



Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

Mena-Díaz, Fernanda Carolina; Nazar, Gabriela; Mendoza-Parra, Sara
ANTECEDENTES DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN
PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD CHILENO
Hacia la Promoción de la Salud, vol. 23, núm. 2, 2018, Julio-Diciembre, pp. 67-78
Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.5>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309157826005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNAM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ANTECEDENTES DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD CHILENO

Fernanda Carolina Mena Díaz*

Gabriela Nazar**

Sara Mendoza Parra***

Recibido en septiembre 21 de 2017, aceptado en noviembre 10 de 2017

Citar este artículo así: Mena Díaz FC., Nazar G., Mendoza Parra S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23(2): 67-78. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.5


Resumen

Objetivo: Esta investigación se propuso analizar el rol predictor de variables sociodemográficas, antecedentes de salud, autoeficacia y estrés en la adherencia a tratamiento de pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de atención primaria chileno. **Materiales y Método:** Estudio de abordaje cuantitativo de tipo correlacional realizado desde marzo a agosto del 2017. La muestra estuvo constituida por 141 pacientes hipertensos, seleccionada de forma aleatoria e intencionada. Se crearon instrumentos para recoger información sociodemográfica y antecedentes de salud, y se utilizaron las escalas Cuestionario de Conductas de Salud de Miller, SEMCD-S del Stanford Patient Education Research Center y subescala de estrés del DASS-21 de Lovibond y Lovibond para medir adherencia, autoeficacia y estrés respectivamente. Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, comparación entre grupos, análisis de correlación y regresión lineal múltiple con apoyo de los programas SPSS versión 21 y R. **Resultados:** La adherencia total se relacionó de manera débil pero significativa con autoeficacia ($r=,224$) y de manera negativa con estrés ($r=-,170^*$). La edad, el no consumo de cigarrillos y el conocimiento de que la enfermedad es una condición crónica resultaron ser predictoras de adherencia al tratamiento. **Conclusión:** Los resultados refuerzan la importancia de variables personales como predictoras de conductas de salud y el rol de la información y educación en la adherencia al tratamiento de personas con hipertensión. Se exploran las implicancias prácticas de estos hallazgos para el funcionamiento del programa cardiovascular.

Palabras clave


Adherencia al tratamiento, autoeficacia, estrés fisiológico, hipertensión, salud pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Psicóloga, Magíster en Psicología de la Salud, Equipo Tratamiento Obesidad, Concepción, Chile. Correo electrónico: fmena@udec.cl.


 orcid.org/0000-0003-4245-4521

** Psicóloga, Doctora en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Autora para correspondencia.

Correo electrónico: gnazar@udec.cl

 orcid.org/orcid.org/0000-0002-6410-6838

*** Enfermera, Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Correo electrónico: smendoza@udec.cl

 orcid.org/0000-0003-1979-7948



HISTORY OF ADHERENCE TO TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS OF A CHILEAN HEALTH CENTER

Abstract

Objective: This research aimed to analyze the predictive role of sociodemographic and health variables, self-efficacy and stress in adherence to the treatment of patients with hypertension of a cardiovascular program at a Chilean primary care health center. **Materials and Methods:** A quantitative correlational study carried out from March to August 2017. The sample consisted of 141 hypertensive patients selected randomly and intentionally. The instruments to collect sociodemographic information and health antecedents were developed, and the Miller Health Behavior Questionnaire, SEMCD-S from the Stanford Patient Education Research Center and Lovibond and Lovibond DASS-21 stress subscale were applied to measure adherence, self-efficacy and stress respectively. For data analysis, measures of central tendency and dispersion, comparison between groups, correlation analysis and multiple linear regression were used with the support of the SPSS software version 21 and R. **Results:** Total adherence was weakly though significantly related to self-efficacy ($r = .224$) and negatively related to stress ($r = -.170$). Age, non-consumption of cigarettes and knowledge that the disease is a chronic condition turned out to be predictors of adherence to treatment. **Conclusion:** The results reinforce the importance of personal variables as predictors of health behaviors and the role of information and education in adherence to the treatment of people with hypertension. The practical implications of these findings for the functioning of the cardiovascular program are explored.

Key words

Adherence, self-efficacy, physiological stress, hypertension, public health (source: MeSH, NLM).

ANTECEDENTES DE ADERÊNCIA A TRATAMENTO EM PACIENTES HIPERTENSOS DUM CENTRO DE SAÚDE CHILENO

Resumo

Objetivo: Esta pesquisa se propôs analisar o rol preditor de variáveis sociodemográficas, antecedentes de saúde, autoeficácia e estresse na aderência ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial dum centro de saúde de atenção primária chileno. **Materiais e Métodos:** Estudo de abordagem quantitativo de tipo correlacional realizado desde março a agosto de 2017. Amostra Esteve constituída por 141 pacientes hipertensos, selecionada de forma aleatória e intencionada. Criaram se instrumentos para recolher informação sociodemográficas e antecedentes de saúde, e se utilizaram as escalas Questionário de Condutas de Saúde de Miller, SEMCD-S do Stanford Patient Education Research Center e subescala de estresse do DASS-21 de Lovibond e Lovibond para medir aderência, auto-eficácia e estresse respectivamente. Para o analise de dados se utilizaram medidas de tendência central e dispersão, comparação entre grupos, analise de correlação e regressão lineal múltiple com apoio dos programas SPSS versão 21 e R. **Resultados:** A aderência total se relacionou de maneira fraca, mas significativa com auto-eficácia ($r = .224$) e de maneira negativa com estresse ($r = -.170^*$). A idade, no consumo de cigarros e o conhecimento do que a doença é uma condição crônica resultaram ser antecedentes de aderência ao tratamento. **Conclusão:** Os resultados reforçam a importância de variáveis pessoais como antecedentes de condutas de saúde e o rol da informação e educação na aderência ao tratamento de pessoas com hipertensão. Exploram-se as implicâncias práticas destes descobrimentos para o funcionamento do programa cardiovascular.

Palavras chave

Aderência ao tratamento, auto-eficácia, estresse fisiológico, hipertensão, saúde pública (fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de las prescripciones realizadas por los equipos de salud ha sido objeto de constante atención en la psicología de la salud por no estar aún totalmente resueltos su definición e incidencia, los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención (1). En el caso de las enfermedades crónicas y en particular en la enfermedad hipertensiva, la falta de adherencia al tratamiento ha sido identificada como uno de los principales factores que inciden en su mantenimiento. Si bien el nivel exacto de adherencia en esta patología es difícil de determinar, alrededor de la mitad de los pacientes son considerados no adherentes, con rangos que oscilan entre el 40% y el 80% (2).

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial (3). Entre ellas se encuentran los retrasos en la recuperación, recaídas, aparición de complicaciones y valoración errónea de la efectividad real del tratamiento, lo que induce a cambiar el tratamiento e introducir otros más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia medicamentosa en el largo plazo. Desde el punto de vista económico, la falta de adherencia aumenta los gastos en salud y puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar por la carga de sufrimiento físico y psicológico asociado a las complicaciones y secuelas de la enfermedad (4).

Respecto de la necesidad de abordar integralmente esta problemática es necesario indagar la multiplicidad de variables asociadas al abandono y la permanencia del tratamiento, tanto aquellas referidas a los servicios de salud, al tipo de tratamiento, a la interacción paciente-profesional de salud así como a las características del propio consultante, entre ellas sus antecedentes sociodemográficos y caracterización psicosocial (5).

Un concepto importante en la literatura sobre psicología de la salud es la autoeficacia, reconocida como un importante predictor de conductas promotoras de salud y un factor interviniente en el abandono de conductas nocivas (6) y en la efectividad en la aplicación de los programas de control de salud y adherencia a los tratamientos (7), hallazgos que por su importancia e implicaciones pueden ser utilizados estratégicamente en campañas de salud pública.

La autoeficacia ha sido estudiada en relación a conductas tan diversas en distintos dominios de salud que van desde el manejo de enfermedades crónicas (8), dieta y conducta alimentaria (9, 10), actividad física (11), conducta sexual (12), consumo de tabaco y drogas (13), reducción de peso (10), y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (14). Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (14, 15).

Se han descrito numerosos otros factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos, sin embargo, se sabe que el estrés juega un papel importante dentro del conjunto de factores que indican en la salud física, así como emocional y psicológica (16). El estrés se reconoce como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso de adaptación y de alerta que es imprescindible para la supervivencia de la persona (17).

En esta era de ritmo rápido la mayoría de las personas están expuestas a un elevado nivel de exigencias. La reactividad cardiovascular al estrés es un fenómeno importante de abordar como predictor de la hipertensión futura (18). Más aún, dado que la edad de aparición de la hipertensión es ahora más temprana, la detección precoz de personas que podrían ser hipertensos futuros es crucial.

En un estudio realizado en México a población con diabetes se encontró que los factores *emocionales* juegan un papel importante en el control de la enfermedad en el que la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales actores implicados. El estrés y la depresión son factores que se asocian a un descontrol metabólico derivado en gran parte por el riesgo de falta de adherencia al tratamiento por olvido o descuido. En el estudio se encontró que una de las fuentes de estrés más relevantes fue la misma enfermedad, generándose un círculo vicioso de estrés, depresión y baja adherencia al tratamiento con el consecuente descontrol de la patología (16).

Otro estudio demostró la interacción entre el estrés percibido y el estatus laboral con la presión sanguínea. Se encontró que el estrés percibido se asoció negativamente con la hipertensión arterial en individuos de alto estatus ocupacional, pero se asoció positivamente entre los de baja condición social o en paro. Este resultado está en línea con las anteriores pruebas que muestran que la tensión laboral puede estar relacionada con la presión arterial en el sitio de trabajo o al riesgo de accidente cerebrovascular pero que no opera de igual modo en distintas categorías ocupacionales (19).

Con base en los antecedentes planteados previamente, esta investigación se propuso analizar el rol predictor de variables sociodemográficas, antecedentes de salud, autoeficacia y estrés en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de atención primaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio utilizó un abordaje cuantitativo, descriptivo y correlacional. La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión usuarios del Programa de Salud Cardiovascular de un centro de salud familiar en una región del centro sur de Chile. Como criterios

de inclusión se estableció: a) ser mayor de 15 años y b) haber sido diagnosticado con hipertensión en un período superior a 6 meses. Los criterios de exclusión fueron a) presentar deterioro cognitivo severo, b) no vivir en la comuna y c) presentar comorbilidades como diabetes y dislipidemia. El total de usuarios que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión fueron 363 personas. De ellas se seleccionaron al azar 141 personas, tamaño que permite detectar una correlación significativa de por lo menos 0,3.

Los instrumentos utilizados fueron: a) **Cuestionario de caracterización sociodemográfica** construido para esta investigación, que incluyó preguntas sobre sexo, edad, sector de residencia, escolaridad, trabajo u ocupación, número de horas de trabajo, composición familiar y participación social; b) **Cuestionario de antecedentes de salud**, también creado para fines de este estudio que consultó por tiempo desde el diagnóstico de hipertensión arterial, consumo de medicamentos para la presión, presencia de hábito de fumar, número de horas de sueño diarias y conocimiento de la condición de crónica de la enfermedad; c) **Escala de Conductas en Salud de Miller** (Miller, 1988) instrumento para la evaluación de adherencia que consta de cinco sub-escalas: seguimiento de dieta, ingesta de medicamentos, seguimiento de actividades prescritas, dejar de fumar y respuesta al estrés, en el contexto del hogar, del trabajo y de las actividades recreativas y sociales. Los autores informan que el alfa de Cronbach varió desde 0,58 a 0,93 para las cinco subescalas del instrumento (20) y en esta investigación el alfa de cronbach de cada subescala fue: seguimiento de dieta: $\alpha=0,822$; ingesta de medicamentos $\alpha=0,88$, seguimiento de las actividades prescritas: $\alpha=0,792$; y manejo del estrés $\alpha=0,830$; d) Dimensión Estrés de la **Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21)** de Lovibond y Lovibond (1995), compuesta de 7 reactivos. Estudios previos informan una confiabilidad de 0,87 (21) y para esta investigación el alfa de Cronbach de la subescala fue de α de 0,778; finalmente se utilizó la e) **Escala Spanish**

Chronic Disease Self-Efficacy (SEMCD-S) de Stanford Patient Education Research Center de la década del 90. Este es un instrumento para la medición de autoeficacia relacionada con el manejo de enfermedades crónicas. Investigaciones informan una confiabilidad de 0,95 (22) y para esta investigación se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = ,791$.

La recolección de datos fue realizada de manera individual y por personal entrenado. Esta se efectuó en las dependencias del centro de salud, entre los meses de febrero y marzo de 2017.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, análisis de correlación, prueba Anova y regresión lineal múltiple, considerando un nivel de significación de 0,05. Para estos análisis se utilizó el paquete estadístico del programa SPSS 21 y R.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de las autoridades de salud correspondientes y todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

1. Caracterización de los pacientes hipertensos

La muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres con un 75,9%, y la media total de edad fue de 62 años (DE= 11,348; rango de 34-85 años). El grupo se encontraba mayoritariamente casado(a) (55,3%) y tenían educación secundaria incompleta o menos (69,5%). Respecto a los antecedentes de salud de la muestra, el 96% de los participantes consumía medicamentos para la presión y el 85,1% sabía que su enfermedad era una condición de carácter crónico (ver tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y antecedentes de salud de la muestra.

Variable		%
Sexo	Hombre	24,1
	Mujer	75,9
Edad	30-50 años	14,7
	51-70 años	60,8
	71-90 años	24,5
	Soltero	18,4
Estado civil	Casado	55,3
	Divorciado (a)/Separado(a)	11,3
	Viudo(a)	15
Nivel estudios	No sabe leer ni escribir	
	Enseñanza básica incompleta	7,1
	Enseñanza básica completa	34
	Enseñanza media incompleta	28,4
	Enseñanza media completa	7,1
	Estudios superiores incompletos	17,7
	Estudios superiores completos	1,4
		4,3

Variable		%
Situación laboral	Trabajando	24,8
	Retirado/pensionado/incapacitado	23,4
	Cesante	4,3
	Dueño(a) de casa	44
Horas de trabajo semanales	0-20 horas	77,3
	21-40 horas	4,2
	41-60 horas	18,5
No. personas en hogar	1-4 personas	82,2
	5-8 personas	17,8
No. hijos	0-4 hijos	93,7
	5-10 hijos	6,3
Convive con pareja	Sí	62,4
	No	37,6
Participación social	Sí	40,3
	No	51,8
	Ambas (social y deportiva)	7,8
Años diagnóstico HTA	1-15 años	76,6
	16-31 años	21,3
	32-45 años	2,1
Consume medicamentos para la presión	Sí	96,5
	No	3,5
Consumo de tabaco	Sí	11,3
	No	88,7
Horas de sueño	3-7 horas diarias	43,3
	8-12 horas diarias	56,7
Sabe carácter crónico de la enfermedad	Acepta la duración y cuidado es de por vida	85,1
	No acepta duración y cuidado es de por vida	8,5
	No lo ha pensado, no sabía que era de por vida	6,4

*Fuente: Cuadro de elaboración propia con datos del estudio. Realizado con las variables sociodemográficas y antecedentes de salud del estudio el mes de agosto del 2017.

2.- Comportamiento de las variables adherencia, autoeficacia y estrés

Respecto a las variables predictoras de adherencia, esto es, autoeficacia y estrés, las puntuaciones

indican una media de 30,7 (SD=7,04) para autoeficacia y 13,7 (SD=5,08) para estrés. El detalle de las puntuaciones en las subescalas se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las medidas autoeficacia, estrés y adherencia (n=141).

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Autoeficacia	141	11,00	40,00	30,71	7,04509
Estrés	141	7,00	21,00	13,70	5,08744
Adherencia total	141	1,67	3,00	2,61	,33807
· Subescala Dieta	139	1,00	3,00	2,40	,71196
· Subescala Limitar Fumar	141	0	3,00	,19	,578
· Subescala Indicaciones	140	1,00	3,00	2,52	,64524
· Subescala Medicamentos	140	1,00	3,00	2,84	,41065
· Subescala Manejo de Estrés	141	1,00	3,00	2,68	,53132
N válido (por lista)	138				

*Fuente: Cuadro de elaboración propia con datos del estudio. Realizado con las variables independientes y dependiente del estudio con estimadores robustos en el mes de julio del 2017.

3.- Predicción de Adherencia al tratamiento

3.1.- Predictores sociodemográficos y de salud

Las puntuaciones en adherencia total variaron significativamente según nivel de estudios de las personas ($p=,003$). Quienes tienen enseñanza superior incompleta o completa obtuvieron mayor puntaje de adherencia total, respecto de quienes tienen menos escolaridad. También hubo diferencias significativas en la subescala de *seguimiento de indicaciones* ($p=,017$) y la subescala de *ingesta de medicamentos* ($p=,028$) según sexo. Los hombres obtienen mayor puntaje en la dimensión seguimiento de *indicaciones* que las mujeres y por el contrario en la subescala *ingesta de medicamentos*, las mujeres obtienen mayor puntaje que los hombres. En la subescala de

seguimiento de dieta se encontró que personas con más edad muestran mayor puntaje de adherencia en seguir la dieta que los más jóvenes ($p=0,021$).

Respecto de la subescala *seguimiento de dieta* se encontró que quienes se encontraban retirados/ pensionados y cesantes muestran mayor puntaje de adherencia a la *dieta* que quienes trabajan o son dueños(as) de casa ($p=,037$). Adicionalmente, quienes participaban de actividades sociales y deportivas obtuvieron puntajes más elevados en adherencia a *la medicación* que quienes no participan o que sí lo hacen, pero no de tipo social o deportivo ($p=,021$).

Se encontraron diferencias significativas en las subescalas de: *seguimiento de indicaciones* ($p=,012$), *consumo de medicamentos* ($p=,008$), *manejo del estrés* ($p=,004$) y en adherencia total

($p=,009$) con respecto a si la persona está en conocimiento de que su enfermedad es de tipo crónica. Quienes sabían que su enfermedad es de por vida obtuvieron un mayor puntaje en las dimensiones de *seguir indicaciones*, *consumo de medicamentos*, *manejo del estrés* y en la adherencia total, a diferencia de quienes no sabían que era una condición crónica.

3.2.- Predictores autoeficacia y estrés

El análisis de correlación entre adherencia y sus distintos factores, y las medidas de autoeficacia y estrés, se presenta en la tabla 3

Tabla 3. Correlaciones entre autoeficacia y estrés con subescalas de adherencia al tratamiento y adherencia al tratamiento total.

Rho de Spearman		Dieta	Indicaciones	Medicación	Manejo Estrés	Adher total	Autoeficacia	Estrés
Sub. Dieta	Coefficiente de correlación	1,000	,241**	,205*	-,058	,509**	,030	-,053
	Sig. (bilateral)	.	,004	,015	,500	,000	,725	,533
	N	139	138	139	139	139	139	139
Sub. Indicaca	Coefficiente de correlación		1,000	,339**	,238**	,656**	,108	-,051
	Sig. (bilateral)		.	,000	,005	,000	,203	,552
	N		140	139	140	140	140	140
Sub. Medicam	Coefficiente de correlación			1,000	,041	,409**	,057	,033
	Sig. (bilateral)			.	,634	,000	,502	,700
	N			140	140	140	140	140
Sub. Manejo estrés	Coefficiente de correlación				1,000	,632**	,297**	-,211*
	Sig. (bilateral)				.	,000	,000	,012
	N				141	141	141	141
Adher total	Coefficiente de correlación					1,000	,224**	-,170*
	Sig. (bilateral)					.	,008	,044
	N					141	141	141
Autoef	Coefficiente de correlación						1,000	-,371**
	Sig. (bilateral)						.	,000
	N						141	141
Estrés	Coefficiente de correlación							1,000
	Sig. (bilateral)							.

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

**Fuente: Cuadro de elaboración propia con datos del estudio. Realizado con las variables independientes y dependiente del estudio con estimadores robustos en el mes de julio del 2017.

Al considerar como variable dependiente la adherencia al tratamiento total, los resultados indican que la variable autoeficacia es la única que resulta significativa para predecir adherencia al tratamiento. Sin embargo, al revisar los supuestos del modelo de autocorrelación y normalidad de los errores, se ve que estos no se cumplen por lo que se vuelve a realizar la regresión, pero con estimadores robustos con el software libre R.

Al revisar el comportamiento de los residuos se notó que no se cumplían los supuestos de normalidad ni de varianzas constantes (homocedasticidad), por lo que se procedió a realizar nuevamente las pruebas de significancia al mismo modelo de regresión, pero ahora con estimadores robustos mediante matrices HAC (Newey, West, White). En los resultados se vuelve a confirmar que entre la variable de estrés ($p=0,42$) y la variable autoeficacia ($p=0,01$), la única variable significativa para predecir la adherencia al tratamiento, a un nivel de significancia del 5%, es la autoeficacia.

Se realizó el análisis de un siguiente modelo que incorporaba algunas variables demográficas y antecedentes de salud y las variables autoeficacia y estrés con respecto a la adherencia al tratamiento. Al igual que antes, por no cumplimiento en los supuestos de los residuos, se utilizaron estimadores robustos, obteniendo como resultados que la autoeficacia ($p=0,0081$) sigue siendo significativa, al igual que la edad de la persona ($p=0,0124$) y el número de hijos ($p=0,0034$) con respecto a la adherencia al tratamiento, aunque con valores beta (dependiente) cercanos a 0.

Finalmente se realizó una prueba anova para analizar la influencia de las variables categóricas en la adherencia, en la que se compararon grupos mediante un modelo multifactorial de primer orden (sin probar interacciones). Se obtuvo que la única variable categórica que genera diferencia entre sus grupos es la asociada al hábito tabáquico ($p=0,00506$), vale decir, hay una diferencia significativa en términos del puntaje de adherencia total entre quienes fuman y quienes no, siendo estos últimos quienes presentan

mayor puntaje. Con respecto a las demás variables del estudio: sexo ($p=0,59055$), participación social ($p=0,47388$), consumo de pastilla para la presión ($p=0,44532$), estado civil ($p=0,23946$) y situación laboral ($p=0,52959$) no se encontraron diferencias significativas.

DISCUSIÓN

Esta investigación abordó el fenómeno de la adherencia al tratamiento buscando identificar sus factores predictores de naturaleza sociodemográfica y psicológica, específicamente autoeficacia y estrés, en pacientes hipertensos pertenecientes a un programa de salud cardiovascular.

Respecto de las características sociodemográficas, los hombres mostraron mayor adherencia a seguir indicaciones que las mujeres y estas últimas mostraron mayor adherencia en el consumo de medicamentos. La evidencia en la literatura sobre este tema es relativa. Algunos estudios indican que el género femenino tiene mejor nivel de adherencia en relación al masculino (23); en otros, los hombres mostraron mejor adherencia, lo que podría atribuirse a los roles de género en el cuidado de la salud puesto que son las mujeres quienes asumen el rol de cuidadoras y favorecen el seguimiento de indicaciones médicas de sus familiares y pareja (23).

Personas de mayor nivel educacional resultaron ser más adherentes lo que refuerza que, en la medida que se disponga de conocimientos o más acceso a la información, se pueden tomar mejores decisiones respecto a la salud. Así mismo se encontró que quienes estaban en conocimiento de que su enfermedad es de por vida obtuvieron mayores puntajes de adherencia total, al consumo de la medicación prescrita, seguimiento de indicaciones y manejo del estrés. Estos hallazgos son coincidentes con otra investigación, la cual plantea que uno de los factores capaces de predecir la falta de adherencia es precisamente el nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad (6). Esto aplica a otras enfermedades crónicas,

por ejemplo en un estudio con adolescentes con diabetes la adherencia se asoció al conocimiento sobre la enfermedad y la percepción de autoeficacia (6). Autores como Tutasig y Del Consuelo (23) plantean que la información que recibe el paciente desde los profesionales de la salud, sumado a las experiencias durante los controles o la frecuencia con la que asisten a ellos favorece el manejo adecuado de la condición de salud y una mejor adherencia al tratamiento.

Las personas de más edad mostraron mejores índices de adherencia, aunque, otros estudios como el de Molina, Preval y López (24) indican que a medida que se incrementa la edad, existiría mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas, por la presencia, sobre todo en los ancianos, de múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamiento complejo y prolongado, con mayor consumo de medicamentos dispensados con prescripción. En este estudio, sin embargo, la muestra estaba compuesta por hipertensos puros, es decir, personas que no tenían otras enfermedades crónicas diagnosticadas que complejizaran el tratamiento. De igual modo, la OMS (1) indica que la edad puede influir sobre la adherencia al tratamiento, pero lo considera un factor predictor poco consistente, ya que aspectos como el entorno y el tipo de tratamiento (23) pueden influir sobre la conducta adherente.

Otro de los hallazgos de este estudio refuerza la importancia de las actividades sociales y deportivas en la adherencia, particularmente la vinculada al consumo de medicamentos. Estudios latinoamericanos que han analizado la adherencia en pacientes hipertensos y su relación con la actividad deportiva, concluyen que realizar actividad física mejora niveles de adherencia al tratamiento (23), reforzando así que las conductas de salud y en particular la adherencia no sólo dependen de las características de cada persona, sino también de los ambientes en los cuales participa y que potencian su autocuidado (23).

El que la autoeficacia se relacione de manera significativa con la adherencia total concuerda con

la literatura revisada (8, 6, 7) en el sentido de ser una variable que interviene en comportamientos saludables (14, 25) y en la adherencia a recomendaciones como la restricción de sodio o de líquidos (9, 10), ingesta de medicamentos (26), control del peso (11), realización de actividad física (11) y dejar de fumar o consumir alcohol (13, 26).

Más concretamente, un estudio de mujeres mayores con insuficiencia cardíaca mostró que quienes presentaban mayor autoeficacia al inicio del estudio manifestaron niveles más altos de conducta adherente respecto a seguir la medicación según lo prescrito, ejercicio, dieta y manejo del estrés, a los cuatro y doce meses de seguimiento (24).

El estrés se relacionó significativamente y de manera negativa con la adherencia total. Estos hallazgos se encuentran respaldados ampliamente por la literatura revisada, como en el estudio de Crump, Sundquist, Winkleby y Sundquist (27) quienes concluyen que la baja resistencia al estrés puede contribuir a comportamientos de vida poco saludables que se conocen como factores de riesgo para la hipertensión.

CONCLUSIÓN

Esta investigación aporta evidencia que refuerza el rol de los aspectos psicológicos en el manejo de las enfermedades crónicas, en particular la hipertensión, y confirma la importancia de la autoeficacia como predictor en las conductas de salud y la adherencia al tratamiento. A partir de este estudio es posible establecer que el paciente hipertenso usuario de un programa cardiovascular de un centro de salud de atención primaria es adherente a su tratamiento cuando: a) tiene autoeficacia en el manejo y control de su enfermedad, b) presenta bajos niveles de estrés y cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento, c) está en conocimiento del carácter crónico de su enfermedad, d) no tiene hábito tabáquico y e) es mayor a 50 años aproximadamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velandia-Arias A., Rivera-Álvarez, LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista de Sal.* 2009; 11(4): 538-548.
2. Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I., & Selan, V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *PSIENCIA. Revista Latino.* 2015; 6(2): 1-8.
3. Martín Alfonso LDLÁ., Grau Ábalo JA. & Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cuban.* 2014; 40(2): 222-235.
4. Oliva P., Buhning, K. Problemas de adherencia a dietoterapia en pacientes hipertensos pehuenches. *Revista Chil.* 2011; 38(3): 285-289.
5. Moreno J., Rozo M., Cantor, M. Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia: Avan.* 2012; 6(2): 23-34.
6. Ortiz Arriagada JB., Castro Salas M. *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. Ciencia y Enferm.* 2009; 15(1): 25-31.
7. Cid P., Orellana A., Barriga, O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica.* 2010; 138(5): 551-557.
8. Carpi Ballester A., Gonzalez Navarro P., Zurriaga Llorens R., Campos M., Carlos J., Buunk AP. Self-Efficacy and Perceived Control in the Prevention of Cardiovascular Disease. *Universitas Psycho.* 2010; 9(2):423-32.
9. Kreausukon P., Gellert P., Lippke S., Schwarzer, R. Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine.* 2012; 35(4): 443-451.
10. Byrne S., Barry D., Petry NM. Predictors of weight loss success. Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appet.* 2012; 58(2): 695-698.
11. Koring M., Richert J., Lippke S., Parschau L., Reuter T., Schwarzer R.. Synergistic effects of planning and self-efficacy on physical activity. *Health Education & Be.* 2012; 39(2): 152-8.
12. Heeren GA., Jemmott III JB., Mandeya A., Tyler JC. Theory-Based Predictors of Condom Use among university Students in the United States and South Africa. *AIDS Education & Prev.* 2007; 19(1):1-2.
13. Hughes JR., Naud S. Perceived role of motivation and self-efficacy in smoking cessation: A secondary data analysis. *Addictive behav.* 2016; 61: 58-61.
14. Olivari Medina C., Urrea Medina, E. Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería.* 2007; 13(1): 9-15.
15. Cabanach R., Valle A., Rodríguez S., Piñeiro I., González P. Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Educat.* 2010; 3(1): 75-87.
16. Sánchez-Cruz JF., Hipólito-Lóenzo A., Mugártgui-Sánchez SG., Yáñez-González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Fam.* 2016; 23(2): 43-47.
17. Sierra J., Ortega V., Zubeidat, I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Est.* 2003; 3(1): 10-59.
18. Bedi M., Varshney VP., Babbar, R. Role of cardiovascular reactivity to mental stress in predicting future hypertension. *Clinical and Experi.* 2000; 22(1): 1-22.

19. Wiernik E., Nabi H., Pannier B., Czernichow S., Hanon O., Simon T., Limosin F. Perceived stress, sex and occupational status interact to increase the risk of future high blood pressure: the IPC cohort study. *Journal of Hypert.* 2014; 32(10): 1979-1986.
20. Veliz-Rojas L. Automedicación y adherencia terapéutica como determinantes del control integral de enfermedades cardiovasculares [tesis para la obtención de grado Doctor en Enfermería en internet]. Chile: Universidad de Concepción; 2014 [citada 2016 Dic]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1725/Tesis_Automedicacion_y_Adherencia.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Antúñez Z., Vinet E. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psic.* 2012; 30(3): 49-55.
22. Ritter PL., Loring K., Laurent, DD. Characteristics of the Spanish-and English-language self-efficacy to manage diabetes scales. *The Diabet.* 2016; 1-11.
23. Tutasig C., Del Consuelo L. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo marzo del 2011 [tesis de pregrado para la obtención de título en internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2013 [citada 2017 Ago 01]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3154>
24. Molina DMD., Preval YH., López MLM. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Revista Cubana.* 2014; 48(4): 4.
25. Vergara SC., Almagiá EB. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud.* 2014; 24(2): 167-173.
26. Maeda U., Shen, BJ., Schwarz ER., Farrell KA., Mallon S. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Jour.* 2013; 20(1): 88-96.
27. Crump C., Sundquist J., Winkleby MA., Sundquist K. Low stress resilience in late adolescence and risk of hypertension in adulthood. *Heart.* 2016; 102:541-547.