

Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular

Perception of adherence to treatment among patients with cardiovascular risk factors

Renato Zambrano C¹; John F. Duitama M²; Jorge I. Posada V³; José F. Flórez A⁴.

¹ Magíster en lingüística, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: renatozambrano@gmail.com

² Doctorado en Informática, Instituto Nacional Des Télécommunications, profesor Facultad de Ingeniería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: freddy.duitama@udea.edu.co

³ Médico, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jorgeposadave@gmail.com

⁴ Doctorado en Clinical Informatics, University of Texas, profesor Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: josefflo@medicina.udea.edu.co

Recibido: 30 de Septiembre de 2011. Aprobado: 05 de Mayo de 2012.

Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 163-174

Resumen

Objetivo: identificar la percepción de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo cardiovascular. **Metodología:** el tipo de estudio es transversal. Se utilizó el instrumento “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” a una muestra de 265 personas adultas en la ciudad de Medellín. Se analizan cuatro factores: socioeconómicos, relacionados con el proveedor, relacionados con la terapia y relacionados con el paciente. **Resultados:** respecto a la percepción de la adherencia se encuentra que la dimensión de análisis con una puntuación más baja es la de factores

socioeconómicos. Se encontró también que la escolaridad es el factor que más modifica la percepción de adherencia.

Discusión: este estudio aborda las diversas dimensiones del tema con un conocimiento más exhaustivo para contribuir a establecer estrategias que mejoren la adherencia en pacientes con riesgo cardiovascular. En esa medida, se sugiere transmitir las recomendaciones médicas de múltiples maneras y en un lenguaje sencillo sin el uso masivo de tecnicismos. También se recomienda el establecimiento de formas más contundentes para el manejo de la dieta.

-----**Palabras clave:** adherencia al tratamiento, hipertensión arterial, diabetes, riesgo cardiovascular.

Abstract

Objective: To identify the perceptions regarding adherence to treatment among patients with cardiovascular risk undergoing pharmacological or non-pharmacological treatment. **Methodology:** A transversal study using the instrument “issues influencing adherence to pharmacological or non-pharmacological treatments in patients with cardiovascular risk factors”. The study assesses four major factors in 256 adults living in Medellín (Colombia, South America), namely: socio-economic factors, factors related to the healthcare service provider, factors related to the therapy itself, and patient-related factors. **Results:** In terms of the perception of treatment adherence, socio-economic factors had the lowest score. Additionally, the educational level of patients was

found to be the factor with the strongest influence on adherence perception. **Discussion:** This study approaches the various aspects of the issue of treatment adherence with more extensive knowledge in order to contribute to the development of strategies for improving treatment adherence in patients with cardiovascular risk. The study also suggests communicating medical recommendations in different manners and in a patient-friendly language (i.e. a kind of language with no technical words). Likewise, establishing more effective strategies for diet management is suggested.

-----**Keywords:** adherence to treatment, compliance, diabetes, hypertension, cardiovascular risk

Introducción

El objetivo de este trabajo es identificar la percepción que tienen los pacientes de los factores que puedan influir en la adherencia al tratamiento, esto con el fin de tener elementos más claros para el desarrollo de estrategias que permitan el incremento de comportamientos de adherencia en pacientes vinculados a programas de control del riesgo cardiovascular.

Aún cuando, en las últimas décadas, se han realizado múltiples esfuerzos para mejorar los procesos diagnósticos y el enfoque terapéutico frente a las diferentes problemáticas de salud, la falta de adherencia a los regímenes terapéuticos continúa siendo una obstáculo para cumplir con el propósito de mejorar la salud y, con ello, la calidad de vida para muchos pacientes. Así, aunque se cuenta con medicamentos y otras medidas terapéuticas seguras y eficaces para tratar problemas médicos —como la hipertensión, la diabetes y otros trastornos crónicos— en muchas ocasiones no se logra conseguir un buen control.

Los factores de riesgo cardiovascular constituyen un problema de salud de primer orden. En el mundo se registran 16,7 millones de muertes cada año, atribuibles a dichos factores. Entre las diez principales amenazas mundiales para la salud, cinco de ellos se relacionan con hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, las dislipidemias y la obesidad o el sobrepeso [1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el caso de la hipertensión, el porcentaje de pacientes que cumplen con el régimen terapéutico es solo del 27% en Gambia, 46% en China, y 51% en los Estados Unidos. Se calcula que el porcentaje de pacientes tratados que tienen un buen control de la tensión arterial es sólo del 7% en el Reino Unido y 4,5% en Venezuela. En Sudán, solo el 18% de los pacientes que no tienen una buena adherencia al tratamiento logran un buen control de la tensión arterial; mientras que, aquellos que tienen una buena adherencia, el porcentaje de pacientes controlados alcanza el 96%. Varios análisis rigurosos, que se recogen en un estudio de la OMS, revelan que la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas, en los países desarrollados, es del 50%. Los datos disponibles señalan que la adherencia es mucho menor en los países en desarrollo [2].

En Colombia, las afecciones cardiovasculares constituyen un gran problema de salud pública; la hipertensión arterial se encuentra en un 22,8% de la población nacional, el consumo de tabaco en un 12,8%, la obesidad en 13,7%, el consumo de alcohol en 7,6% y el colesterol anormal en un 7,8% [3]. Este grupo de afecciones representan la segunda causa de muerte en Colombia [4].

Una vez establecida la enfermedad cardiovascular, puede acompañar a la persona durante mucho tiempo, empeorar su estado o conducirla a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas podrá desempeñar un papel importante en esta evolución e incluso alargar su vida, si se adhiere adecuadamente al estilo de vida que exige la enfermedad cardiovascular [5].

Actualmente se reconoce a la adherencia una gran importancia en el manejo de las enfermedades crónicas, puesto que la falta de ella hace ineficaz el tratamiento prescrito aumentando la morbilidad y mortalidad, al igual que los costos de asistencia hospitalaria [5].

Haynes define la adherencia como cumplimiento (*compliance*), “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” [5]. Esta forma de percibir la adherencia deja al paciente en un lugar de pasividad, que reduce su función en el tratamiento a la de obedecer las prescripciones del profesional, y coloca en segundo plano la responsabilidad, iniciativa y capacidades que el paciente puede tener frente al desarrollo de su tratamiento; además, no contempla los aspectos subjetivos involucrados en la asunción de conductas de riesgo.

Esta forma de concebir la adherencia puede implicar riesgos para el proceso del tratamiento, en tanto:

- Tiende a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras (obedecen o no obedecen), a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.
- Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.
- Es reduccionista, solo tiene en cuenta el aspecto relacional (la vinculación con el médico como figura de autoridad), y no considera aspectos subjetivos como las motivaciones del paciente [6].

El acercamiento que propone Rodríguez-Marín no dista mucho del propuesto por Haynes, al concebir la adherencia terapéutica como “la medida en que la conducta de una persona *coincide con el consejo médico*. Incluye procesos *específicos*, como tomar medicamentos, y otros de carácter más *general*, como mantener prácticas saludables de estilo de vida” [7]. Si bien este autor contempla aspectos puntuales como el seguimiento de la prescripción médica y las prácticas de estilo de vida saludable en general, sigue estableciendo como medida de la adherencia el grado de concordancia entre lo que el médico propone y el paciente hace; sin abordar los diferentes aspectos del

carácter psicosocial que están detrás de este actuar del paciente.

Flórez [4], por su parte, propone diferenciar el fenómeno de la adherencia en dos vías:

- Adherencia a tratamientos farmacológicos: grado en que el comportamiento de una persona, como tomar los medicamentos, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.
- Adherencia a tratamiento no farmacológico: grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.)

Amigó, Fernández y Pérez [8] introducen otro aspecto importante cuando aluden a la adherencia como “el adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: *saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer*”; de esta manera, hacen referencia a los conocimientos, la cantidad y calidad de la información que los pacientes tienen respecto a su enfermedad y el tratamiento a seguir. La información obtenida de los prestadores de salud constituye un elemento importante para considerar la adherencia, pero que no se reduce solo a la conducta de seguir o no seguir el tratamiento.

Así, comienza a esbozarse un acercamiento que incluye—más allá que una simple conducta— los elementos (psicológicos, sociales, económicos) que están detrás de esa manifestación conductual:

La adherencia terapéutica se refiere al *contexto* en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud. Incluye capacidad del paciente para: a) asistir a consultas programadas, b) tomar medicamentos como se prescribieron, c) realizar los cambios de estilo de vida recomendados y d) completar los análisis o pruebas solicitadas [9].

Algunos autores han llegado a considerar incluso el problema de la adherencia terapéutica como uno de los más grandes problemas de salud pública [10], tanto por su magnitud como por las implicaciones clínicas y socioeconómicas que de él se deriva. Cada año se gastan muchas horas y recursos económicos en mejorar la eficacia y seguridad de los medicamentos, así como en implementar protocolos de atención; sin embargo, se dedican muy pocos recursos al hecho de si el paciente los toma o no, y de poco sirve disponer de tratamientos excelentes si el paciente no atiende correctamente las recomendaciones médicas [11].

La no adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, se relaciona con el aumento del riesgo de complicaciones, disminución de la productividad e incremento en los costos de la atención en salud. La capacidad de los pacientes para se-

guir los planes de tratamiento de una manera óptima, con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema: factores sociales o económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es preciso resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores [4].

A las complicaciones que puede tener la no adherencia para pacientes de riesgo cardiovascular, se anuda el hecho de que frente al mismo concepto de adherencia terapéutica no existe consenso, y si bien se reconocen varios términos para referirse a ella (cumplimiento, cooperación, alianza, adhesión), el uso indistinto de estos se presta para confusiones e ignora la complejidad que existe ante el fenómeno.

En el contexto colombiano ha sido poco estudiada la relación que se establece entre riesgo cardiovascular y adherencia al tratamiento; pero, es preciso resaltar el acercamiento que realizaron Bonilla [12], Herrera [5] y Flórez [4]. En estos estudios se citan los factores relacionados con la no adherencia a tratamientos a largo plazo descritos por la OMS:

Factores socioeconómicos

Se atribuye un efecto considerable sobre la adherencia a factores como el estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento; los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como los cardiovasculares.

Por el contrario, se ha informado que las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica [4].

Factores relacionados con los sistemas de salud

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención en salud. De hecho, las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son imperativas para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria, que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes [4].

Factores relacionados con la enfermedad y condición de salud del paciente

Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente; algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica [4].

Factores relacionados con la terapia

Estos factores se asocian al cumplimiento de las citas por parte del paciente, así como al cumplimiento de los diversos tratamientos. Hace énfasis en la posibilidad de seguir las indicaciones relacionadas con los medicamentos, las dietas, los ejercicios y hábitos saludables en general.

Factores relacionados con el paciente

Estos factores representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que actúan sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad [13, 14].

La consideración de estos factores que inciden en la adherencia a los tratamientos permite establecer la pregunta por cuál es la percepción que se tiene de estos factores en pacientes con riesgo cardiovascular, de esta manera se pueden orientar estrategias más claras para mejorar la adherencia y de esta forma mejorar su salud.

Metodología

Diseño metodológico

Este estudio obedece a un diseño transversal enmarcado en un enfoque cuantitativo. El nivel de la investigación es descriptivo-correlacional y se investigan los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo cardiovascular.

Muestra

El número de personas de la muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones conocidas*; el error fue de 5.8%; el nivel de confianza de 95% para una población de pacientes de aproximadamente 3500 que se encuentran consignados en la base de datos del Centro de salud San Blas de la ESE Metrosalud.

El muestreo se realizó de acuerdo con la disponibilidad del paciente en el momento en el que iba a la cita de control. La muestra se compone de 265 personas que asistieron a la consulta de control del grupo de pacientes con riesgo cardiovascular del centro de salud de la institución Metrosalud, con sede en el barrio San Blas de la ciudad de Medellín, entre marzo y abril de 2011. La media de edad fue de 63 años y la desviación típica de 12,89, la mayor cantidad de personas en la muestra fueron mujeres, esto representa de manera fiel la pertenencia al grupo de pacientes con riesgo cardiovascular en la institución mencionada. Las demás características se presentan en la tabla 1.

Instrumento

Para esta investigación se utilizó la versión 4 del instrumento “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Este instrumento fue diseñado inicialmente en la ciudad de Bogotá en el año 2006 por Bonilla y De Reales en donde se evaluaban cinco dimensiones mediante 72 ítems. En el año 2007 se realizó un nuevo estudio como parte de un trabajo de grado de maestría en enfermería el cual utilizó un instrumento con 62 ítems; luego de estos trabajos, se hizo un nuevo análisis en el año 2008 que dejó el instrumento con 53 ítems agrupados en cuatro dimensiones. Posteriormente, Ortiz [15] publicó un análisis en el año 2010 en el que se redujo el instrumento a 24 ítems agrupados en las mismas cuatro dimensiones (factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente). Para el último estudio, el instrumento obtiene un coeficiente de confiabilidad de 0,6010. Los ítems se responden mediante una escala Likert de 3 puntos (nunca, a veces, siempre – 1, 2 y 3

* Se utilizó “Sample size calculator Raosoft”

Tabla 1. Muestra según género, estado civil y escolaridad

Variables		N	%
Género			
Válidos	Hombre	50	18,9
	Mujer	215	81,1
Total		265	100,0
Estado civil			
Válidos	Soltero	77	29,1
	Casado	104	39,2
	Separado	16	6,0
	Viudo	66	24,9
	Total	263	99,2
Perdidos	Sistema	2	,8
Total		265	100,0
Escolaridad			
Válidos	Ninguna	48	18,1
	Primaria	185	69,8
	Secundaria	24	9,1
	Técnico o tecnólogo	2	,8
	Total	259	97,7
Perdidos	Sistema	6	2,3
Total		265	100,0

respectivamente) y se responde en aproximadamente 20 minutos. La aplicación se realizó de manera individual por medio de un equipo de encuestadores debidamente entrenados para este fin. La calificación del instrumento se realizó promediando las respuestas de acuerdo a cada una de las cuatro dimensiones.

Análisis estadísticos

Se realizaron tablas de frecuencia para la presencia de factores de riesgo y comorbilidades. Se utilizó también una tabla de frecuencia en la que se presenta la distribución de las frecuencias relativas de cada una de las respuestas de las preguntas del instrumento. Se realizó comparación de rangos de cada una de las dimensiones según las variables sociodemográficas y a la presencia/ausencia de los diferentes factores de riesgo. Para definir el uso de los rangos en detrimento de la comparación de medias, se determinó la parametricidad de cada una de las 4 dimensiones, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, en la cual se obtuvo que todas las dimensiones no son paramétricas. Para establecer diferencias significativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis en la que la variable de contraste tiene más de dos valores y la U

de Mann-Whitney en la que únicamente posee dos valores. Además de estas medidas, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la asociación de las dimensiones de la adherencia con la variable de edad. Estos análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v. 19.

Consideraciones éticas

Esta investigación cumplió con los requisitos y normas establecidas por la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la ley 1090 de 2006 de la República de Colombia, así como la declaración de Helsinki de 2008.

Resultados

Factores de riesgo cardiovascular

Como lo ilustra la tabla 2, los factores de riesgo cardiovascular que más se presentan en la muestra investigada son la hipertensión arterial (86%), seguido de la dislipidemia (57%) y el sedentarismo (49,1%). Los que menos se presentan son el consumo de alcohol (5,7%) y el consumo de tabaco (11,3%). Esta información fue suministrada por cada paciente y por el médico que le atendía.

Tabla 2. Presencia de factores de riesgo cardiovascular

Factores de riesgo		N	%
Hipertensión arterial	No	37	14,0
	Sí	228	86,0
	Total	265	100,0
Diabetes Mellitus	No	196	74,0
	Sí	69	26,0
	Total	265	100,0
Dislipidemia	No	114	43,0
	Sí	151	57,0
	Total	265	100,0
Obesidad/sobrepeso	No	149	56,2
	Sí	116	43,8
	Total	265	100,0
Consumo de alcohol	No	250	94,3
	Sí	15	5,7
	Total	265	100,0
Consumo de tabaco	No	235	88,7
	Sí	30	11,3
	Total	265	100,0
Sedentarismo	No	135	50,9
	Sí	130	49,1
	Total	265	100,0

Comorbilidades

En relación con las comorbilidades (tabla 3) se observa una alta frecuencia de hipertensión acompañada de otras afecciones como la dislipidemia, el sedentarismo y la obesidad. Nótese que en la tabla 3 se presentan las enfermedades hasta la frecuencia de 6, las demás no se presentan debido a lo extenso de la información.

Preguntas

La tabla 4 contiene el detalle del cuestionario usado durante la aplicación del instrumento. Se encontró que, para la mayoría de las preguntas, la respuesta correspondiente a “Siempre” fue la que primó, solamente las preguntas de la 15 a la 19 obtuvieron una mayoría de “Nunca”, esto muestra que para la gran parte de las preguntas las personas muestran ser adherentes a los tratamientos. Para las preguntas 1, 2, 3 y 20, la distribución fue más heterogénea. Las preguntas 1, 2 y 3 hacen referencia a aspectos socioeconómicos, mientras que la 20 hace referencia a la posibilidad de cambiar hábitos relacionados con la terapia. Esta distribución muestra que existen más dificultades asociadas a los aspectos socioeconómicos que a los demás.

Dimensiones de la adherencia al tratamiento

Se encuentra que la dimensión con puntuación más baja es la de factores socioeconómicos mientras que las puntuaciones más altas se encuentran en las variables de factores relacionados con el paciente y la de factores relacionados con el proveedor. (tabla 5).

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Se encontró que las cuatro dimensiones poseen propiedades no paramétricas. Con base en esta prueba se determinan los posteriores análisis tal y como se menciona en el apartado de datos estadísticos (tabla 6).

Estado civil

Respecto al estado civil no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las dimensiones de la adherencia al tratamiento.

Escolaridad

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión I (factores socioeconómicos) en los que se observa que a medida que aumenta la escolaridad existe mejor adherencia al tratamiento, asociada a los elementos socioeconómicos (tabla 7).

Género

Para la variable género no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones de la adherencia al tratamiento.

Edad

Respecto a la edad no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa con las dimensiones de la adherencia al tratamiento. Es importante señalar que las edades de las personas estaban entre 50 y 70 años.

Factores de riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas para la dimensión I en las que las personas con hipertensión poseen puntuaciones más bajas que aquellas que no la padecen. Por otro lado, se observa que en la dimensión III, a pesar de no existir diferencia estadísticamente significativa, las personas que padecen hipertensión tienen mejor puntuación en la adherencia que aquellas que no la padecen (tabla 8).

Diabetes

En este factor de riesgo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones; sin embargo, para la dimensión III (factores relacionados con la terapia) las personas que padecen diabetes obtienen puntajes más bajos en la adherencia al tratamiento que aquellas que no la padecen (tabla 9).

Dislipidemia

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la presencia de dislipidemia. Sin embargo,

Tabla 3. Factores de riesgo cardiovascular presentes

Factores de riesgo	N	%
Hipertensión	27	10,2
Hipertensión, dislipidemia, obesidad y sedentarismo	27	10,2
Hipertensión y dislipidemia	23	8,7
Hipertensión y sedentarismo	15	5,7
Hipertensión, obesidad y sedentarismo	14	5,3
Hipertensión y obesidad	13	4,9
Hipertensión, dislipidemia y obesidad	13	4,9
Hipertensión, dislipidemia y sedentarismo	13	4,9
Hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad y sedentarismo	12	4,5
Hipertensión, diabetes, dislipidemia y sedentarismo	10	3,8
Hipertensión y diabetes	8	3,0
Dislipidemia y sedentarismo	6	2,3

Tabla 4. Distribución de respuestas a cada una de las preguntas del instrumento

Preguntas del instrumento	Nunca	A veces	Siempre
<i>Factores socioeconómicos</i>			
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)?	29,43%	44,91%	25,66%
2. ¿Puede costearse los medicamentos?	48,44%	29,69%	21,88%
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?	40,38%	20,75%	38,87%
4. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?	18,56%	28,03%	53,41%
5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?	19,32%	14,39%	66,29%
6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?	22,26%	9,06%	68,68%
<i>Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud</i>			
7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?	2,26%	5,66%	92,08%
8. ¿Se da cuenta que el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace?	0,75%	3,02%	96,23%
9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?	5,66%	4,53%	89,81%
10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?	1,89%	0,76%	97,35%
11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?	21,72%	15,38%	62,90%
12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?	1,91%	3,05%	95,04%
13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?	14,34%	4,15%	81,51%
14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?	6,49%	10,69%	82,82%
<i>Factores relacionados con la terapia</i>			
15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?	65,66%	21,13%	13,21%
16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?	76,98%	14,34%	8,68%
17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?	84,15%	6,42%	9,43%
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?	85,93%	7,98%	6,08%
19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?	78,79%	13,26%	7,95%
20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?	44,87%	28,14%	27,00%
<i>Factores relacionados con el paciente</i>			
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?	1,51%	1,89%	96,60%
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	0,38%	1,51%	98,11%
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	0,38%	0,00%	99,62%
24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?	1,51%	0,38%	98,11%

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la adherencia al tratamiento

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Dimensión I. Factores socioeconómicos	265	1,00	3,00	2,0465	,44698
Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor	265	1,57	3,00	2,8118	,24740
Dimensión III. Factores relacionados con la terapia	265	1,40	3,00	2,6043	,34406
Dimensión IV. Factores relacionados con el paciente	265	1,00	3,00	2,9728	,15225

Tabla 6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Dimensión I	Dimensión II	Dimensión III	Dimensión IV
N		265	265	265	265
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2,0465	2,8118	2,6043	2,9728
	Desviación típica	,44698	,24740	,34406	,15225
Diferencias más extremas	Absoluta	,090	,256	,179	,514
	Positiva	,090	,223	,125	,429
	Negativa	-,075	-,256	-,179	-,514
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,460	4,165	2,921	8,371
Sig. asintót. (bilateral)		,028	,000	,000	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 7. Comparación de rangos según la escolaridad

Dimensiones	Escolaridad	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Dimensión I. Factores socioeconómicos	Ninguna	48	102,44	8,556	0,036
	Primaria	185	134,96		
	Secundaria	24	144,98		
	Técnico o tecnólogo	2	153,25		
	<i>Total</i>	259			
Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor	Ninguna	48	113,58	6,683	0,083
	Primaria	185	136,40		
	Secundaria	24	119,33		
	Técnico o tecnólogo	2	59,75		
	<i>Total</i>	259			
Dimensión III. Factores relacionados con la terapia	Ninguna	48	120,49	1,236	0,744
	Primaria	185	131,17		
	Secundaria	24	139,04		
	Técnico o tecnólogo	2	141,25		
	<i>Total</i>	259			
Dimensión IV. Factores relacionados con el paciente	Ninguna	48	131,93	0,639	0,887
	Primaria	185	129,87		
	Secundaria	24	126,50		
	Técnico o tecnólogo	2	137,50		
	<i>Total</i>	259			

Tabla 8. Comparación de rangos según hipertensión

Dimensiones	Hipertensión arterial	N	Rango promedio	Suma de rangos U de Mann-Whitney	Sig.
Dimensión I. Factores socioeconómicos	No	37	166,81	6172,00	0,004
	Sí	228	127,51	29073,00	
	Total	265			
Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor	No	37	134,01	4958,50	0,926
	Sí	228	132,84	30286,50	
	Total	265			
Dimensión III. Factores relacionados con la terapia	No	37	114,01	4218,50	0,101
	Sí	228	136,08	31026,50	
	Total	265			
Dimensión IV. Factores relacionados con el paciente	No	37	129,86	4805,00	0,503
	Sí	228	133,51	30440,00	
	Total	265			

Tabla 9. Comparación de rangos según diabetes mellitus

Dimensiones	Diabetes Mellitus	N	Rango promedio	Suma de rangos U de Mann-Whitney	Sig.
Dimensión I. Factores socioeconómicos	No	196	133,10	26087,50	0,971
	Sí	69	132,72	9157,50	
	Total	265			
Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor	No	196	133,05	26077,50	0,985
	Sí	69	132,86	9167,50	
	Total	265			
Dimensión III. Factores relacionados con la terapia	No	196	138,14	27075,50	0,063
	Sí	69	118,40	8169,50	
	Total	265			
Dimensión IV. Factores relacionados con el paciente	No	196	133,06	26080,00	0,956
	Sí	69	132,83	9165,00	
	Total	265			

y aún cuando no existe significancia estadística, nótese que las personas con dislipidemia tienen una adherencia más baja en los factores asociados con la terapia.

Obesidad

Para este factor de riesgo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la dimensión III (terapia), en la que las personas con obesidad presentan baja adherencia al tratamiento. Para la dimensión II (proveedor), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se aprecia que las personas con obesidad tienen mejor adherencia al tratamiento que aquellas que no la tienen (tabla 10).

Consumo de alcohol

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la presencia de consumo de alcohol para ninguna de las dimensiones.

Consumo de tabaco

Al igual que en el consumo de alcohol, tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas. No obstante, las personas con consumo de tabaco tienen una peor adherencia en los factores socioeconómicos comparados con aquellas que no manifiestan consumo de tabaco.

Tabla 10. Comparación de rangos según la obesidad

Dimensiones	Obesidad/ sobrepeso	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann- Whitney	Sig.
Dimensión I. Factores socioeconómicos	No	149	129,32	19269,00	8094,000	0,373
	Sí	116	137,72	15976,00		
	Total	265				
Dimensión II. Factores relacionados con el proveedor	No	149	127,31	18969,00	7794,000	0,145
	Sí	116	140,31	16276,00		
	Total	265				
Dimensión III. Factores relacionados con la terapia	No	149	144,84	21581,00	6878,000	0,004
	Sí	116	117,79	13664,00		
	Total	265				
Dimensión IV. Factores relacionados con el paciente	No	149	131,56	19603,00	8428,000	0,388
	Sí	116	134,84	15642,00		
	Total	265				

Sedentarismo

De forma similar al consumo de alcohol y al consumo de tabaco no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

Se encontró que el 86% de las personas que hicieron parte de la muestra presenta hipertensión arterial, ya sea sola o en compañía de otros factores de riesgo cardiovascular como obesidad, dislipidemia y sedentarismo. Este porcentaje difiere de manera significativa con el porcentaje nacional (22,8%) [3]; sin embargo, esto se entiende por las características de la muestra que eran personas pertenecientes a un grupo de pacientes con características específicas de riesgo cardiovascular.

Respecto a las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil y escolaridad), únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la escolaridad, en la que para la dimensión I (factores socioeconómicos) se observa que, a medida que aumenta la escolaridad, existe mejor adherencia al tratamiento asociado a esta dimensión.

La asociación significativa en la variable de escolaridad puede entenderse a la luz de las mejoras económicas que lleva tener un nivel de estudios más altos, lo que se relaciona con mejores oportunidades laborales y mejores ingresos económicos.

Respecto al género, el presente estudio sigue la línea de Arce y Monge-Nágera en un estudio realizado en Costa Rica en el año 2009, en el que no encontraron diferencias significativas respecto al género en la adheren-

cia de pacientes con medicación antihipertensiva [16]. Sucede lo mismo en un estudio realizado en Nigeria en el año 2010 por Atulomach, Florence y Oluwatosin en pacientes con hipertensión arterial [17].

Para la dimensión I (factores socioeconómicos) se encontró que las personas con hipertensión arterial poseen una percepción más baja de adherencia en dicho factor. Para las restantes dimensiones, no se encontraron otras variables en las que se observen diferencias. Este hallazgo da cuenta de la relación existente entre el acceso a las necesidades básicas (por las dificultades económicas) y la presencia de riesgos a la salud. Se podría entender en dos vías, que las dificultades económicas generarían o ayudarían a la presencia de este factor de riesgo cardiovascular o que este riesgo aumenta las dificultades económicas; esta segunda opción parecería la más viable, puesto que esta dimensión no está asociada a otro factor de riesgo.

Dicha situación se encontró reportada en el estudio de Martín y otros [18], realizado en Cuba en el año 2007. En dicha investigación se explica lo anterior por la priorización que dan los pacientes a otras obligaciones diferentes al cuidado de su salud. En la muestra del presente estudio, dicha explicación podría ser plausible ya que las características sociodemográficas de las personas dificultan el acceso a diversas condiciones que podrían mejorar su calidad de vida.

Según las dimensiones de la adherencia al tratamiento se observa que la dimensión III (factores relacionados con la terapia) es la que más se encuentra vinculada con los diversos tipos de afecciones físicas. Dicha dimensión hace mención a la posibilidad de seguir el tratamiento, referida a las recomendaciones

nutricionales y medicamentosas para el paciente; en la presente investigación se encontró que las personas con presencia de obesidad son aquellas que presentan de manera significativa una percepción de baja adherencia en esta dimensión; las personas con diabetes y dislipidemia también presentan percepción de baja adherencia; sin embargo, esta característica no posee significancia estadística; de igual manera, las personas con hipertensión arterial se diferencian de las que no la padecen por tener una mejor percepción de adherencia, aunque no existe significancia estadística.

Respecto a la obesidad, la diabetes y la dislipidemia, las recomendaciones asociadas a la dimensión III para estas enfermedades pueden llegar a ser más complejas, en la que el cambio de dieta es más drástico y establece una ruptura significativa con los hábitos previos, situación que podría explicar la baja adherencia en comparación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Un aspecto para resaltar es que las preguntas asociadas a la dimensión IV (factores relacionados con el paciente) obtuvieron tasas de alta mayoría de respuestas positivas para la adherencia. Esto contradice el estudio de Martín y otros [18], en el cual los pacientes reconocen que uno de los principales motivos de la baja adherencia al tratamiento es la irresponsabilidad personal frente al tratamiento. Esta situación podría entenderse por una ambivalencia en las creencias frente a su enfermedad, según la cual las personas están convencidas de la importancia de seguir los tratamientos y, a la vez, no siguen cabalmente la intervención propuesta. Lo anterior aportaría evidencia a un modelo cognitivo conductual en el que la separación del componente cognitivo y el comportamental juega un papel importante: el primero, involucra los pensamientos referidos al problema y las emociones asociadas; y, el segundo, da cuenta de las acciones específicas. En este sentido, la relación entre emoción, cognición y conducta en la adherencia a los tratamientos, podría mostrar una desvinculación importante entre las emociones y los otros dos aspectos, puesto que lo emocional tiene relación directa con las motivaciones para llevar a cabo una conducta. En resumen, la relación entre los pensamientos asociados a la adherencia y los comportamientos estaría conservada de manera positiva, mientras que las emociones no tendrían el mismo peso en la consideración de la importancia de seguir una intervención, posiblemente por aspectos como la ganancia secundaria de los síntomas. No obstante, para demostrar esto se necesitaría un nuevo estudio que interrogue la pertinencia de un modelo cognitivo conductual subyacente a la adherencia.

Por último, es importante llamar la atención en que la mayoría de estudios se centran únicamente en establecer la adherencia al tratamiento como unidimensional; es decir, la adherencia al tratamiento se entendería como adherencia a la terapia farmacológica únicamente, por lo

que limita la profundización del constructo y desconoce otros factores que podrían dar cuenta del fenómeno de la adherencia, como las dimensiones expuestas previamente. Este estudio procura abordar de manera completa las diversas dimensiones del tema para, de esta manera, aportar con un conocimiento más exhaustivo y planear y ejecutar estrategias que mejoren la adherencia en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Con base en lo anterior, se sugiere como estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento realizar énfasis en personas con escolaridad baja, a quienes sería conveniente transmitir las recomendaciones médicas de múltiples maneras y en un lenguaje más sencillo sin el uso masivo de tecnicismos. También se sugiere que se establezcan métodos más contundentes para el manejo de la dieta, en tanto se encuentra que la percepción para cumplir con los tratamientos en dicho aspecto es baja. Esta estrategia podría estar enfocada al uso de alternativas de alimentación que no sean agresivas para el estilo de vida previo, así como brindar información para una adaptación confortable de la nueva alimentación propuesta.

Se recomienda, finalmente, ampliar la muestra a personas de mayores recursos económicos, con el fin de determinar si el comportamiento de las variables se mantiene o si, por el contrario, el hecho de contar con mayores recursos económicos establece diferencias significativas en la percepción de las diferentes dimensiones de la adherencia al tratamiento.

Agradecimientos

Este proyecto fue financiado por la alianza ARTICA (Alianza Regional en TICs Aplicadas), Colciencias y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de la República de Colombia.

Especial agradecimiento al personal asistencial del centro de salud de San Blas de la ESE Metrosalud de la ciudad de Medellín por su colaboración en el presente estudio.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: oms; 2003.
- 2 Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Comunicado de prensa; Ginebra, 1 de julio de 2003.
- 3 Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud – ENS 2007 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007 [Acceso 28 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines_Pedianet/DocumentosPedianet/Encuesta_Nacional_de_Salud_2007.pdf
- 4 Flórez I. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en enfermería 2009; 27(2): 25-32

- 5 Herrera A. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en enfermería* 2008; 26(1): 36-42.
- 6 Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30(4).
- 7 Rodríguez-Marín J. Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Monografías Humanitarias* 2004; 8: 101-110.
- 8 Amigó I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: Amigó I. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide; 1998: 229-70.
- 9 Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana* 2005; 34(4): 268-273.
- 10 Basterra M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España* 1999; 1: 97-106.
- 11 Blackwell B. Drug therapy compliance. *N Engl J Med* 1973; 289: 249-252.
- 12 Bonilla C. Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: una revisión de literatura. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- 13 La Rosa Y, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23 (1).
- 14 Contreras A, Flórez I, Herrera L. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Avances en Enfermería*. 2008; 26(2): 35-42.
- 15 Ortiz, C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*. 2010; 28 (2): 73-87
- 16 Arce L, Monge-Nágera, J. Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. *Cuadernos de investigación UNED*. 2009; 1 (2): 173-170.
- 17 Atulomah N, Florence O, Oluwatosin A. Treatment adherence and risk of non-compliance among hypertensives at a Teaching Hospital in Ogun state, southwest Nigeria. *Acta SATECH*; 3 (2): 143-149.
- 18 Martín L, Bayarre H, La Rosa Y, Orbay M, Rodríguez J, Vento F, Acosta M. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007; 33 (3): 1-10