argumento de Cabrerizo y Zalba¹⁷¹, de que las mujeres tienen su primer episodio cardiovascular, como media, 10 años más tarde que los varones, atribuyendo la diferencia al efecto cardioprotector de los estrógenos. Además, como lo afirma Rubiera Jiménez *et al.*¹⁷², son más frecuentes algunos factores de riesgo en el hombre con respecto al sexo femenino como el hábito de fumar y la hipertensión arterial variables que inciden considerablemente en la progresión de la enfermedad aterosclerótica.

¹⁶⁹ FRANCO, Yanira. MENDOZA, Víctor y LEMINI, Cristina. Mecanismos de acción de los efectos protectores de los estrógenos sobre el sistema cardiovascular. En: Rev Fac Med UNAM. 2003, vol.46, no.3, p.101-109

¹⁷⁰ MARRUGAT, J. ELOSÚA, R. y MARTÍ, H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. En: Rev Esp Cardiol. 2002, vol.55, p.337-46.

¹⁷¹ CABRERIZO GARCÍA, José y ZALBA-ETAYO, Begoña. Características del síndrome coronario agudo en pacientes ancianos españoles. En: Rev. salud pública. 2012, vol.14, no.4, p.657-667.

¹⁷² RUBIERA JIMÉNEZ., Op. cit.

Epidemiológicamente, los datos estadísticos que presentan el DANE¹⁷³ y la OMS¹⁷⁴ respaldan la anterior premisa frente a la morbimortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, donde de las 31.481 muertes por esta causa, 17.317 son hombres entre los 35 y 90 años con mayor prevalencia entre los 55 a 75 años, y 14.164 son mujeres de 40 a 95 años, con mayor prevalencia entre 65 a 80 años en el período de enero a julio del año 2013 en Colombia.

Frente a las variables de estrato socioeconómico, vinculación al SGSSS e ingresos económicos, se pueden vincular con los factores socioeconómicos de la adherencia al tratamiento y también de la CVRS, de manera que su medición permite deducir que en este caso, la disponibilidad económica es adecuada para poder cumplir el tratamiento y que además, el tener la garantía de acceso a servicios de salud, facilita la consecución de consultas y medicamentos, que ayudan al cumplimiento del tratamiento.

Como lo exponen varios autores^{175, 176, 177} que han investigación sobre los factores que influyen en la adherencia de personas con riesgo de enfermedad cardiovascular, los factores socioeconómicos y los relacionados con el sistema de salud, reportan porcentajes entre el 68% y el 76% de personas con disponibilidad económica para acceder al tratamiento y entre el 77% y el 98% con acceso al sistema de salud representado en las citas y controles por profesionales de la salud.

¹⁷³ DANE. Estadísticas vitales. Defunciones no fetales 2013. Op. cit.

¹⁷⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2013. Consultado el 10 de Octubre de 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

¹⁷⁵ CONTRERAS OROZCO. Op cit. pp. 70-75.

¹⁷⁶ BONILLA, Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. Revisión Literaria. Op. Cit. pp 19-20.

¹⁷⁷ LIAN HERRERA, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Av. Enferm. 2008, vol.26, no.1, p.36-42.

De acuerdo con la encuesta de calidad de vida realizada por el DANE¹⁷⁸, en el año 2013, el 91,3% del total de la población colombiana tenía afiliación al SGSSS, de estos el 49,1% pertenece al régimen contributivo y el 50,8% al subsidiado. Estas cifras presentadas son similares a los resultados del presente estudio frente a las variables descritas anteriormente.

Referente a la actividad laboral, los resultados son congruentes con el predominio de participantes en edades de jubilación, lo que sustenta el importante porcentaje de personas que no laboran, y quienes sí lo hacen, trabajan en su mayoría hasta 10 horas diarias; por lo que, Serrano, Moya y Salvador¹⁷⁹ exponen en su artículo la relación entre el estrés laboral y la salud cardiovascular, de forma que el número de horas trabajadas puede convertirse en un factor de riesgo, con una posible contribución a un nuevo evento coronario. Estas autoras afirman que el estrés laboral tiene una influencia indirecta sobre los factores comportamentales de riesgo, y más que eso es el grado de control en el trabajo y su relación con la enfermedad cardiovascular.

Para Tajer¹⁸⁰, quien se enfoca en el género femenino, afirma que en lo laboral, más de la mitad de las mujeres con enfermedad coronaria se definen como amas de casa, pero que también trabajan fuera de ella, y son las únicas a cargo de resolución de las tareas domésticas, con excesos de responsabilidad, sobrecarga y cansancio, funcionando como un detonante a nuevos eventos o complicaciones de enfermedad cardiovascular. González y Alcalá¹⁸¹ documentaron el estrés crónico como uno de los factores productores de enfermedad coronaria, por lo que epidemiológicamente existe una mayor incidencia de esto en ambientes laborales complicados o con excesiva carga laboral.

¹⁷⁸ DANE. Encuesta Nacional de Calidad de vida año 2013. Presentación de resultados. [Publicada en Marzo 2014; Consultada el día 15 de octubre de 2014. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2013.pdf

¹⁷⁹ SERRANO, Rosa. MOYA, Albiol y SALVADOR, A. Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. En: Anales de psicología. 2009, vol.25, no.1, p.150-159.

¹⁸⁰ TAJER, Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular: Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. En: Anuario De Investigaciones. 2005, vol.XIII, p.239 – 248.

¹⁸¹ GONZÁLEZ GUZMÁN, Rafael y ALCALÁ RAMÍREZ, Julián. Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. En: Revista Facultad de Medicina de la UNAM. 2010, vol.53, no. 5, p.35-44.

El nivel educativo fue otra de las variables evaluadas, aspecto que se considera necesario a la hora de verificar los factores relacionados con el paciente en la adherencia al tratamiento, y es que de acuerdo con la OMS¹⁸² una de las causas del no cumplimiento de las recomendaciones sanitarias es la falta de conocimiento y entendimiento de la enfermedad, de manera que el nivel de escolaridad representa el control en este aspecto, haciendo que la no adherencia se presente por otros factores.

Para Mendoza *et al.*¹⁸³, variables sociodemográficas como el nivel educativo y las disfunciones propias del envejecimiento, evidencian que el problema del incumplimiento al tratamiento, se instala por desconocimiento y deterioro del adulto mayor hipertenso. Esto se respalda con el estudio de Salcedo Barajas¹⁸⁴ quien al comparar el nivel de escolaridad con la adherencia, encontró que la población con nivel de educativo mayor (estudios de educación secundaria, técnica y universitaria) presentan un grado de riesgo bajo y tienen ventaja para generar o mantener comportamientos óptimos de adherencia al tratamiento hipotensor, mientras que las personas con nivel de estudios básicos de primaria o en analfabetismo se ubicaron en un grado de riesgo medio y en peligro de no generar o mantener dichos comportamientos.

Citando nuevamente las cifras del DANE¹⁸⁵ con respecto a la calidad de vida, gran porcentaje de la población adulta joven (25 – 34 años) tiene un nivel educativo de secundaria, y solo un 5,7% es analfabeta, lo que da una ventaja frente a los conocimientos mínimos que deben tener sobre el cuidado de la salud y a la facilidad de que las personas entiendan las recomendaciones relacionadas con los medicamentos y los estilos de vida. Estos datos son congruentes con lo encontrado en este estudio.

¹⁸² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Op. Cit.

¹⁸³ MENDOZA, Sara. MUÑOZ, Mónica, MERINO, José, *et al.* Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. En: Rev Méd Chile 2006, vol.134, no.1, p.65-71

¹⁸⁴ SALCEDO BARAJAS. Op. cit.

¹⁸⁵ DANE. Encuesta Nacional de Calidad de vida año 2013. Op. cit.

Con respecto a las comorbilidades de los participantes, se encuentra una alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Estos resultados coinciden con los de Estrada Gutiérrez *et al.*¹⁸⁶, quienes en su investigación refieren que la hipertensión arterial, diabetes mellitus, estrés, dislipidemia, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y enfermedad coronaria previa son los 9 primeros factores de riesgo cardiovascular de la población Colombiana; y de estos los de mayor prevalencia son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el sedentarismo, con porcentajes equivalentes al 44%, 64% y 70% respectivamente; por lo que el mencionado en última instancia es uno de los que podrían sustentar algunas de las causas de IAM en ausencia de comorbilidades.

De acuerdo con Organización Panamericana de la Salud¹⁸⁷ (OPS), en Colombia las enfermedades no transmisibles representan la mayor carga de morbimortalidad y discapacidad en población adolescente y adulta, especialmente por cáncer, cardiovasculares, respiratorias y diabetes, donde la prevalencia de hipertensión arterial en adultos fue 8,8% y de 3,5% para diabetes, con una significativa prevalencia de estos factores en el sexo masculino^{188, 189}.

Los anteriores datos son coherentes con los resultados de la presente investigación, sobre los efectos de estas comorbilidades en el corazón y con la prevalencia del sedentarismo y el tabaquismo tanto en hombres como en mujeres, explicando los altos porcentajes de población con enfermedades cardiovasculares en ausencia de otras enfermedades como las mencionadas anteriormente.

¹⁸⁶ ESTRADA GUTIERREZ, Lina María. GOMEZ, Juan Carlos. MEJIA CASTRILLÓN, Álvaro, *et al.* Caracterización de los factores de riesgo cardiovascular para Infarto Agudo de Miocardio en una población entre 40–80 años en el sector de la Galería de Manizales, Caldas. *En:* Archivos de Medicina. 2004, no8, p.31-41.

¹⁸⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Perfil Colombia 2012. La Salud en las Américas. Edición de 2012. [Actualizada en Junio 2013; consultada el día 15 de octubre de 2014] Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1351&Itemid

¹⁸⁸ SÁNCHEZ TORRES., Op.cit.

¹⁸⁹ ROHLFSA, Izabella. GARCÍA, María del Mar. GAVALDÀ, Laura, *et al.* Género y cardiopatía isquémica. *En:* Gac Sanit. 2004, vol.18, supl.2, p.55-64

5.2. ANÁLISIS DE LA DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

De acuerdo a lo expuesto en el Capítulo 4, los resultados que arrojó esta investigación con respecto a la adherencia al tratamiento en población con IAM, muestran porcentajes medios de Adherencia total y parcial, siendo más adherentes las mujeres y las personas con edades entre los 61 a 70 años; mientras que los menos adherentes se encuentran en el rango de edad de 51 a 55 años.

Lo anterior, está respaldado por el estudio de Martín, Sairo y Bayarre¹⁹⁰, quienes presentan resultados similares, al identificar la frecuencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, encontrando que de los participantes, el 52,4% seguía correctamente el tratamiento, y de estos, el género femenino era más cumplidor que los hombres; y en edad, los de mejor adherencia eran las personas mayores de 60 años. Estos hallazgos permiten ver que los adultos jóvenes y medios, tienen una adherencia parcial o no se adhieren a las indicaciones de salud, por lo que es importante determinar dentro de la consultas los factores que los llevan a decidir no cumplir el tratamiento; y ratifica una vez más las recomendaciones de la OMS¹⁹¹ sobre intervenir en cada uno de los cinco factores de la adherencia.

El predominio de los niveles de adherencia total y parcial, se argumentan a partir de estudios a nivel nacional e internacional, donde en Colombia¹⁹², se encontró una buena adherencia en pacientes hipertensos entre el 43% y 46%, con un contraste en Latinoamérica del 37% al 52% de adherencia total al tratamiento.

¹⁹⁰ MARTÍN ALONSO, SAIRO y BAYARRE. Op. cit., p.145.

¹⁹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Op. Cit.

¹⁹² CASAS PIEDRAHÍTA, María Cristina. CHAVARRO OLARTE, Liliana María y CARDONA RIVAS, Dora. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. En: Hacia la Promoción de la Salud. 2013, vol.18, no.1, p.81 – 96.

Según Martín¹⁹³ para otras enfermedades se informan cifras igualmente bajas; en Australia, sólo 43 % de los pacientes con asma toman los medicamentos prescritos; en el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA, la adherencia a los antirretrovirales varía entre el 37% y el 83 % según el medicamento y las características de las poblaciones en estudio. Los datos de estas investigaciones, tienen 2 caras proporcionales y opuestas, donde la mitad de las personas con enfermedades crónicas realizan correctamente el tratamiento, mientras que la otra mitad presenta el riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura por no adherirse.

Al analizar la adherencia de acuerdo al tiempo transcurrido desde el IAM, se puede decir que el tiempo de enfermedad también es determinante en el nivel de cumplimiento. Los resultados frente a esta variable, donde el menor nivel de adherencia se presenta entre los 6 meses a un año luego del evento, se logran sustentar con estudios como el de Ingaramo *et al.*¹⁹⁴, quienes señalaron que en una muestra de pacientes hipertensos, la adherencia no superó el 50% luego de 6 meses de tratamiento; por lo que estos mismos autores, citan a investigadores como Jones¹⁹⁵ y Greenbur¹⁹⁶, quienes 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 confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Para Rossi *et al.*¹⁹⁷, en un estudio de cohortes realizado a pacientes con síndrome coronario agudo, encontraron una disminución en la adherencia de alrededor de 10 puntos porcentuales a los 3 años de seguimiento, y de 20 puntos cuando recibían múltiples fármacos.

¹⁹³ MARTIN ALFONSO. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Op. cit.

¹⁹⁴ INGARAMO, Roberto. VITA, Nestor. BENDERSKY, Mario, *et al.* Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). En: Rev Fed Arg Cardiol. 2005, vol.34, p.104-111

¹⁹⁵ JONES, JK y GORKIN, L. A study of United Kingdom population. Br Med J. 1995, vol.311, p.293-295.

¹⁹⁶ GREENBURG, RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. Clin Ther. 1994, vol.6, p.592-599.

¹⁹⁷ ROSSI, Emiliano. PERMAN, Gastón MICHELANGELO, Hernán, *et al.* Adherencia a la Prevención Secundaria de la Enfermedad Coronaria. En: Medicina. 2014, vol.74, p.99-103

Comparando los anteriores estudios, con los datos arrojados por esta investigación, no hay una diferencia porcentual significativa entre adherente y no adherentes, por lo que se podría afirmar que más que una contradicción es un complemento, es otra forma de abordar el fenómeno con respecto a esta variable, ya que el 50% a 60% de la buena adherencia en quienes llevan menos de 2 años en tratamiento¹⁹⁸, se complementa con el 40% a 50% de quienes abandonan el manejo terapéutico al año de iniciado¹⁹⁹. Esto origina un llamado de alerta para realizar un seguimiento y acompañamiento en el tiempo a los pacientes con enfermedades o factores de riesgo cardiovascular.

Es interesante ver que los niveles de adherencia al tratamiento en esta investigación se encuentran concentrados en adherencia total y parcial, lo que evidencia que a pesar de que no hay un porcentaje grande de adherentes, es mínimo el número de personas que no cumplen las recomendaciones del tratamiento, lo que demuestra que una consulta en la que se acompaña al paciente y se entiende su contexto y sus creencias puede llevar a que sea más fácil la adherencia, sin dejar de lado que al ser un fenómeno multidimensional como enfermeros se debe trabajar todos los factores implicados allí.

Para la descripción de los niveles de adherencia al tratamiento se tuvieron en cuenta las categorías propuestas por el Cuestionario MBG²⁰⁰, las cuales se pueden analizar de acuerdo a los resultados presentados en el anterior capítulo:

- ✓ Para las **Preguntas de selección frente a las indicaciones de adherencia al tratamiento**, en esta muestra se evidencia que TODOS tienen indicación de medicamentos para el manejo de la enfermedad; adicional a esto, un porcentaje moderado de los participantes reconocen su tratamiento no farmacológico, como las indicaciones de una dieta baja en sal, consumir grasa no animal y realizar ejercicio físico, en conjunto.

¹⁹⁸ Datos obtenidos de esta investigación.

¹⁹⁹ INGARAMO., Op. cit.

²⁰⁰ MARTIN ALFONSO, BAYARRE y GRAU. Op. Cit.

Es importante resaltar que ninguno niega las indicaciones medicamentosas de su tratamiento, sin embargo, no todos tienen claro los hábitos saludables de que deben adoptar luego del IAM. De la Calle Pérez *et al.*²⁰¹, realizaron un seguimiento a pacientes con IAM luego de tres años de finalizado el programa de rehabilitación cardíaca, encontrando que a pesar de tener el conocimiento y la indicación de actividad física, solo el 32% realizaba caminata y un 20% realizaba ejercicios de fuerza y movilidad, demostrando que la falta motivación y percepción del beneficio, reducen su práctica, en comparación con la modificación de otros factores de riesgo cardiovascular como la dieta (el 71% cumple con alimentación saludable).

- ✓ En la categoría del **Cumplimiento del tratamiento**, la descripción por ítems, logró establecer que aquellos con los puntajes más altos fueron los de tomar los medicamentos en el horario establecido, tomar todas las dosis indicadas y asistir a las consultas de seguimiento; en comparación con el ítem sobre cumplir con la dieta indicada. Esto respalda la idea de que para la persona puede ser más sencillo incluir en sus hábitos la medicación que excluir alimentos malsanos de la dieta, como lo muestra Casas Piedrahíta *et al.*²⁰², donde máximo el 51% de los hipertensos estudiados por ellos sigue la dieta recomendada.

En el estudio sobre adherencia en paciente hipertenso realizado por Ingaramo *et al.*²⁰³, la mayoría de los pacientes estaba bajo tratamiento combinado de medicamentos, sin embargo los tratados con monoterapia controlaron más la presión arterial respecto de los que tomaban dos o más, los cuales ofrecen varias explicaciones para este resultado, una de ellas es el nivel de complejidad de la terapia que percibe el paciente, para ellos es más fácil tomar un solo medicamento que varios, de allí que es importante optimizar los tratamientos. La OMS²⁰⁴ respalda

²⁰¹ DE LA CALLE PÉREZ, Laura. BARRIOPEDRO MORO, María Isabel y AZNAR LAÍN, Susana. Niveles de adherencia en Postinfartados. *En:* Kronos. 2004, no.5, p.1-6

²⁰² CASAS PIEDRAHÍTA, CHAVARRO OLARTE y CARDONA RIVAS., Op cit.

²⁰³ INGARAMO., Op. cit.

²⁰⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Op. Cit.

estos resultados, afirmando que los efectos colaterales reducidos, las dosis diarias menos frecuentes de antihipertensores, las monoterapias y la menor frecuencia de cambios en los medicamentos antihipertensores se asocian con mejor adherencia terapéutica.

Aunque el tratamiento farmacológico del paciente con IAM no se basa en monoterapia, si es consistente y no requiere de muchos cambios en los medicamentos luego de un tiempo, además que las características propias de la enfermedad llevan a que las personas decidan tomar el medicamento a fin de no volver a presentar un nuevo episodio que les pueda generar mayor dolor y angustia que el anterior, o incluso llevarlos a la muerte.

- ✓ En la categoría de **Implicación personal** la descripción por ítems establece que aquellos con los puntajes más altos fueron los de acomodar los horarios de medicación a las actividades diarias, cumplir el tratamiento sin supervisión y llevar a cabo el tratamiento sin grandes esfuerzos; comparado con los ítems de realizar ejercicio físico y utilizar recordatorios, que muestra puntajes bajos.

Los anteriores datos son respaldados por resultados similares en investigaciones como la de De la Calle Pérez *et al.*²⁰⁵, donde un bajo porcentaje de pacientes realizaba la actividad física recomendada, justificándose en razones como el clima y la falta de tiempo; y como la de Martín²⁰⁶, quien manifiesta que el uso de recordatorios, al parecer, no es un recurso acostumbrado que apoya la toma de medicamentos, tal vez por falta de hábito o porque no es necesario, dado que los pacientes reportaron altos puntajes en el ítem de realizar el tratamiento sin esfuerzo. La premisa de esta autora es aplicable a la presente investigación.

²⁰⁵ DE LA CALLE PÉREZ, BARRIOPEDRO MORO y AZNAR LAÍN., Op. cit.

²⁰⁶ MARTIN ALFONSO, Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007. La Habana, 2009, 145 p. Tesis de grado (Doctorado en Ciencias de la Salud). Escuela Nacional de Salud Pública.

- ✓ En la categoría de **Relación transaccional** la descripción por ítems refleja que no se presentaron puntajes medios y bajos. Los ítems con puntajes medios fueron los de decidir de manera conjunta con el médico el tratamiento a seguir y la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento; y el ítem con el puntaje más bajo fue el de analizar con el profesional de la salud cómo cumplir con el tratamiento. Una de las principales razones de estos puntajes regulares se sustentan con las ideas de Facchini²⁰⁷, quien sostiene que el modelo tradicional de atención es el culpable; donde el rol del profesional consiste en comunicar la información claramente porque se supone que el conocimiento experto necesita ser entendido por el pasivo paciente, lo que lleva a que estos últimos se sientan frustrados ante un tratamiento difícil de aplicar y que no genera los resultados esperados, mientras que el profesional, por su parte, siente que actuó correctamente, transformando la relación paciente-profesional, en una relación en la cual un sujeto vigila y el otro pone pretextos para justificar su fracaso.

Los niveles medio y bajo en esta categoría pueden ser explicados desde la estructura de la consulta, desde el tiempo empleado para ella hasta la relación que hacen, en este caso, con el médico especialista, de manera que Cazorla Roca *et al.*²⁰⁸, utilizó consultas únicamente por enfermería para el seguimiento de los pacientes que finalizaban la rehabilitación cardíaca, concluyendo que los pacientes encontraban allí el apoyo necesario para conseguir, modificar y mantener la adherencia a los tratamientos, en especial los relacionados con el estilo de vida. Se podría asegurar, que estos autores presentan la causa y la solución a los bajos niveles de la adherencia al tratamiento con respecto a la relación transaccional o a los factores relacionados con los prestadores de asistencia sanitaria, ya que al parecer la forma en que el profesional de la salud aborda la consulta influye en el cumplimiento, y enfermería es quien mejor entiende al paciente y empatiza con él.

²⁰⁷ FACCHINI, Mónica. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación medico-paciente. En: Medicina. 2004, vol.64, p.550-554.

²⁰⁸ CAZORLA ROCA, M. GALÁN FERNÁNDEZ, S. CORCOY RIGULA, R., *et al.* Rehabilitación cardíaca. ¿cómo mantener los cambios en el estilo de vida de los pacientes? En: Enfermería en cardiología. 2004, no.32-33, p.58-61.

De acuerdo con los resultados de la Tesis doctoral de Libertad Martín²⁰⁹, realizada con personas hipertensas, expone que el componente de Implicación personal presentó los ítems de utilización de recordatorios y llevar el tratamiento sin esfuerzo con los mejores resultados; y los ítems de cumplir sin supervisión, realizar los ejercicios físicos indicados y acomodar sus horarios de medicación con los puntajes más bajos. Todos los ítems que integran el componente de Relación transaccional obtuvieron valores promedios intermedios; y los ítems del componente Cumplimiento del tratamiento obtuvieron resultados bajos y medios, los más bajos son la toma de medicamentos en el horario establecido y en las dosis indicadas. Esto se aleja un poco de los resultados obtenidos en la presente investigación, sin embargo, el contraste de los datos obtenidos en los dos estudios aplicando el mismo cuestionario, puede ser evidencia de que existe algún componente de la enfermedad (físico, psicológico o social) que hace que las personas adopten diferentes niveles de adherencia, ya que se manejaron personas con IAM e hipertensión arterial respectivamente.

En contraposición, esta investigación presenta una población con IAM que es adherente, en especial en lo relacionado con el cumplimiento terapéutico, aspecto que puede ser explicado desde la vivencia de la propia patología y lo que la caracteriza, ya que el IAM genera dolor y un sentimiento de cercanía a la muerte en comparación con la hipertensión arterial que es una patología silenciosa, lo que demuestra que dentro de los factores determinantes de la adherencia²¹⁰, los relacionados con la enfermedad son los que, al parecer, hacen la diferencia en estos casos.

Para Fernández López *et al.*²¹¹, los resultados de su estudio con personas hipertensas, fueron similares a este, ya que para el cumplimiento farmacológico, los pacientes incluidos manifestaron un elevado nivel de adherencia autoinformado, donde más del

²⁰⁹ MARTIN ALFONSO, Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007., Op. cit.

²¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Op. Cit.

²¹¹ FERNÁNDEZ LÓPEZ, Luisa. GUERRERO LLAMAS, Lucía. GUTIÉRREZ VILLAPLANA, Josep M., *et al.* Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos. En: Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2007, vol.10, no.2, p.7-13.

97% de los sujetos consumen entre el 80% y 100% de la medicación prescrita; y frente a los niveles de cumplimiento higiénico-dietético, sus porcentajes son significativamente inferiores a los alcanzados en el tratamiento farmacológico. En este sentido, el seguimiento de la dieta obtendría los peores resultados (solo un 40,9 % de los sujetos la siguen diariamente), mientras que únicamente el 57 % informan realizar ejercicio físico recomendado.

En resumen, la adherencia al tratamiento evaluada con el Cuestionario MBG pone en evidencia que las dificultades en el cumplimiento de las recomendaciones, pueden estar ligadas mayormente a la relación transaccional, a ese vínculo que se genera entre el profesional de la salud y el paciente, más que en la motivación propia. Adicional a esto, los resultados con respecto a la dieta y la actividad física siguen siendo puntos álgidos en cuanto a la modificación en el estilo de vida, aspectos que tal vez se relacionen con las características propias de la persona o con la falta de apoyo en sus redes sociales.

5.3. ANÁLISIS DEL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Para la CVRS, los resultados no fueron tan alentadores como los de la adherencia al tratamiento, los datos muestran porcentajes similares en cada nivel, siendo preocupante el alto número de personas con IAM que tiene un nivel de CVRS bajo, comparado con los otros dos. Además, un resultado interesante con respecto al género, es que es mayor el porcentaje de mujeres que de hombres, con baja CVRS.

Varios estudios nacionales e internacionales^{212, 213} realizados con personas con IAM y otras enfermedades cardiovasculares, respaldan los resultados encontrados en la presente investigación, donde tiene una prevalencia importante los bajos niveles de

²¹² JOHANSSON, Ann. SVANBORG, Eva. EDÉLL-GUSTAFSSON, Ulla. Sleep-wake activity rhythm and health-related quality of life among patients with coronary artery disease and in a population-based sample. An actigraphy and questionnaire study. En: International Journal Nursing Practice. 2013, vol.19, p.390-401.

²¹³ MAROSTI, Carina Aparecida. SPADOTI, Rosana Aparecida. SCHMIDT, André, *et al.* Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011, vol.19, no.5, p.1106-1113.

CVRS. Para Vinaccia *et al.*²¹⁴, en su estudio con pacientes con hipertensión arterial leve, encontraron niveles bajos de CVRS en especial, en las dimensiones relacionadas con síntomas físicos, relaciones interpersonales y síntomas somáticos asociados con la enfermedad.

Para Gjeilo *et al.*²¹⁵, quienes realizaron su investigación con personas que habían sido intervenidas quirúrgicamente para revascularización miocárdica, determinaron que los pacientes mayores de 70 años reportaban puntuaciones más bajas de CVRS, en comparación con la población general de la misma edad, especialmente en la función física. En las pacientes de sexo femenino, se observó una tendencia a marcar un nivel de CVRS más bajo que el de la población femenina en general²¹⁶; de manera que las mujeres informaron puntuaciones significativamente más bajas que los hombres sobre tres dimensiones: función física, rol físico y vitalidad.

Un estudio realizado en Huelva, España, en el que utilizaron el mismo cuestionario de CVRS que esta investigación, encontraron resultados similares en población infartada, pero con porcentajes mínimos de baja CVRS, es así que Abreu Sánchez²¹⁷ informa en las tres fases de su investigación, en la que evaluó este constructo, que el nivel de calidad de vida es medio o con afectación moderada en un gran porcentaje de la población, quienes presentaron IAM en un tiempo entre 6 meses a 7 años, mientras que en esta población de colombianos con IAM, prevaleció la baja CVRS.

²¹⁴ VINACCIA, Stefano. QUICENO, Japcy Margarita. GÓMEZ, Ángela, *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. En: Revista Diversitas. 2007, vol.3, no.2, p.203-211

²¹⁵ GJEILO, Kari Hanne. WAHBA, Alexander. KLEPSTAD, Pal, *et al.* Health-related quality of life three years after coronary surgery: A comparison with the general population. En: Scandinavian Cardiovascular Journal. 2006, vol.40, p.29-36.

²¹⁶ NORRIS, Colleen. GHALI, William. GALBRAITH, Diane, *et al.* Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. En: Health and Quality of Life Outcomes. 2004, vol.2, no.21, p.1-12.

²¹⁷ ABREU SÁNCHEZ, Ana María. Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva. Huelva, 2012, 560 p. Tesis de grado (Doctorado en Enfermería). Universidad de Huelva.

En el estudio de Rebollo, Fernández y Ortega²¹⁸, afirman que estas variables tienen una gran influencia sobre la CVRS, ya que a mayor edad peor es la CVRS evaluada por la persona; y en cuanto al género las mujeres tienen peor percepción de su calidad de vida que los hombres. De acuerdo con Oberai²¹⁹, las mujeres que fueron sometidas a cirugía cardiovascular tienen peor CVRS que los hombres sometidos al mismo procedimiento en un período de tiempo de 6 meses, siendo los factores sociales y ambientales los responsables de estos resultados. Como se observa, la información aportada por los anteriores estudios, respalda los hallazgos de la presente investigación.

Frente a la CVRS de acuerdo al tiempo transcurrido desde el IAM, diferentes estudios realizados a los 3 meses, un año y tres años luego del evento cardiovascular, sustentan los resultados de esta investigación. Failde y Soto²²⁰, realizaron seguimiento de la CVRS a pacientes con síndrome coronario luego de 3 meses del evento, determinando que presentaron una disminución significativa en las dimensiones relacionadas con el componente físico. Brink *et al.*²²¹, valoraron la CVRS en pacientes con IAM luego de un año del evento, encontrando que la CVRS presentó resultados medios, siendo significativamente bajos en las mujeres, en especial en el componente físico.

Gjeilo *et al.*²²², en el mismo estudio que se mencionó, también evaluó la CVRS en los pacientes revascularizados luego de tres años de la intervención, evidenciando que la CVRS total fue buena en comparación con la población general, la cual estuvo en valores medios, demostrando la adaptación de los pacientes a los cambios generados por la cirugía. Lo anterior puede indicar que con el paso del tiempo, al parecer, la persona se

²¹⁸ REBOLLO, P., FERNÁNDEZ, F. y ORTEGA, F. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. En: Hipertensión, 2001, vol.18, p. 429-429.

²¹⁹ OBERAI, Shashi. Review study of health related quality of life (HRQL) among coronary artery disease patients after cardiac surgery. En: The Indian Journal Occupational Therapy. 2014, vol.46, no.1, p.22-26.

²²⁰ SOTO, M. y FAILDE I. Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. En: BMC Public Health. 2006, vol.6, no.18, p.1-10.

²²¹ BRINK, Eva. GRANKVIST, Gunne. KARLSON, Björn W., et al. Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. En: Quality of Life Research. 2005, vol.14, p.749-757

²²² GJEILO., Op. cit.

adapta a su enfermedad y tratamiento, la convierte en parte de su vida y por ende se percibe mejor CVRS luego 1 año del diagnóstico.

El constructo de CVRS se refiere al impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario²²³, al bienestar físico, emocional y social percibido después del diagnóstico y del tratamiento; por lo que aporta una medida de resultado que incorpora la percepción del paciente. Es así que, diferentes estudios han arrojado resultados similares a este en cuanto a los niveles de CVRS, por lo que al ser un fenómeno multidimensional, deben valorarse múltiples variables que pueden estar implicadas en este resultado, sin embargo, al hablarse de un constructo específico de calidad de vida relacionada con la salud, es de esperarse que en presencia de una enfermedad, los individuos no sean capaces de sobrellevar el impacto de esta y su consecuente tratamiento.

La aparición de una enfermedad como el IAM, es un estresor que requiere la movilización de recursos internos y externos de la persona para lograr afrontar y adaptarse^{224, 225}, sin embargo esto no garantiza que la persona mejore su percepción de CVRS, pero si ayuda a que con el tiempo considere que su calidad de vida está bien. Los bajos niveles de CVRS es parte del reflejo del desempeño de los profesionales de la salud, donde la mayoría perdieron esa evaluación hecha por el paciente.

Estos resultados tan homogéneos numéricamente en cada uno de los niveles de calidad de vida, es una alerta y hace un llamado urgente a los profesionales de la salud para que apliquemos esa integralidad y ese holismo con que se debe ver el paciente a la práctica, ya que esos hallazgos dejan entrever que se deja de lado la parte emocional, social, cultural, económica, espiritual, entre otras, de manera que no se comprende a la persona y no se le está brindando el apoyo que necesita para aceptar la enfermedad y el

²²³ KNOBEL. Op. Cit.

²²⁴ BULA ROMERO., Op. cit.

²²⁵ SILVA FERNÁNDEZ, Claudia Susana y AGUDELO VÉLEZ, Diana María. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. En: Acta Colombiana de Psicología. 2011, vol.14, no.1, p.47-60.

tratamiento, es decir que no se está contribuyendo a que los individuos tengan una mejor percepción de CVRS.

Por último, frente a la relación descriptiva y teórica existente entre los resultados de adherencia al tratamiento y CVRS, Ludt *et al.*²²⁶, reporta en su estudio que uno de sus hallazgos más importantes fue el de la adherencia al tratamiento como un predictor positivo de la CVRS, lo que es ratificado por Rebollo, Fernández y Ortega²²⁷, quienes han encontrado una baja CVRS en los pacientes hipertensos cuando no presentan una adecuada adhesión. Para Medeiros y Magalhães²²⁸ en su estudio con ancianos hipertensos, observó que de la población, los que mostraron mejor adherencia al tratamiento también tenían una calidad de vida superior a la media. La presente investigación arroja resultados análogos a la literatura descrita.

Teóricamente, las relaciones entre estos fenómenos se mantienen en los hallazgos de este estudio, aunque no son porcentajes altos, presenta valores medios que en los que se incluye más de la mitad de la población, lo que muestra una coherencia entre los factores de la adherencia (los relacionados con la enfermedad, con el tratamiento y con la persona) y su influencia en el bienestar físico, emocional y social de la personas, es decir, en la CVRS, por lo que descriptivamente, un comportamiento de salud como la adherencia, puede lograr una mejor CVRS percibida.

²²⁶ LUDT, Sabine. WENSING, Michel. SZECSENYI, Joachim., et al. Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients at Risk for Cardiovascular Disease in European Primary Care. En: PLoS ONE. 2011, vol.6, no.12, p.1-12

²²⁷ REBOLLO, FERNÁNDEZ y ORTEGA., Op cit.

²²⁸ MEDEIROS, Natasha Teixeira y MAGALHÃES, Thereza Maria. Avaliação de risco coronariano, adesão Terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. En: Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza. 2012, vol.25, Supl. 2, p.76-82

5.4. ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En relación con la asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM, estadísticamente se demuestra que existe una correlación positiva y significativa pero débil o moderada de acuerdo a la forma en que se analice, por lo que, cuando una variable aumenta, la otra lo hará pero no con la misma pendiente, sin que esto explique el aumento por causa de la otra.

Como lo muestra la literatura, la CVRS es un concepto multidimensional y subjetivo que la persona tiene frente a su salud, enfermedad y tratamiento, por lo que dentro de ella está implícita la adherencia al tratamiento, la cual puede funcionar como un aspecto positivo o negativo para la calidad de vida. La adherencia a su vez, también tiene varios factores que influyen en ella y no se determina por uno solo al igual que la CVRS; sin embargo, estos constructos se asocian porque al hablar de la percepción de salud en personas con enfermedades, necesariamente se encuentra la adhesión farmacológica y no farmacológica en el proceso, no queriendo decir que tienen una relación fuerte y lineal, solo que en algún momento se cruzan e influyen una en la otra.

Es importante resaltar que la correlación presenta un valor relevante, que a pesar de no ser alto es evidencia estadística a favor de la hipótesis alterna, ya que como se explica, los dos constructos son multidimensionales y multifactoriales, por lo que cualquier aspecto en ese momento de medición puede influir, demostrando que a pesar de estas características, hay una conexión entre ellas que hace que vayan en la misma dirección pero no a la misma velocidad; es decir que si la adherencia aumenta, la CVRS aumentará también pero no al mismo ritmo o intensidad.

El nivel de correlación determinado en el análisis estadístico, permite afirmar que a pesar que el valor numérico muestre una asociación débil, teóricamente es un valor modesto, casi moderado, porque pese a que ambos son fenómenos multivariados, sí hay una correspondencia entre estos, cuando se espera que influyan tantos aspectos que esta relación podría haber pasado desapercibidos.

Diversa literatura respalda y se contrapone a los resultados de esta investigación, de allí la importancia de realizarla en este contexto para verificar la existencia o no de una asociación entre adherencia al tratamiento y CVRS. Sin embargo, la literatura que apoya es mayor que la que contradice los hallazgos.

Entre quienes presentan resultados contradictorios esta Saleh *et al.*²²⁹, quienes realizaron un estudio con pacientes diabéticos en Bangladesh, para verificar la asociación entre la adherencia a algunas prácticas de autocuidado y la CVRS, encontrando que no se asociaron significativamente, sin embargo, algunas variables como el cumplimiento en el cuidado de los pies, el ejercicio y el tabaquismo mostraron una correlación con la CVRS. Sus autores concluyen que una educación orientada y eficaz culturalmente será una intervención para la mejora la adherencia y al mismo tiempo de la calidad de vida.

De forma paralela, en el estudio de Martínez *et al.*²³⁰, con población mexicana diabética, encontraron que no existe una asociación entre la calidad de vida y el comportamiento de adherencia al tratamiento en general; sin embargo, los conocimientos sobre el tratamiento y una actitud positiva hacia éste se asoció con cinco de las seis dimensiones (física, psicológica, nivel de independencia, relación social y ambiental) de la calidad de vida, siendo importante explorar precursores psicológicos del tratamiento.

Para Saleem *et al.*²³¹, quienes desarrollaron un estudio en Pakistan, con una muestra de pacientes hipertensos, donde realizaron la correlación entre adherencia y CVRS, concluyendo que era negativa y débil, explicando estos resultados desde la falta de interés y participación de los pacientes en mejorar su salud, y por otra parte, la CVRS es una percepción compleja que tiene en cuenta las características psicosociales que pueden afectar la capacidad del paciente para manejar su enfermedad, y aquí el contexto

²²⁹ SALEH, Farzana. MUMU, Shirin. ARA, Ferdous., *et al.* Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. En: BMC Public Health. 2014, vol.14, no.431, p. 1-10

²³⁰ MARTÍNEZ, Yolanda. PRADO AGUILAR, Carlos. RASCÓN PACHECO, Ramón., *et al.* Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. En: BMC Health Services Research. 2008, vol.8, no.164, p.1-10.

²³¹ SALEEM., Op. cit.

social fue determinante en estos resultados, pues la violencia desplaza aspectos como la salud en enfermedades crónicas.

En general, varias de las razones dadas por los anteriores autores frente a la no asociación de los fenómenos²³², es que el interés y la participación de los pacientes en la mejora de la propia salud es el factor determinante del tratamiento que no se refleja en esta población, además que la CVRS, se caracteriza por una compleja red de aspectos psicosociales que pueden afectar la capacidad del paciente para manejar su enfermedad crónica y esto no depende de un solo factor. También, puede ser vinculada a la frecuencia y la clase de medicación, ya que la eficacia de los antihipertensivos e hipoglicemiantes son incuestionables, pero algunos efectos secundarios pueden ser una posible razón para la disminución de la CVRS.

Por otra parte, están las investigaciones que sustentan los hallazgos de este estudio, como el estudio de Castañeda Hernández²³³, quien realizó la misma asociación pero con pacientes oncológicos que tenían menos de 6 meses en tratamiento, encontró una correlación positiva débil ($r=0,23$). Respecto de los factores de la adherencia al tratamiento, se evidencia que los socioeconómicos, los relacionados con la terapia y los relacionados con el paciente pueden generar afectación sobre la medición de la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas.

Para Ludt *et al.*²³⁴, quienes realizaron un análisis multinivel para identificar los predictores de la CVRS en paciente con factores de riesgo cardiovascular, determinando que el género femenino, la edad y la baja escolaridad se correlacionaron negativamente con la CVRS, resultados equivalentes a los hallazgos de esta investigación. Adicional a esto, la adherencia al tratamiento y la actividad física se identificaron como predictores positivos de la CVRS, lo que es consistente con la correlación dada aquí.

²³² SALEH., Op. cit.

²³³ CASTAÑEDA HERNÁNDEZ, Álvaro Hernando. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. Bogotá D.C., 2014, 138 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.

²³⁴ LUDT., Op. cit.

Otro estudio como el de Côté *et al.*²³⁵, realizado en Canadá con tres poblaciones diferentes de hipertensos controlados, pacientes de alto riesgo con más de una enfermedad crónica y ancianos que toman al menos tres tipos de medicamentos, obtuvo resultados divergentes con respecto a los tres grupos, concluyendo que la correlación entre adherencia al tratamiento y CVRS fue positiva y fuerte en población de alto riesgo y positiva pero débil en los hipertensos controlados, aduciendo este resultado al tipo de población, lo que hace aún más evidente que la percepción del paciente influye tanto en los niveles de adhesión como de CVRS. Por otro lado, un estudio realizado por Carballo *et al.*²³⁶, en pacientes con VIH positivo en España, concluyó que ciertos dominios de CVRS están estrechamente relacionados con la adherencia al tratamiento.

Al igual que en el estudio de Abreu Sánchez²³⁷ las correlaciones entre las diferentes áreas de la CVRS se asocian significativamente entre sí en este estudio; sin embargo están ausentes las asociaciones entre sí en las 3 dimensiones del cuestionario de Adherencia. Esto puede indicar que los valores asignados en cada dimensión son independientes una de la otra, quiere decir que si una obtiene un puntaje alto, no necesariamente la otra deberá tener un puntaje alto también. Asimismo, se pensaría que las dimensiones que plantea este cuestionario para la adherencia permiten ver que en realidad mide los niveles de adherencia y no los factores de la adherencia, ya que estos sí se asocian entre sí, como lo muestra Castañeda Hernández²³⁸. Con la CVRS pasa diferente, y esto puede ser explicado en que una dimensión puede influir en otra, porque al ser un fenómeno multidimensional, cualquier aspecto interno o externo de la persona puede afectar en su resultado.

Al especificar las correlaciones entre las dimensiones de la adherencia al tratamiento y la CVRS, se logra inferir que el total de la adherencia no se asocia con la dimensión de sueño y descanso de la CVRS, porque teóricamente no existe conexión entre ellas, el

²³⁵ CÔTÉ., Op. Cit

²³⁶ CARBALLO., Op. cit.

²³⁷ ABREU SÁNCHEZ., Op. Cit

²³⁸ CASTAÑEDA HERNÁNDEZ., Op. cit.

descanso no repercute en cumplir el tratamiento o decidir seguir la dieta. Con respecto al total de CVRS y su única asociación con la dimensión de implicación personal de la adherencia al tratamiento, se presume que estas se relacionan porque la CVRS es subjetiva y depende de la percepción del paciente, lo que influye en la búsqueda personal de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones. Ambas se conectan con la persona, su conducta frente a la enfermedad y el tratamiento, y su capacidad de tomar decisiones u opinar sobre su vida.

La dimensión de cumplimiento del tratamiento solo se asocia con la dimensión de movilidad de la CVRS, esto podría explicarse desde la interpretación de los ítems de cada cuestionario en la dimensión mencionada, y es que parte de ellos se relacionan en el desarrollo actividades físicas, que a su vez implican la adherencia a las recomendaciones en estilos de vida saludables. También se pensaría que la toma juiciosa de los medicamentos estabiliza los síntomas de la enfermedad, permitiendo que la persona pueda realizar sus actividades diarias como salir de la casa y caminar sin consecuencias negativas para su salud.

Por último, la relación transaccional de la adherencia, solo se asocia con la dimensión de relaciones sociales, ya que la forma en que el paciente establece las relaciones con otros luego del evento coronario, repercute en el vínculo que forman con el profesional de la salud, quien brinda las recomendaciones para su cuidado, por lo que se requiere elaborar una estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos.

Con los resultados de esta investigación, es relevante que enfermería intervenga para mejorar los niveles de CVRS en esta población, para ello, varios de los autores citados proponen el trabajo interdisciplinario como un modelo de atención que responda a las necesidades de adherencia y de calidad de vida, donde predomine la comunicación, la motivación y las intervenciones conductuales²³⁹.

²³⁹ RODIS, Jennifer y KIBBE, Pamella. Evaluation of medication adherence and quality of life in patients with hepatitis C virus receiving combination therapy. En: Gastroenterology Nursing. 2010, vol.33, no.5, p.368-374

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

La adherencia al tratamiento como fenómeno de interés en salud, ha sido ampliamente abordada en enfermería y otras disciplinas; sin embargo, se consideró pertinente describir si esta tenía o no una influencia significativa sobre la percepción que tienen las personas frente a su salud, es decir sobre su CVRS. Consecuente con lo anterior, y dando cumplimiento a los objetivos de la presente investigación, se caracterizó la población, se describió su nivel de adherencia al tratamiento, se estableció su nivel de CVRS y se determinó la asociación entre los constructos mencionados.

La población de estudio estuvo conformada por 180 personas con IAM seleccionadas aleatoriamente, que habían presentado el evento en un tiempo mayor a 6 meses y que asistían a la consulta de cardiología, cirugía cardiovascular y rehabilitación cardíaca. La caracterización de la población, muestra que los participantes fueron en su mayoría hombres, la edad media fue de 63 años en un rango de 23 a 89 años, donde predominan los de 56 a 65 años de edad, ya que la población es heterogénea con respecto a esta variable. En cuanto al tiempo transcurrido después del IAM, su promedio fue de 35 meses, y el 76,6% de los participantes, se concentra en el período de tiempo de 6 meses a 3 años. Con respecto a las comorbilidades, se encontró una alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus, datos acordes con la epidemiología del país.

Los hallazgos en el nivel de adherencia al tratamiento, evidencian que predominó la adherencia total (54%) y la adherencia parcial (45%), con un 1% de no adherentes; de los participantes, las mujeres son más adherentes que los hombres, aunque la diferencia porcentual no es significativa, y también quienes llevan menos de 2 años en el tratamiento por IAM.

Al describir los niveles de adherencia al tratamiento por las categorías propuestas por el Cuestionario MBG, se observa que frente al tratamiento farmacológico, el 100% de los participantes afirmaron que sí tenían indicación de medicamentos para el manejo de la enfermedad; y más de la mitad confirmaron tener manejo no farmacológico con dieta baja en sal, consumo de grasa no animal y realizar ejercicio físico.

En la dimensión de Cumplimiento del tratamiento, los ítems relacionados con la toma de medicamentos y la asistencia a las consultas de control, fueron realizados siempre y casi siempre en un gran porcentaje de los participantes, solo se observa que el ítem sobre cumplir la dieta indicada, predominó el a veces y el casi nunca. Lo anterior demuestra que para esta población, la idea de tomar medicamentos es más fácil de llevar a cabo que seguir la dieta.

En la dimensión de Implicación personal, los ítems relacionados con acomodar la medicación a la vida y la facilidad de cumplir con el tratamiento, fueron ejecutados siempre y casi siempre por un alto porcentaje de la población; mientras que el ítem de realizar actividad física, solo lo cumple un pequeño número de participantes. Estos resultados ponen en evidencia que la modificación de los estilos de vida o el seguimiento a las recomendaciones no farmacológicas, parece ser que la modificación de la conducta es el principal problema en la adherencia.

En la dimensión de Relación transaccional, correspondientes a los ítems sobre la relación profesional – paciente y la participación de este último en el tratamiento propuesto, se evidencia que los participantes consideran que esto pasa siempre o casi siempre, sin embargo hay un pequeño porcentaje (pero significativo) que piensa que nunca o casi nunca es reconocida su participación en su propio tratamiento. Estos hallazgos, permiten reflexionar sobre el importante papel de los profesionales de la salud en la adherencia al tratamiento, ya que es poco probable que una persona a la que se le impone una terapéutica la cumpla cuando, puede que no esté de acuerdo o existan factores externos que no le ayuden a seguir las recomendaciones; de allí que la consulta debe ser personalizada y ver al individuo como un ser íntegro y diferente en cada caso.

Otro de los conceptos operacionalizados en esta investigación fue la Calidad de Vida relacionada con la salud, obteniendo resultados homogéneos en sus niveles. Los datos indican que el 37% del total de participantes tiene un nivel de CVRS alto, el 36% un nivel medio, y el 27% tienen un bajo nivel, siendo predominante la población femenina en este último y el rango de edad de 76 a 80 años.

Frente a la CVRS de acuerdo al tiempo transcurrido desde el IAM, los que presentan una alta CVRS (37%) son los que llevan de dos a tres años luego del evento, en un porcentaje que no es tan significativo en comparación con los resultados de los otros niveles, ya que la baja CVRS (27%) está presente en todos los rangos de tiempo establecidos, siendo los de mayor prevalencia los que llevan de 6 meses a un año y de 5 a 6 años. Con esto, puede deducirse que los rangos de tiempo en los que hay peor CVRS, son indicativos de un período de adaptación a la enfermedad y de un momento de cansancio de llevar mucho tiempo con la enfermedad y sus complicaciones y no tener una recuperación definitiva, tal vez porque no comprenden que su patología es crónica.

Es preocupante la presencia de un porcentaje significativo de participantes con bajo nivel de CVRS (27%), ya que estos niveles se relacionan con baja adherencia a los tratamientos, no obstante, no solo el cumplimiento se afecta, sino también se debe verificar la conducta, la motivación y el proceso de adaptación a la enfermedad junto con factores externos que llevan a la persona a considerar que las cosas en su vida y específicamente en su salud no mejoran sino empeoran.

Por último, dando respuesta al objetivo general de esta investigación, se estableció que la correlación o asociación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en personas con IAM, fue determinada por medio del coeficiente de correlación de Spearman, arrojando un valor de -0,315 con una significancia de $p=0,00001$, donde el número negativo es reflejo de la naturaleza de las escalas con las que fueron medidas las variables. Este dato es indicativo de que la correlación entre las variables sí existe y es estadísticamente significativa, aunque el valor de correlación, que mide la intensidad de esa asociación es catalogado como débil o numéricamente modesto. Es importante resaltar que la correlación presenta un valor relevante, que a pesar de no ser alto es evidencia estadística a favor de la hipótesis alterna, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los fenómenos que presenta este estudio.

La matriz de correlación entre las dimensiones de adherencia y CVRS indican asociaciones significativas entre varias de estas, como el total de adherencia que no se asocia únicamente con la dimensión de sueño y descanso de CVRS; mientras que el total de CVRS solo se correlaciona con la dimensión de implicación personal de la adherencia al tratamiento.

Esta investigación también permitió comprobar algunos de los supuestos teóricos de la teoría de rango medio de la CVRS, donde afirman que “La actitud de cuidado, las intervenciones de enfermería y la promoción del autocuidado, son percibidas por el paciente e influyen como variables de resultado en la CVRS” y que “Las características individuales y del ambiente influyen en todas las dimensiones de la CVRS”; y en efecto, este fenómeno multidimensional prueba la influencia de múltiples factores internos y externos en la percepción de esta, y puede ser modificada con intervenciones conductuales, motivacionales y de conocimiento que dan los profesionales de la salud.

La asociación que se estableció entre estos fenómenos, es un avance significativo para la sociedad y para la disciplina, porque aporta el sustento para la creación de programas institucionales y políticas públicas que respalden estrategias basadas en la adherencia al tratamiento, no solo para disminuir cifras de enfermedades cardiovasculares, sino para mejorar la satisfacción de las personas con su salud.

6.2. Recomendaciones

Para futuros investigadores:

- ✓ Se sugiere continuar las investigaciones sobre la CVRS en diversas poblaciones con enfermedades cardiovasculares, ya que este estudio dio de cuenta que cada enfermedad tiene una connotación diferente en la vida de las personas que la padecen.
- ✓ Realizar seguimiento a la adherencia al tratamiento en población con enfermedad cardiovascular en un tiempo mayor a un año, puesto que la literatura refiere que con el paso del tiempo es menor la adherencia, aspecto que no se pudo comprobar en este estudio por no tener información previa.

- ✓ Desarrollar estudios multivariados de asociación y/o predictivos sobre la CVRS. Es importante lograr determinar los factores que se correlacionan con este constructo y que llevan a establecer su buena o mala percepción.
- ✓ Validar y ajustar el Cuestionario de Velasco – Del Barrio para medir CVRS en población con enfermedad coronaria al contexto colombiano.

Para los profesionales de la salud

- ✓ Como se observa en los resultados de esta investigación, la adherencia al tratamiento y la CVRS no dependen únicamente de la intervención de los profesionales de enfermería, sus óptimos niveles y la satisfacción del individuo se consiguen con el aporte del trabajo interdisciplinario, de manera que se debe propender por trabajar en beneficio de los pacientes y no como una competencia entre disciplinas.
- ✓ Aunque el sistema de salud se ha encargado de limitar las funciones de los profesionales de la salud y los tiempos de consulta, se deben poner en práctica estrategias que permitan ver al paciente como una persona integral y holística, con el fin de entender lo que pasa en su interior y a su alrededor para ayudarlo más fácilmente a cumplir su tratamiento y mejorar su CVRS.
- ✓ Los profesionales de la salud deben contribuir a que las personas cambien la percepción de ellos, y los sientan más cercanos y menos autoritarios.

Para las políticas y programas de salud

- ✓ Como el trabajo interdisciplinario es indispensable para lograr una buena adherencia al tratamiento y contribuir a la buena CVRS, es importante la creación de programas donde todos intervengan y se interesen por la vida del individuo que busca ayuda para mejorar sus condiciones de salud.
- ✓ El sistema de salud es una de las principales barreras al momento de obtener atención en salud, de manera que es imperante el desarrollo de políticas que permitan que los usuarios tengan sus consultas y seguimientos en una misma IPS y con los mismos profesionales, ya que la confianza establecida es un factor que favorece la adherencia al tratamiento.
- ✓ Como los programas de salud para personas con enfermedades cardiovasculares deben ser integrales, los individuos no solo deben contar con la atención para su cuerpo, sino también para su mente y su entorno, esto garantizaría una mejor CVRS.

- ✓ A los proponentes y creadores de programas, guías y políticas de salud, hacer visible la adherencia al tratamiento como el eje y la meta prioritaria de la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Para las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

- ✓ Se recomienda ampliar el horizonte investigativo, permitiendo el desarrollo de estudios unidisciplinarios e interdisciplinarios que contribuyan a la salud y la mejora de la prestación del servicio. La evolución de la salud está en la investigación, por lo que es imperante promoverla en todas las IPS del país.
- ✓ Parte de las investigaciones que se deben promover en las IPS, deberán estar orientadas al desarrollo de guías y protocolos de atención basadas en la evidencia, con el fin de aportar un cuidado con los mayores avances y estándares científicos.
- ✓ Las IPS deben aclarar las funciones del profesional de enfermería en el rol asistencial, con el fin de cumplir con sus responsabilidades de cuidado directo y sea ellos quienes evalúen y promuevan la inclusión de la planificación del cuidado en el proceso de atención de enfermería, haciendo énfasis en los fenómenos trabajados.
- ✓ Todos los profesionales de la salud, deben establecerse en la misma línea jerárquica, ya que cada profesión es importante en la atención de las personas y cumple una función específica, esto garantizaría el verdadero trabajo interdisciplinario.
- ✓ Los resultados de esta investigación contribuyen a la creación y planteamiento del Plan de egreso institucional, que es regulado por la Resolución 2003 de 2014 y que hace parte de los componentes de la habilitación de los servicios de salud.

Para la disciplina de Enfermería

- ✓ Reconocer el papel investigador de los enfermeros fuera de la comunidad académica o del mismo gremio, la disciplina debe hacerse visible ante la sociedad en general con el fin de cambiar la concepción que se tiene de la profesión.
- ✓ Empoderar a los enfermeros para que se involucren en la política, para que con argumentos logren cambiar aspectos de la salud, y de esta forma promuevan programas que beneficien a la población.
- ✓ La adherencia al tratamiento y la CVRS dejan ver entre líneas el trabajo de enfermería, por lo que se debe indagar más en intervenciones para la adherencia y la contribución de la profesión a la CVRS de los individuos, lo que a largo plazo podría derivar en teorías deducidas de la práctica.

Para los creadores de los Instrumentos

- ✓ Es recomendable actualizar, ajustar y validar una versión del instrumento de CVRS, el Cuestionario de Velazco y Del Barrio para ser utilizada en población latinoamericana.

6.3. Limitaciones

- ✓ Limitación en el tiempo para el desarrollo de la investigación, ya que el estar condicionado a un lapso estricto para entregar resultados puede hacer que puedan pasarse por alto aspectos importantes para el estudio.
- ✓ Aunque la población de personas con IAM es amplia, el SGSSS es una limitación para acceder a ellos ambulatoriamente, ya que no es oportuno al momento de autorizar las consultas y por esta razón no asisten a ellas.
- ✓ La dificultad en la participación de la personas es una limitante, esto debido a que ni los usuarios ni otros profesionales de la salud entienden la importancia de la investigación para el avance de la disciplina.

Anexo A: Aval por Comité de ética de la Facultad de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

UGI- 126-2014

Bogotá D.C. 13 de junio de 2014

Profesora
CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO
Directora
Posgrados Unidisciplinares
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Referencia: Aval ético

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 9 de junio de 2014 Acta 10, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Maestría en Enfermería titulado **"Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud de las personas con infarto Agudo de Miocardio"** de la estudiante Jennifer Rojas Reyes. Directora Magda Lucía Flórez Flórez

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)
LORENA CHAPARRO DÍAZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

Copia: Prof. Magda Lucía Flórez Flórez, Directora del proyecto
Jennifer Rojas Reyes, Estudiante Maestría

Anexo B: Autorización Clínica Vascular Navarra



CLÍNICA VASCULAR NAVARRA

Nit 800.247.537-6

GG-057-14
Bogotá, D.C. 7 de Mayo de 2014

Doctora
LUISA FERNANDA MOSCOSO
Directora de Tesis
PhD 8 (C) en enfermería
Facultad de Enfermería
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Ciudad

Respetada Doctora:

Por medio del presente le informo que el día 20 de Marzo 2013, se llevó a cabo la reunión del Comité de Ética en el que fue analizado el proyecto de investigación formativa titulado Asociación entre Adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con infarto agudo de miocardio, presentado por usted y que por unanimidad se autorizó mediante Acta No. 46 obtener el registro de la información que sean necesarias para fines académicos y científicos.

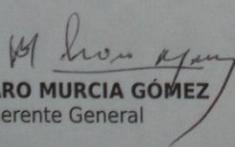
Adicionalmente el comité solicito que nos haga llegar una copia del trabajo final del proyecto para ser conservado por la Clínica.

A continuación relacionamos el nombre de la estudiante autora del proyecto comentado en el comité:

➤ Jennifer Rojas Reyes

Cualquier información adicional con gusto la suministraremos.

Atentamente,


ALVARO MURCIA GÓMEZ
Gerente General

Copia: Lic. Jennifer Rojas Reyes

Ludy C

En la Frontera de la Excelencia
AK 45 No. 106-30 • PBX: (571) 6059999 • FAX: (571) 5239338
www.cardiovascularnavarra.org



Anexo C: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE ENFERMERÍA INVESTIGACIÓN

Asociación entre Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas con Infarto Agudo De Miocardio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario,

Mi nombre es Jennifer Rojas Reyes, soy Enfermera Profesional y actualmente soy estudiante de la Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia, por tal razón me encuentro realizando la investigación titulada “**Asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en personas con Infarto Agudo de Miocardio**”, cuyo objetivo es determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con infarto agudo de miocardio, y de esta forma se logre dar herramientas a la profesión y a todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para la construcción de programas orientados a promover la adhesión como una forma efectiva de mejorar la percepción de bienestar y calidad de vida en las personas con una enfermedad cardiovascular como el infarto agudo de miocardio.

Su participación es totalmente **voluntaria**, siéntase en libertad de decidir, sin embargo usted fue elegido para tomar parte en este estudio porque cumple con los criterios de interés, como ser mayor de 18 años, tener diagnóstico médico de Infarto Agudo de Miocardio hace más de 6 meses y estar asistiendo a consulta de cardiología o rehabilitación cardíaca en esta IPS.

Por lo anterior, para el desarrollo de esta investigación, se debe recolectar información por medio del diligenciamiento de dos cuestionarios que miden los temas de interés y están autorizados a ser utilizados por sus respectivos autores:

- Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica
- Cuestionario de Velasco-Del Barrio para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto

Luego de esto, los datos suministrados serán analizados estadísticamente para dar cumplimiento al objetivo de esta investigación, por eso, es muy importante contar con su colaboración para el diligenciamiento de estos cuestionarios.

GARANTÍAS DE SU PARTICIPACIÓN

- ✓ La información que usted suministre al diligenciar los cuestionarios se mantendrá bajo estricta confidencialidad, en ellos no se le solicitará ningún dato personal suyo (nombre, dirección, cédula), ni se utilizará su nombre en la investigación.

- ✓ Para participar en este estudio no deberá asumir ningún costo; ni tampoco se le proporcionará compensación económica por la participación.
- ✓ Como su participación es voluntaria, tiene total libertad para retirarse de este estudio en caso que así lo considere, sin que por ello tenga algún tipo de represaría o limitación en los servicios y la atención que usted recibe aquí.
- ✓ Los datos obtenidos se custodiarán y solo serán utilizados para fines académicos, los resultados serán divulgados en eventos científicos y publicados en revistas científicas únicamente.
- ✓ Se le informará oportunamente sobre el día y la hora en que los resultados serán socializados en esta institución por si usted desea conocerlos.
- ✓ El nivel de riesgo de este estudio según la Resolución 8430 de 1993, se clasifica en "Investigación sin riesgo", ya que no realiza ninguna intervención física, psicológica o social directa.

Esta investigación tiene una duración aproximada de 2 años, pero su participación en ella solo requiere de media hora aproximadamente para contestar los cuestionarios. Siéntase con libertad de preguntar lo que no entienda; si lo requiere solicite una copia de este documento. Cuando haya comprendido la información y haya decidido participar, le solicito firmar voluntariamente, acompañado por el investigador a cargo.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración para el desarrollo de este estudio.

Yo _____ he leído y entendido el contenido de este documento, además han sido resueltas todas mis dudas y sé que puedo retirarme en el momento en que lo desee; por lo que he recibido suficiente información y voluntariamente acepto participar en esta investigación como persona que ha sufrido Infarto Agudo de Miocardio.

Firma del participante o huella digital

Fecha

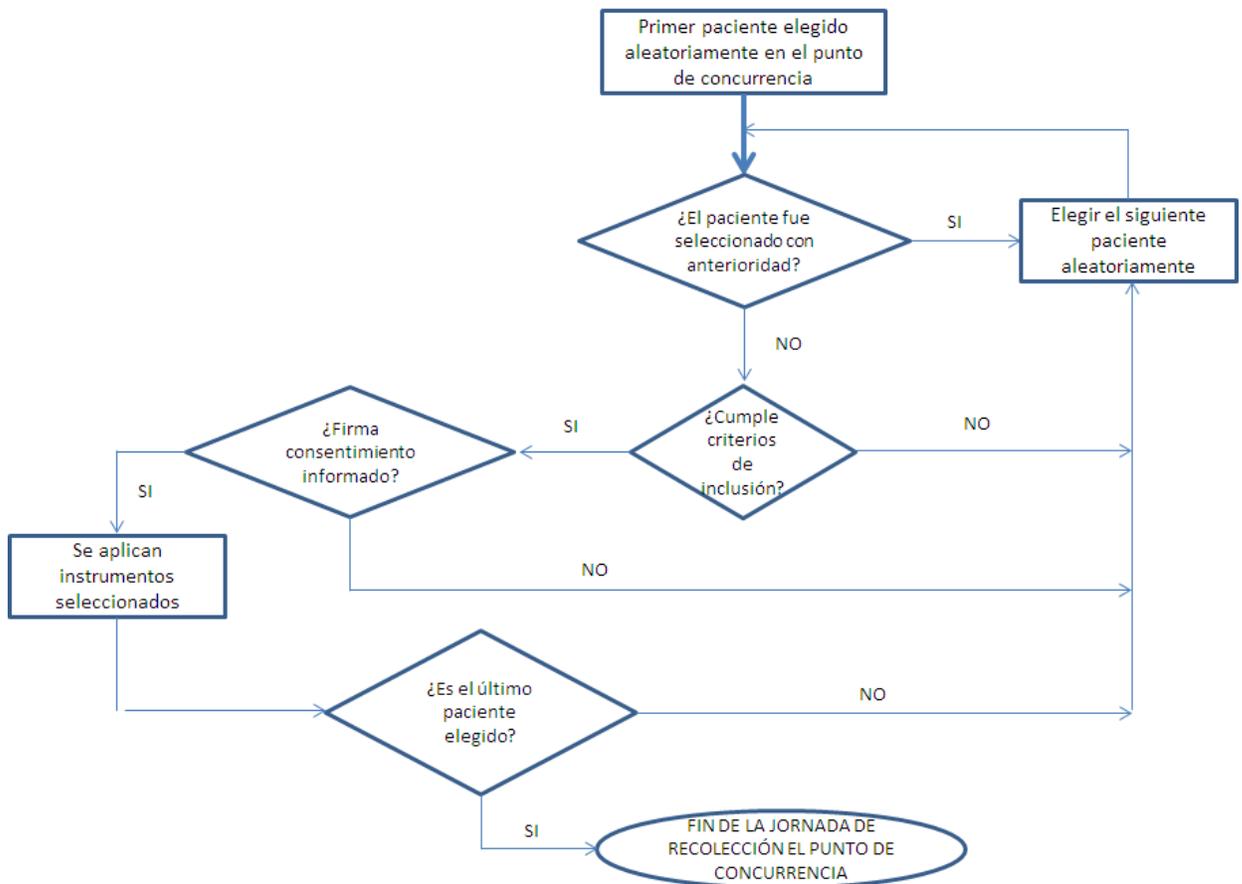
He explicado el estudio al participante arriba presentado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador

Fecha

En caso tal de que la información suministrada no haya sido clara, desee ampliarla o quiera tener contacto con el proceso, puede comunicarse a mi número celular: 3214521431, o escribir un email a ijrojasre@unal.edu.co, y con mucho gusto escucharé y atenderé su solicitud. También puede comunicarse al número telefónico 3165000 Ext. 17020 y al correo ugi_febog@unal.edu.co del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, quienes avalaron el desarrollo de esta investigación.

Anexo D: Algoritmo de selección de participantes



Esquema 4: Algoritmo de aleatorización para la selección de participantes.
 Elaborado por: Rojas Reyes, Jennifer. Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2013

Anexo E: Autorizaciones para uso de Instrumentos

Solicitud autorización para uso de Cuestionario de Velasco-Del Barrio Recibidos x

Jennifer Rojas Reyes <jrojasre@unal.edu.co> 8 de ene. ☆
 para jose ▾

Doctor
 José de Velasco
 España

Reciba un cordial saludo,

Deseándole éxitos en este nuevo año, nuevamente me presenta a usted, mi nombre es Jennifer Rojas, ya había tenido contacto con usted en Julio del año pasado, soy enfermera y actualmente me encuentro cursando estudios de Maestría en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular en la Universidad Nacional de Colombia, por lo que para mi tesis he decidido trabajar el tema de adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes que hayan sufrido IAM. Es así que, quisiera solicitar su autorización y la de su colega para la aplicación del "Cuestionario de Velasco-Del Barrio".

Aunque en un correo anterior usted me expresa su disposición para guiarme en el uso de este cuestionario, es necesario que su autorización para su uso y posible ajuste semántico a la cultura colombiana (lo cual no cambiaría la esencia y la finalidad del instrumento), sea explícita, ya que para trámites administrativos y de comité de ética debe estar claramente expresada la autorización por uno de los autores.

Agradezco mucho su colaboración y pido disculpas de antemano por las molestias generadas.

En espera de pronta respuesta,

Jennifer Rojas
 Enfermera Universidad Nacional de Colombia
 Bogotá-Colombia

D.JOSE A. DE VELASCO RAMI,

Doctor en Medicina, Especialista en Cardiología y Profesor Asociado jubilado del Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia, España,

por la presente autorizo a la Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, **Sra. Jenniffer Rojas Reyes**, para la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes postinfarto de Velasco-Del Barrio del cual soy autor principal, publicado en la Revista Española de Cardiología previa validación del mismo para su adaptación a los cambios que sean necesarios a la cultura de su país, en el trabajo de tesis que me comunica va a realizar en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio.

Lo que certifico a petición de la interesada en Valencia, España, a nueve de Enero de 2014.



Fdo.: José A. de Velasco Rami, MD, PhD
 Colegiado Médico 4750 de Valencia, España

solicitud permiso para uso de cuestionario MBG Recibidos x

Jennifer Rojas Reyes <jrojasre@unal.edu.co> 8 de ene. ☆
para liber ▾

Doctora
Libertad Martín Alfonso
Escuela Nacional de Salud Pública
La Habana, Cuba

Reciba un cordial saludo,

Mi nombre es Jennifer Rojas, soy enfermera y actualmente me encuentro cursando estudios de Maestría en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular en la Universidad Nacional de Colombia, por lo que para mi tesis he decidido trabajar el tema de adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes que hayan sufrido Infarto Agudo de Miocardio. Es así que dentro de la revisión de la literatura, encontré el cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica, el cual fue diseñado por usted y sus colegas Hector Bayarre y Jorge Grau, y sobre el cual me encuentro muy interesada para su aplicación en mi tesis, en Bogotá - Colombia.

Por tal motivo, quisiera solicitar su autorización y la de sus colegas para su aplicación, y en caso de ser necesaria su modificación con ajustes semánticos para mi medio cultural. Además deseo saber también si su uso tiene algún costo.

Agradezco mucho su atención y colaboración,

En espera de pronta respuesta,

Jennifer Rojas
Enfermera Universidad Nacional de Colombia
Bogotá-Colombia

Libertad Martín <liber@infomed.sld.cu> 11 de ene. ☆
para mí ▾

Estimada Jennifer:
Con respecto a la utilización del cuestionario en tu investigación no hay inconveniente, solo me preocupa la modificación o ajustes semánticos como dices dado que puede alterar la construcción a partir de las categorías que le dieron origen. Te recomiendo utilizarlo tal como fue lebaorado y validado para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados.

saludos,
Dra. Libertad Martín Alfonso

Libertad Martín 11 de ene. ☆
Estimada Jennifer: Con respecto a la utilización del cuestionario en tu inves...

Jennifer Rojas Reyes <jrojasre@unal.edu.co> 11 de ene. ☆
para Libertad ▾

Dra. Libertad, muchas gracias por su autorización, y de acuerdo a su recomendación, lo utilizaré tal como esta construido. La mantendré al tanto de los avances en mi tesis frente a los resultados que vaya arrojando con el instrumento. Muchas Gracias,

Jennifer Rojas
Enfermera
Bogotá, Colombia

El 11 de enero de 2014, 2:16, Libertad Martín <liber@infomed.sld.cu> escribió:

Anexo F: Cuestionario de Velasco-Del Barrio para evaluar la Calidad de Vida en pacientes postinfarto

Cuestionario para determinar la calidad de vida en el paciente postinfarto (Velasco-Del Barrio)					
Salud					
1. Tengo dolor en el pecho.....	5	4	3	2	1
2. Tengo fatiga o noto que respiro mal.....	5	4	3	2	1
3. Me siento más cansado que antes.....	5	4	3	2	1
4. Me cuesta levantarme por las mañanas.....	5	4	3	2	1
5. Tomo demasiados medicamentos.....	5	4	3	2	1
6. Me cuesta seguir el régimen de alimentación.....	5	4	3	2	1
7. Echo de menos el fumar.....	5	4	3	2	1
8. Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer..	5	4	3	2	1
Sueño y descanso					
9. Me apetece descansar durante la mayor parte del día.....	5	4	3	2	1
10. Cuando me siento, doy más cabezadas que antes.....	5	4	3	2	1
11. Duermo peor que antes.....	5	4	3	2	1
Comportamiento emocional					
12. Río o lloro de repente, sin motivo.....	5	4	3	2	1
13. Reacciono de forma nerviosa o inquieta.....	5	4	3	2	1
14. Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo	5	4	3	2	1
Proyectos de futuro					
15. Siento miedo a morirme.....	5	4	3	2	1
16. Soy una carga para mi familia y me siento inútil.....	5	4	3	2	1
17. No hago planes para mi futuro.....	5	4	3	2	1
Movilidad					
18. He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al Banco, etc.....	5	4	3	2	1
19. Me da miedo conducir mi coche.....	5	4	3	2	1
20. Me quedo la mayoría del tiempo en casa.....	5	4	3	2	1
21. He reducido mis salidas lejos de casa.....	5	4	3	2	1
22. Ahora camino distancias más cortas.....	5	4	3	2	1
23. No subo nunca escaleras.....	5	4	3	2	1
Relaciones sociales					
24. Ahora tengo menos relaciones con otras personas.....	5	4	3	2	1
25. Ha descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco.....	5	4	3	2	1
26. Reacciono desagradablemente con mi familia.....	5	4	3	2	1
27. Me aísto lo más que puedo de mi mujer y mis hijos.....	5	4	3	2	1
28. Encuentro exagerados los cuidados de mi familia.....	5	4	3	2	1
29. Me siento abandonado por todos.....	5	4	3	2	1
30. El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas	5	4	3	2	1
31. El dinero es insuficiente para los gastos extra.....	5	4	3	2	1
Comportamiento de alerta					
32. Reacciono lentamente ante las cosas que se dicen o hacen..	5	4	3	2	1
33. Tengo dificultades para razonar y resolver problemas.....	5	4	3	2	1
34. Olvido muchas cosas recientes, por ejemplo dónde he puesto algo, los nombres, etc.....	5	4	3	2	1
Comunicación					
35. Me encuentro menos afectivo o comunicativo.....	5	4	3	2	1
36. Tengo que esforzarme para mantener una conversación.....	5	4	3	2	1
37. Se me entiende con dificultad.....	5	4	3	2	1
38. Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes.....	5	4	3	2	1
Tiempo de ocio y trabajo					
39. Ahora me dedico más a pasatiempos pasivos que a actividades físicas.....	5	4	3	2	1
40. Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme....	5	4	3	2	1
41. No trabajo en nada.....	5	4	3	2	1
42. Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros.....	5	4	3	2	1
43. Deseo un trabajo distinto al que tengo.....	5	4	3	2	1
44. Deseo no volver a trabajar.....	5	4	3	2	1

Este cuestionario está destinado a conocer cómo se siente después de su enfermedad. No existen contestaciones buenas o malas, sino las que mejor describan su situación real. Cada pregunta debe ser contestada con uno de los 5 números de la derecha. El 5 representa que esa situación está *siempre* presente, el 4 que está *casi siempre*, el 3 que se da *algunas veces*, el 2 que aparece *muy pocas veces* y el 1 que no se presenta *nunca*.

Anexo G: Cuestionario de Velasco-Del Barrio con ajuste semántico

Afirmación	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
SALUD					
1. Tengo dolor en el pecho					
2. Tengo fatiga o noto que respiro mal					
3. Me siento más cansado que antes					
4. Me cuesta levantarme por las mañanas					
5. Tomo demasiados medicamentos					
6. Me cuesta seguir la dieta					
7. Echo de menos fumar					
8. Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer					
SUEÑO Y DESCANSO					
9. Quiero descansar la mayor parte del día					
10. Cuando estoy sentado, me duermo fácilmente					
11. Duermo peor que antes					
COMPORTAMIENTO EMOCIONAL					
12. Río o lloro de repente sin motivo					
13. Reacciono de forma nerviosa o inquieta					
14. Reacciono de forma irritable conmigo mismo					
PROYECTOS A FUTURO					
15. Siento miedo a morirme					
16. Soy una carga para mi familia y me siento inútil					
17. No hago planes para mi futuro					
18. He dejado de ocuparme de cualquier asunto o tarea de la casa, como llevar las cuentas e ir al banco					
MOVILIDAD					
19. Me da miedo manejar mi carro					
20. Me quedo la mayoría del tiempo en casa					
21. He reducido mis salidas lejos de casa					
22. Ahora camino distancias más cortas					
23. Evito subir escaleras					

RELACIONES SOCIALES					
24. Ahora tengo menos relaciones con otras personas					
25. He disminuido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco					
26. Reacciono desagradablemente con mi familia					
27. Me aílo lo más que puedo de mi pareja y mis hijos					
28. Encuentro exagerados los cuidados de mi familia					
29. Me siento abandonado por todos					
30. El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas					
31. El dinero es insuficiente para los gastos extra					
COMPORTAMIENTO DE ALERTA					
32. Reacciono lentamente ante las cosas que se dicen o se hacen					
33. Tengo dificultades para razonar y resolver problemas					
34. Olvido muchas cosas recientes					
COMUNICACIÓN					
35. Soy menos afectivo o comunicativo					
36. Tengo que esforzarme para mantener una conversación					
37. Se me entiende con dificultad					
38. Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes					
TIEMPO DE OCIO Y TRABAJO					
39. Ahora me dedico más a pasatiempos pasivos que a actividades físicas					
40. Ahora me resulta más difícil divertirme o entretenerme					
41. No trabajo en nada					
42. Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros					
43. Deseo un trabajo distinto al que tengo					
44. Deseo no volver a trabajar					

Anexo H: Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

Bibliografía

1. ABREU SÁNCHEZ, Ana María. Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva. Huelva, 2012, 560 p. Tesis de grado (Doctorado en Enfermería). Universidad de Huelva.
2. ACHURY SALDAÑA, Diana. SEPÚLVEDA CARRILLO, Gloria. RODRÍGUEZ COLMENARES, Sandra. GIRALDO, Isabel. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardiaca. En: Enfermería Global. 2012, vol.11, no.2, p.1-9.
3. AGGARWAL, Broke. MOSCA, Lori. Lifestyle and Psychosocial Risk Factors Predict Non-adherence to Medication. En: Ann. behav. med. 2010, no.40, p. 228–233.
4. AGUILAR BAROJAS, Saraí. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. En: Salud en Tabasco. 2005, vol.11, no. 1-2, pp.333-338.
5. ÁLVAREZ MABÁN, Erik y BARRA ALMAGIÁ, Enrique. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. En: Ciencia y Enfermería. 2010, vol.26, no.3, p.63-72.
6. ALVES DA SILVA, Suzana. LAMBERT PASSOS, Sonia Regina. CARBALLO, Mariana. y FIGUEIRÓ, Mabel. Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo: Revisión Sistemática. En: Arq Bras Cardiol. 2011, vol.97, no.6, p.526-540.
7. ARIAS REY, Agustín. La resiliencia en procesos de cuidado de la salud. Bucaramanga, Colombia; Unisangil: 2011.
8. ARISTIZÁBAL HOYOS, Gladys. BLANCO BORJAS, Dolly. SÁNCHEZ RAMOS, Araceli. OSTIGUÍN MELÉNDEZ, Rosa. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. En: Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011, vol.8, no.4, p.16-23

9. AROSTEGUI MADARIAGA, Inmaculada. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). En: Estadística Española. 2008, vol.50, no.167, p.147-192.
10. ARROYAVE, Jorge y CEPEDA, Magda. Caracterización de la restenosis de stents coronarios convencionales y liberadores de medicamentos en pacientes incluidos en el registro Drug Eluting Stent (DREST). En: Revista Colombiana de Cardiología. 2012, vol.19, no.3, p.121-131.
11. AVILLARRAGA, Marcela. Determinación Social de la Adherencia Terapéutica: Alternativa conceptual y metodológica aplicada al caso de mujeres viviendo con VIH/SIDA. Bogotá: National Graphics Ltda; 2010. pp. 38
12. BADIA, X. ALONSO J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. En: Med Clin 1994, vol.102, p.90-95
13. BASTIDAS SÁNCHEZ, Clara. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. En: Av. Enferm. 2007, vol.25, no.2, p.65-75.
14. BONILLA, Claudia. Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. Revisión Literaria. Bogotá: Unibiblos Universidad Nacional de Colombia; 2007.
15. BONILLA, Claudia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá, 2007, 140 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
16. BOWRY, Ashna. SHRANK, William. LEE, Joy., *et al.* A Systematic Review of Adherence to Cardiovascular Medications in Resource-Limited Settings. En: J Gen InternMed. 2011, vol.26, no.12, p.1479–1491
17. BRINK, Eva. GRANKVIST, Gunne. KARLSON, Björn W., *et al.* Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. En: Quality of Life Research. 2005, vol.14, p.749-757
18. BULA ROMERO, Javier. 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. Bogotá, 2011, 160 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. pp 42-50.
19. CABRERIZO GARCÍA, José y ZALBA-ETAYO, Begoña. Características del síndrome coronario agudo en pacientes ancianos españoles. En: Rev. salud pública. 2012, vol.14, no.4, p.657-667.
 20. CARREÑO MORENO, Sonia. Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. Bogotá, 2012, 175 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
 21. CASAS PIEDRAHÍTA, María Cristina. CHAVARRO OLARTE, Liliana María y CARDONA RIVAS, Dora. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. En: Hacia la Promoción de la Salud. 2013, vol.18, no.1, p.81 – 96.
 22. CASTAÑEDA HERNÁNDEZ, Álvaro Hernando. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. Bogotá D.C., 2014, 138 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.
 23. CAZORLA ROCA, M. GALÁN FERNÁNDEZ, S. CORCOY RIGULA, R., *et al.* Rehabilitación cardíaca. ¿cómo mantener los cambios en el estilo de vida de los pacientes? En: Enfermería en cardiología. 2004, no.32-33, p.58-61.
 24. CELIS DE LA ROSA, Alfredo de Jesus. Bioestadística. 2ºed. México; El manual moderno: 2008.
 25. CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra; Organización Mundial de la Salud: 2002
 26. CONTRERAS OROZCO, Astrid. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo, 2006. En: Salud Uninorte. 2010, vol.26, no.2, p.201-211
 27. CONTRERAS OROZCO Astrid. FLOREZ, Inna y HERRERA LIAN, Arleth. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. En: Av. Enferm. 2008, vol.26, no.2, p.35-42.

28. CÔTÉ, Isabelle, FARRIS, Karen y FEENY David. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? En: *Qual of Life Res.* 2003, vol.12, p.621–633.
29. DANE. Estadísticas Vitales. Defunciones no fetales 2013. [Informe en línea] [Actualizada 14 de octubre de 2014; consultada Octubre 17 de 2014] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2877-defunciones-no-fetales>
30. D' ANELLO KOCH, S. Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. En: *MedULA.* 2006, vol.15, no.1, p.4-10.
31. DE LA CALLE, Laura. BARRIOPEDRO MORO, María Isabel y AZNAR LAÍN, Susana. Niveles de adherencia en Postinfartados. En: *Kronos.* 2004, no.5, p.1-6
32. ESPINOZA, Iris. OSORIO, Paulina. TORREJÓN, María., *et al.* Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. En: *Rev Med Chile.* 2011, vol.139, p.579-586
33. ESTRADA GUTIERREZ, Lina María. GOMEZ, Juan Carlos. MEJIA CASTRILLÓN, Álvaro, *et al.* Caracterización de los factores de riesgo cardiovascular para Infarto Agudo de Miocardio en una población entre 40–80 años en el sector de la Galería de Manizales, Caldas. En: *Archivos de Medicina.* 2004, no8, p.31-41.
34. FACCHINI, Mónica. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación medico-paciente. En: *Medicina.* 2004, vol.64, p.550-554.
35. FAWCETT, Jacqueline. *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge.* En: *Nursing Models and Theories.* Philadelphia; F.A. Davis Company: 2000. Traducción por Edilma de Reales.
36. FERNÁNDEZ LÓPEZ, Luisa. GUERRERO LLAMAS, Lucia. GUTIÉRREZ VILLAPLANA, Josep M., *et al.* Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos. En: *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2007, vol.10, no.2, p.7-13
37. FERRANS, C. y POWERS, M. Índice calidad de vida versión cardíaco – IV. 1984 y 1998. Traducido por Lucy Martinez-Schallmoser. [Consultado el 20 de Agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.uic.edu/orgs/gli/index.htm>
38. FERRER PÉREZ, Victoria. GILI PLANAS, Margalida. DURÁN SERRA, Antonia. La autoeficacia en la predicción de la adherencia al tratamiento de la diabetes. En: *Revista de psicología social aplicada.* 1999, vol.9, no.2, p.91-110.

39. FLEURY, Julie. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. En: *Image*.1992, vol.23, no.3, p. 229-239.
40. FLÓREZ, Inna. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. En: *Av. Enferm*. 2009, vol.27, no.2, p.25-32.
41. FRANCO, Yanira. MENDOZA, Víctor y LEMINI, Cristina. Mecanismos de acción de los efectos protectores de los estrógenos sobre el sistema cardiovascular. En: *Rev Fac Med UNAM*. 2003, vol.46, no.3, p.101-109
42. GARCÍA FERNÁNDEZ, María. DE CABO LASO, Ángela. NOGALES CARPINTERO, Jose., *et al*. Validez y fiabilidad de los instrumentos de medida en adherencia terapéutica: detectar los no cumplidores. Salamanca. Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León. 2008.
43. GINARTE ARIAS, Yurelis. La Adherencia Terapéutica. En: *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001, vol.17, no.5, p.502-505.
44. GIRALDO AGREDO, Isabel. Efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al Tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca de la ciudad de Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2009. pp 33-36.
45. GJEILO, Kari Hanne. WAHBA, Alexander. KLEPSTAD, Pal, *et al*. Health-related quality of life three years after coronary surgery: A comparison with the general population. En: *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2006, vol.40, p.29-36.
46. GONZÁLEZ GUZMÁN, Rafael y ALCALÁ RAMÍREZ, Julián. Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. En: *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2010, vol.53, no. 5, p.35-44
47. GREENBURG, RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clin Ther*. 1994, vol.6, p.592-599.
48. HÖFER, Stefan. LIM, Lynette. GUYATT, Gordon. OLDRIDGE, Neil. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. En: *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004, vol.2, no.3, p.143-150
49. HOLGUÍN, L., *et al*. Adherencia Al Tratamiento De Hipertensión Arterial: Efectividad De Un Programa De Intervención Biopsicosocial. En: *Univ. Psychol*. 2006, vol.5, no.3, p.535-547.
50. INGARAMO, Roberto. VITA, Nestor. BENDERSKY, Mario, *et al*. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). En: *Rev Fed Arg Cardiol*. 2005, vol.34, p.104-111

51. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Bogotá D.C.: ICBF; 2010.
52. JOHANSSON, Ann. SVANBORG, Eva. y EDÉLL-GUSTAFSSON, Ulla. Sleep-wake activity rhythm and health-related quality of life among patients with coronary artery disease and in a population-based sample—An actigraphy and questionnaire study. En: International Journal of Nursing Practice. 2013, vol.19, p.390–401
53. JONES, JK y GORKIN, L. A study of United Kingdom population. Br Med J. 1995, vol.311, p.293-295.
54. KNOBEL, Hernando. Calidad de vida, satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. En: Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005, vol.23, no.10, p.579-80.
55. LIAN HERRERA, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Av. Enferm. 2008, vol.26, no.1, p.36-42.
56. LUDT, Sabine. WENSING, Michel. SZECSENYI, Joachim., et al. Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients at Risk for Cardiovascular Disease in European Primary Care. En: PLoS ONE. 2011, vol.6, no.12, p.1-12
57. LUGO, Luz Helena. GARCÍA, Héctor. GÓMEZ, Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. En: Rev Fac Nac Salud Pública. 2006, vol.24, no.2, p.37-50
58. MANZINI, Jorge Luis. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. En: Acta Bioethica. 2000, vol.VI, no. 2, p.321-334.
59. MARÍN SANTOS, M. y URBEZ MIR, M. Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes cardiopatas: ¿qué test y qué cuestionarios debemos utilizar? En: Rehabilitación. 2006, vol.40, no.6, p.309-317
60. MAROSTI, Carina Aparecida. SPADOTI, Rosana Aparecida. SCHMIDT, André, et al. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. En: Rev. Latino-Am. Enferm. 2011, vol.19, no.5, p.1106-1113.
61. MARRUGAT, J. ELOSÚA, R. y MARTÍ, H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. En: Rev Esp Cardiol. 2002, vol.55, p.337-46.

62. MARTIN ALFONSO, Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: Rev Cubana Salud Pública. 2004, vol.30, no.4, p.1-5
63. MARTIN ALFONSO, Libertad. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007. La Habana, 2009, 145 p. Tesis de grado (Doctorado en Ciencias de la Salud). Escuela Nacional de Salud Pública.
64. MARTIN ALFONSO, Libertad. BAYARRE, Héctor. GRAU, Jorge. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. En: [En línea] 2008, vol.34, no1. [Consultado el 10 de junio de 2013]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm
65. MARTÍN ALFONSO, Libertad. BAYARRE VEA, Héctor. LA ROSA MATOS, Yadira., *et al.* Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. En: Rev Cubana Salud Pública. 2007, vol.33, no3, p.1-10.
66. MARTÍN, Libertad y GRAU, Jorge. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. En: Psicología y Salud. 2004, vol.14, p.89-99.
67. MARTÍN ALFONSO, Libertad. SAIRO AGRAMONTE, Magaly y BAYARRE VEA, Héctor. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. En: Rev Cubana Med Gen Integr. [En línea] 2003, vol.19, no2. [Consultado el 20 de junio de 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200009&lng=es.
68. MARTÍNEZ, José William. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento antihipertensivo Martín Bayarré Grau. En: Revista Médica de Risaralda. 2011, vol.17, no.2, p.101-105
69. MARTÍNEZ, Yolanda. PRADO AGUILAR, Carlos. RASCÓN PACHECO, Ramón., *et al.* Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. En: BMC Health Services Research. 2008, vol.8, no.164, p.1-10.
70. MEDEIROS, Natasha Teixeira y MAGALHÃES, Thereza Maria. Avaliação de risco coronariano, adesão Terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. En: Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza. 2012, vol.25, Supl. 2, p.76-82
71. MEEBERG, G.A. Quality of life: a concept analysis. En: Journal of Advanced Nursing. 1993, vol.18, p.32-38.

72. MÉNDEZ HERRERA, Ruth. Adherencia al tratamiento como comportamiento de Autocuidado en personas con factores de riesgo Cardiovasculares: una propuesta de cuidado. Bogotá, 2010, 110 p. Trabajo de grado (Especialización en Enfermería Cardiorespiratoria). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. pp 42-50.
73. MENDOZA, Sara. MUÑOZ, Mónica, MERINO, José, et al. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. En: Rev Méd Chile 2006, vol.134, no.1, p.65-71
74. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Informe final. Bogotá D.C.: MPS; 2008. [Consultado 15 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>
75. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. [Informe en línea] [consultada Septiembre 01 de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>
76. MOLINA GARCÍA, Rocío. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": enero-febrero 2008. Lima, 2008, 121 p. Trabajo de Grado (Enfermería). Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana – Enfermería.
77. MUNRO COHEN, Shannon. Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk Reduction. En: Nursing Forum. 2009, vol.44, no.1, p.25-36.
78. NAVEIRO RILO, José. DIEZ JUÁREZ, Dulcinea. ROMERO BLANCO, Agustín., et al. Validación del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire en atención primaria. En: Rev Esp Cardiol. 2010, vol.63, no.12, p.1419-1427
79. NEWMAN, Margaret. SIME, Marilyn. CORCORAN PERRY, Sheila. The focus of the discipline of Nursing. En: Advances in Nursing Science. 1991, vol.14, no.1, p.1 -5. Traducido por: Maria Mercedes Durán de Villalobos.
80. NORRIS, Colleen. GHALI, William. GALBRAITH, Diane, et al. Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. En: Health and Quality of Life Outcomes. 2004, vol.2, no.21, p.1-12.

81. OBERAI, Shashi. Review study of health related quality of life (HRQL) among coronary artery disease patients after cardiac surgery. En: The Indian Journal Occupational Therapy. 2014, vol.46, no.1, p.22-26.
82. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2004. Consultado el día 21 de Junio de 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
83. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades cardiovasculares. Centro de Prensa OMS. [Informe en línea] [Actualizada marzo de 2013; consultada Mayo 15 de 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
84. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2011. Consultado el día 15 de Abril de 2013. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
85. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2013. Consultado el 10 de Octubre de 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
86. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil Colombia 2012. La Salud en las Américas. Edición de 2012. [Actualizada en Junio 2013; consultada el día 15 de octubre de 2014] Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1351&Itemid
87. ORTEGO MATÉ, María del Carmen. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. En: Educare21. 2004, no.8, p.1-8
88. ORTIZ SUÁREZ, Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. En: Av. Enferm. 2010, vol.28, no.2, p.73-87.
89. OSORIO HOYOS, José Gilberto. Principios éticos de la Investigación en Seres Humanos y en Animales. En: Medicina. 2000, vol.60, p.255-258

90. PALANK, Christie. Determinantes de la conducta promotora de salud. Una revisión de la investigación actual. En: *Nursing clinics of north america*. 1991, vol.26, no.4. p.815-833.
91. PALOP LARREA, V. MARTÍNEZ MIR, I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. En: *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2004, vol.28, no.5, p.113-120
92. PERALTA, María Luisa y CARBAJAL, Patricia. Adherencia al tratamiento. En: *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2008, vol. 7, no. 3, p.84-88.
93. PHILLIPS, Kenneth. Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. (ed). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Sexta edición. Barcelona, España: Elsevier: 2007. pp.353-383.
94. PIÑEIRO F. GIL V. DONIS M., et al. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. En: *Aten Primaria*. 1997, no.19, p.465-468
95. PRIETO, L. ALONSO, J. VILADRICH, M., et al. Scaling the Spanish version of the Npttingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight. En: *J Clin Epidemiol*. 1996, vol.49, p.31-38
96. POLIT, Denise. y HUNGLER, Bernadette. Capítulo 8: Diseños de investigación para estudios cuantitativos. En: *Investigación científica en ciencias de la salud*. Sexta Edición. México; Ed. McGraw-Hill: 2000. pp 171 – 210.
97. RAMIREZ, Robinson. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Col. Cardiol*. 2007, vol.14, n.4, p. 207-221.
98. REBOLLO, P., FERNÁNDEZ, F. y ORTEGA, F. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. En: *Hipertensión*, 2001, vol.18, p. 429-429.
99. REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INTERIOR Y DE JUSTICIA. Ley 23 de 1982. (28 de enero de 1982) Sobre derechos de autor. Consultado el día 15 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3431>
100. REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 911 de 2004 (6 de octubre de 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en

- Colombia. Consultado el día 15 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.anec.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=91
101. REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 DE 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
 102. RODIS, Jennifer y KIBBE, Pamella. Evaluation of medication adherence and quality of life in patients with hepatitis C virus receiving combination therapy. En: Gastroenterology Nursing. 2010, vol.33, no.5, p.368-374
 103. RODRÍGUEZ ACELAS, Alba y GÓMEZ OCHOA, Ana. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. En: Av.enferm. 2010, vol.28, no.1, p.63-71.
 104. RODRÍGUEZ CHAMORRO, Miguel Ángel. GARCÍA JIMÉNEZ, Emilio. AMARILES, Pedro., et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. En: Aten Primaria. 2008, vol.40, no.8, p.413-417
 105. ROHLFSA, Izabella. GARCÍA, María del Mar. GAVALDÀ, Laura, et al. Género y cardiopatía isquémica. En: Gac Sanit. 2004, vol.18, supl.2, p.55-64
 106. ROSSI, Emiliano. PERMAN, Gastón MICHELANGELO, Hernán, et al. Adherencia a la Prevención Secundaria de la Enfermedad Coronaria. En: Medicina. 2014, vol.74, p.99-103
 107. RUBIERA JIMÉNEZ, Reynol. LARA NEGRET, Abel. RAMOS TORRES, Néstor Iván, et al. Síndrome coronario agudo, caracterización clínico epidemiológica. A propósito de nuestro primer año. En: Rev Cub Med Int Emerg. 2009, vol.8, no.3, p.1450-1461
 108. SAKRAIDA, Teresa. Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. (ed). Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. Barcelona, España: Elsevier: 2007. pp. 452-470
 109. SALCEDO BARAJAS, Ariel. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en Personas con hipertensión arterial. Bogotá, 2011, 115 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. pp 33-40
 110. SALEH, Farzana. MUMU, Shirin. ARA, Ferdous., et al. Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2

- diabetes: a cross-sectional study. En: BMC Public Health. 2014, vol.14, no.431, p. 1-10
111. SÁNCHEZ TORRES, Nadia. PÉREZ DEL TODO, Jesús. DEL PINO SÁNCHEZ, Ernesto, et al. Caracterización por sexo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sometidos a intervencionismo coronario. En: Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2011, vol.17, no.3, p.225-33.
 112. SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. En: Ciencia y Enfermería 2003, vol.9, no.2, p.4 – 16.
 113. SEIBER, William. GROESSL, Erik. DAVID, Kristin., et al. Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale. San Diego, California: Health Services Research Center University of California, 2008.
 114. SERRANO, Rosa. MOYA, Albiol y SALVADOR, A. Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. En: Anales de psicología. 2009, vol.25, no.1, p.150-159.
 115. SILVA FERNÁNDEZ, Claudia Susana y AGUDELO VÉLEZ, Diana María. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. En: Acta Colombiana de Psicología. 2011, vol.14, no.1, p.47-60.
 116. SÖDERGARD, B. HALVARSSON, M. TULLY, M.P., et al. Adherent to treatment in Swedish HIV-infected patients. En: J Clin Pharm Ther. 2006, vol.31, no.6, p.605-616.
 117. SOLERA BARRIOS, Deisy. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010. Bogotá, 2010, 98 p. Tesis de grado (Maestría en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
 118. SORIA TRUJANO, Rocío. VEGA VALERO, Cynthia. NAVA QUIROZ, Carlos. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. En: Altern psicol. 2009, vol.14, no.20, p.89-103.
 119. SOTO, M. y FAILDE I. Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. En: BMC Public Health. 2006, vol.6, no.18, p.1-10.
 120. SOTO, M. y FAILDE I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. En: Rev Soc Esp Dolor. 2004, vol.11, p.505-514

121. TAJER, Débora. Mujeres y enfermedad cardiovascular: Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. En: Anuario De Investigaciones. 2005, vol.XIII, p.239 – 248.
122. TAYLOR, Susan. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de Autocuidado. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. (ed). Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. Barcelona, España: Elsevier: 2007. pp.267-293.
123. TAYLOR, Rachel. GIBSON, Faith. FRANCK, Linda. A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. En: J Clin Nurs. 2008, vol.17, no.14, p.1823-1833.
124. THYGESEN K, ALPERT J, JAFFE A, SIMOONS M, CHAITMAN B, WHITE H. Expert consensus document Third universal definition of myocardial infarction. Nat Rev Cardiol advance. 2012
125. TRISTAN, Agustín. MOLGADO, Deyanira. Tablas de Validez de Contenido (TVC). México; Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada. S.C.: 2007. Consultado el 23 de Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.itsescarcega.edu.mx/documentos/desacad/Curso%20Taller/TABLAS~1.PDF>
126. TRISTAN, Agustín. VIDAL, Rafael. Manual de fórmulas de correlación. Editorial Trafford. Canadá, Victoria. 2006. Pág 119.
127. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Consejo Académico. Acuerdo 0035 de 2003 (Acta N°8 del 3 de diciembre de 2003) Por medio del cual se expide el reglamento sobre propiedad intelectual en la Universidad Nacional de Colombia.
128. URZÚA, Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. En: Rev Med Chile. 2010, vol.138, p.358-365
129. URZÚA, Alfonso y CAQUEO URÍZAR, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. En: Terapia Psicológica. 2012, vol.30, no.1, p.61-71
130. URZÚA, Alfonso. MARMOLEJO, Angelina. BARR, Catherine. Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. En: Universitas Psychologica. 2012, vol.11, no.2, p.587-598.
131. VAL JIMÉNEZ. A. AMORÓS G. MARTÍNEZ, P., et al. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. En: Aten Primaria. 1992, no.10, p.767-770.

132. VARELA ARÉVALO, María. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. En: *Pensamiento Psicológico*. 2010, vol.7, no.14, p.127-139.
133. VARELA ARÉVALO, María Teresa. SALAZAR TORRES, Isabel. CORREA SÁNCHEZ, Diego. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA: Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. En: *Acta Colombiana de Psicología*. 2008, vol.11, no.2, pp. 101-113
134. VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ÁLVAREZ, Luz Nelly. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Facto
135. VELARDE JURADO, Elizabeth. AVILA FIGUEROA, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. En: *Salud Pública de México*. 2002, vol.44, no.4, p.349-361.
136. VELASCO, J. DEL BARRIO, V. MESTRE, M. y PENAS, C. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes posinfarto. En: *Rev Esp Cardiología*. 1993, vol.46, no.9, p.552-558.
137. VENTURA CERDÁ, J. MÍNGUEZ GALLEGO, C. FERNÁNDEZ VILLALBA, E., et al. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. En: *Farm Hosp*. 2006, vol.30, no.3, p.171-176.
138. VILLAMARIN, Francisco. Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. En: *Anuario de Psicología*. 1994, no.61, p.9-18.
139. VINACCIA, Stefano. QUICENO, Japcy Margarita. GÓMEZ, Ángela, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. En: *Revista Diversitas*. 2007, vol.3, no.2, p.203-211
140. WARE, John. SF-36 Health Survey Update. Lincoln: Medical Outcomes Trust; 2002. Consultado el día 15 de Abril de 2013. Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#MODEL>.
141. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. En: *Soc. Sci. Med*. 1995, vol.41, no.10, p.1403-1409.